

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

медицинских сестёр России

№ 2/66 2024

ПЕРЕДАЧА ФУНКЦИЙ: ВРАЧ, ФЕЛЬДШЕР, МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА.

*Диспансерное наблюдение за пациентами
с нарушением липидного обмена*



БЕЗОПАСНОСТЬ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ

*Партограмма как стратегия
к прогрессу родов*



ПЛОЩАДКА ПЕРЕДОВОГО ОПЫТА – Трибуна для молодежи

*Координационный совет РАМС
прошел с участием представителей
Молодежных советов*



ТРИ МУЗЫ НА ПЕРЕДОВОЙ

*Выездная работа
офтальмологической
операционной бригады
из Республики Саха (Якутия)*

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

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ПСО – РАДОСТЬ
В КАЖДОМ ЦСО!**





«**Чужого горя не бывает, – этим наша профессия сильна и непоколебима! С праздником, дорогие коллеги! Профессиональных успехов, счастья, добра и долгожданной победы!**

Уважаемые коллеги, дорогие читатели «Вестника»!

Очередную встречу с вами дарит месяц май – время значимых событий для нашей профессии. Пусть эти дни пройдут ярко и празднично, и пусть каждый почувствует гордость за свою профессию, тем более что поводов для этого высокого чувства у нас немало!

В этом выпуске расскажем вам о прошедшем в Санкт-Петербурге заседании Координационного совета РАМС. Встреча прошла в расширенном составе и впервые с участием невероятного числа молодых специалистов из разных уголков страны. Горящие глаза, большие цели, взгляд в счастливое будущее профессии нас вдохновил. С участием молодых специалистов по-новому зазвучали многочисленные акции, иначе стали проходить профессиональные конкурсы, а сколько перспектив открывается в наших проектах!

Буквально в эти дни начинающие профессионалы прошагали десятки тысяч километров, поддержав Всероссийскую акцию Лиги здоровья нации «10 000 шагов к здоровью», эстафетой прошли молодежные форумы в Тюменской области, Кузбассе, Приморском крае. Едва завершив акцию в поддержку донорства «Поколение добра», год со дня своего рождения отметил Молодежный совет Омска. Молодежный совет Ивановской области работу в этом направлении продолжает в новом формате – за 60 секунд его активности успевают рассказать о донорстве каждому, кто встретится на пути.

Вы еще не верите, что эта молодежь может все? Мы верим и ни секунды не сомневаемся! Если в вашей организации еще не создан совет молодых –

не теряйте времени, обратитесь в региональную ассоциацию, не пожалеете.

Минувший месяц был наполнен и серьезной методической работой. Мы шлифуем финальные версии профессиональных стандартов. Порой кажется, что документ готов окончательно и бесспорно, но он возвращается на доработку с новыми идеями и предложениями от специалистов разных департаментов Минздрава России. И здесь мы выполняем двоякую роль. С одной стороны, РАМС стремится к тому, чтобы профстандарт шел «на вырост», то есть формировал более высокие ожидания к специалисту и открывал путь к развитию клинической практики. С другой стороны, важно не перестараться, – избыточный функционал, заведомо превышающий потенциал специальности и конкретной должности, неприемлем, поставит работника под удар, будет нести риски для пациентов. Найти, строго придерживаться и отстаивать разумный баланс в этой работе – сложная и ответственная задача профессиональной ассоциации.

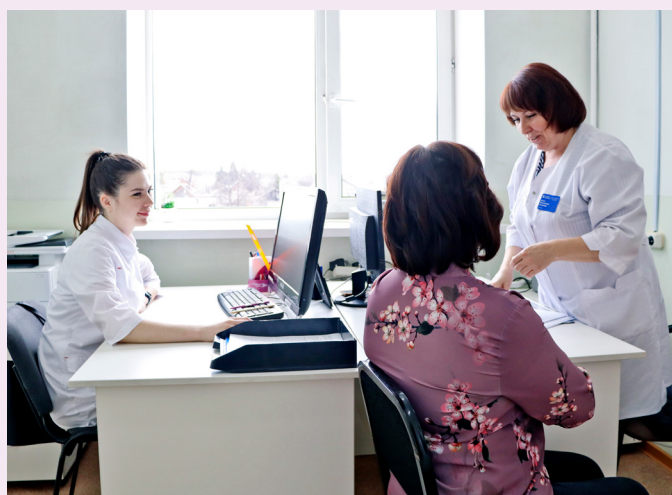
В части регулирования профессиональной деятельности в двух словах отметим подвижки в деле защиты интересов работников, которым предстоит сменить должность с медицинской сестры по массажу, физиотерапии или инструктора ЛФК на должность медицинской сестры по реабилитации. Выступив совместно с главным специалистом по управлению сестринской деятельностью в защиту квалификационной категории и пенсионных прав специалистов, мы добились решения. Оно не будет простым, но будет. По обращению медицинской организации в региональные органы управления и последующему обращению в Минздрав России федеральное ведомство сможет инициировать процесс установления тождества должностей.

Эту весну мы вновь отметили массовым стартом «Выездных школ». Абсолютным чемпионом стартового забега

стала школа для медицинских сестер фтизиатрической службы, которую в марте успели принять в Костроме, Ленинградской области и Челябинске. Ее стремительно нагоняют школы по перинатальным практикам и медицине катастроф. С огромным подъемом и массой благодарностей открыли этот сезон и школы по управлению и санэпидрежиму.

Может мы и ошибаемся, но складывается ощущение, что наше профессиональное сообщество прямо сейчас выходит на новый уровень, когда за знаниями приходят, потому что интересно и актуально, когда в профессиональных конкурсах участвуют, потому что есть опыт, который хочется разделить с другими. Итоги конкурсов «Лучший преподаватель» и «Лучший наставник» еще не подведены, но члены жюри уже делятся восторгом от полученных работ, а мы с нетерпением ждем окончания их работы, награждения победителей и тиражирования лучших моделей работы со студентами и начинающими специалистами. Это направление по остроте и востребованности бьет все рекорды.

И еще раз про месяц май. В нашем сердце он отзывается не только Международным днем акушерки, Международным днем медицинской сестры. Он отзывается в нас Днем Великой Победы, памятью о тех героях профессии, кто отстоял нашу страну и наш народ, мыслями о героях нашего времени, кто ни минуты не сомневался, подавая заявление в военкомат. Тюмень, Ижевск, Якутск – за тысячи километров от зоны СВО специалисты ощущают боль за коллег и пациентов как свою и бесстрашно едут по вызову, а возвращаясь, живут в ожидании следующей командировки туда, где их ждут. Чужого горя не бывает, – этим наша профессия сильна и вечна! С праздником, дорогие коллеги! Профессиональных успехов, счастья, добра и долгожданной победы!



На обложке: На приеме у специалистов кабинета для пациентов с нарушением липидного обмена, ГБУЗ ТО «Областная больница №12», Тюменская область, г. Заводоуковск

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
В Республике Саха (Якутия) прошла НПК по основам системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних	стр. 3
Отношение к пациентам – это главное. В Костроме прошла «Выездная школа» по фтизиатрии	стр. 26
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Площадка передового опыта – трибуна для молодежи. Координационный совет РАМС прошел с участием представителей Молодежных советов	стр. 9
Международный день медицинской сестры. Хартия перемен	стр. 12
Международный день акушерки. Всероссийская акция	стр. 25
СЕКРЕТЫ УПРАВЛЕНИЯ	
Команда, коллектив, движение – 25 лет вместе работает Совет сестер Омского наркологического диспансера	стр. 32
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Передача функций: врач, фельдшер, медицинская сестра	стр. 6
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Безопасность акушерской помощи. Партограмма как стратегия к прогрессу родов	стр. 20
Маленькая проблема – большая боль. Роль сестринского персонала в лечении онихокриптоза	стр. 30
Роль среднего медицинского персонала в лечении социально значимых заболеваний. Опыт Воронежской инфекционной больницы	стр. 35
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Молитва на шевроне Лекаря. О битве за жизнь на передовой Сергея Большакова, члена секции РАМС «Лечебное дело – ФАПы»	стр. 14
Знак равенства. О жизни и работе старшей медицинской сестры из Республики Марий Эл	стр. 18
Таня, Танечка, Танюша. В ожидании вызова в новую командировку	стр. 19
Три музы на передовой. Выездная работа офтальмологической операционной бригады из Республики Саха (Якутия)	стр. 27
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 22.04.2024. Отпечатано в ООО «Аллегро». г. Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 88, литера С, пом. 7-Н, офис 1,2. Заказ № 1026. 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, 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

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

Ассоциация медицинских сестер России
ООО «Милосердие»
Издательство «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

ОБ ОСНОВАХ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ БЕЗНАДЗОРНОСТИ И ПРАВОНАРУШЕНИЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ОРГАНАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



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

Дети в трудной жизненной ситуации составляют до 20% детского населения Российской Федерации, причем эти данные носят приблизительный характер и включают только те случаи, когда нахождение в такой ситуации уже представляет серьезную проблему для ребенка.

Социально детерминированные ситуации, непосредственно угрожающие здоровью и жизни ребенка (жестокое обращение с детьми, безнадзорность и беспризорность, буллинг, распространение «рискованных форм» поведения и др.), требуют безотлагательного решения.

Отсутствие должной системы оказания медико-социальной помощи данному контингенту детей и их семей – одна из главных причин предотвратимых потерь здоровья и жизни детей и подростков.

В Год семьи и Год детства в Республике Саха (Якутия) Региональная общественная организация «Ассоциация средних медицинских работников РС (Я)» провела межрайонную конференцию по актуальной теме для здравоохранения, в частности для работы участковых служб в педиатрических подразделениях. Опыт работы по исполнению ФЗ № 120 «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» представили две районные ЦРБ – из городов Нерюнгри и Алдан.

Основной задачей мероприятия стали вопросы о взаимодействии служб здравоохранения и правоохрани-



2024 год объявлен в России Годом семьи. Глава Республики Саха (Якутия) Айсен Николаев объявил 2024 год в Якутии Годом детства. В своем ежегодном Послании Государственному Собранию (Ил Тумэн) глава Республики призвал объединиться всех якутян в заботе о детях: *«Каждый ребенок достоин счастливого детства, тепла и любви. Каждый ребенок вправе развиваться, имея все возможности, чтобы раскрыть свой талант, свои способности. Каждый ребенок должен быть защищен от любых посягательств, от деструктивного влияния, расти в безопасности – нравственной и физической. Утверждая эти ценности, объединяя всех якутян, все наше общество в заботе о будущем».*

тельных органов, направленных на охрану здоровья несовершеннолетних.

Приветствуя участников мероприятия, заместитель главного врача по охране материнства и детства, кандидат медицинских наук Ирина Дмитриевна Кириллина, отметила важность и актуальность конференции.

Районный педиатр Петр Артемович Федоров обозначил цели и задачи педиатрической службы по охране здоровья детей в Нерюнгринском районе.

Заведующая детской поликлиникой Наталья Геннадьевна Гуртовая остановилась на основных задачах и принципах деятельности по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в органах здравоохранения.

В конференции приняла участие начальник отдела (комиссии) по делам несовершеннолетних Мария Викторовна Попова, представив действующую схему взаимодействия органов правопорядка и здравоохранения.

Совершенствование системы медицинского обеспечения детского населения должно осуществляться не только по пути повышения эффективности и качества лечебно-диагностической помощи, но и интенсивного развития профилактической и медико-социальной помощи.

В приказе Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» указано, что структура детской поликлиники предусматривает наличие отделения медико-социальной помощи (ОМСП). К сожалению, не всегда

в поликлинике имеются такие отделения, но есть ставка медицинской сестры по контролю за детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации (на данный момент она вакантная, что, конечно, значительно увеличивает нагрузку на всю участковую службу, в целом).

Целью медико-социальной помощи детскому населению является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации детей с физической и психической патологией, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и (или) социально опасном положении.

Для эффективной работы по профилактике безнадзорности мы (детская поликлиника) тесно работаем с органами профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. В их числе:

- комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав;
- органы управления социальной защитой населения;
- федеральные органы государственной власти и органы государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие государственное управление в сфере образования, и органы местного самоуправления, осуществляющие управление в сфере образования;
- органы опеки и попечительства;
- органы по делам молодежи;
- органы управления здравоохранением;
- органы службы занятости;
- органы внутренних дел, учреждения уголовно-исполнительной системы (следственные изоляторы, воспитательные колонии и уголовно-исполнительные инспекции);
- прочие учреждения, осуществляющие отдельные функции по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

В детской поликлинике Нерюнгринской ЦРБ функционируют 16 педиатрических участков. Из числа 12 436 детей, проживающих на этих участках, 67 состоят на особом учете у участковых медсестер. Это дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации.

Работая на участке, медицинские сестры уделяют значительное внимание выявлению детей в социально опасных условиях. В основном, это семьи в со-

циально опасном положении (СОП). В таких семьях родители или законные представители несовершеннолетних не исполняют свои обязанности по их воспитанию, обучению или содержанию, что отрицательно влияет на их поведение в социуме. При посещении таких семей медицинская сестра может выявить случаи жестокого обращения с детьми.

Основными критериями при определении семей этой категории являются:

- Неисполнение родителями своих обязанностей по обеспечению детей;
- Отсутствие условий для воспитания детей;
- Вовлечение детей в противоправные действия;
- Жестокое обращение с детьми со стороны родителей;
- Отсутствие контроля над воспитанием детей.

Семьей, находящейся в социально опасном положении, может стать любая семья, так как существует ряд социальных проблем:

- Трудные материальные условия;
- Отсутствие рабочих мест;
- Конфликты между супругами и многое другое.

Ближе к этой ступени, конечно же, стоят семьи «группы риска», когда члены семьи уязвимы вследствие складывающихся обстоятельств или могут понести ущерб от определенных факторов социального характера.

К таким семьям относятся:

- Малообеспеченные;
- Неполные семьи;
- Многодетные;
- Матери-одиночки;
- Семьи, имеющие детей инвалидов;
- Родители, страдающие психическими расстройствами, умственной отсталостью, алкоголизмом, наркоманией;
- Семьи, имеющие детей под опекой или попечительством.

Участковой медицинской сестре при патронаже такой категории семей нужно обращать внимание на наличие следующих «сигнальных» проявлений:

- Утомленный и сонный вид ребенка;
- Санитарно-гигиеническая запущенность, задержка роста, отста-

вание в речевом и моторном развитии;

- Склонность к обморокам, головокружению вследствие постоянного недоедания.

Наблюдение за детьми из неблагоприятных микросоциальных условий

Одним из важных разделов деятельности поликлиники является правовая защита детей. Она обеспечивается путем регулярного контроля над реализацией действующего законодательства по охране прав матери и ребенка.

Особое внимание следует уделять семьям с факторами социального риска, которые могут повлиять на состояние здоровья ребенка как задолго до его рождения, так и с первых недель и месяцев его жизни.

Дети из социально неблагополучных семей находятся в зоне повышенного риска заболеваемости и смертности. В то же время риск конкретной патологии у них определяется факторами, которые появляются при жизни ребенка в семье: неправильное естественное или искусственное вскармливание, нарушение режима дня, отсутствие физического воспитания и закаливания. Это семьи неблагополучные в социально-бытовом отношении, где родители (или один из них):

- уклоняются от выполнения своих обязанностей по содержанию и воспитанию детей, не выполняют предписаний врача, не соблюдают правил санитарной гигиены;
- злоупотребляют своими правами и допускают грубое и даже жестокое обращение с детьми;
- ведут аморальный, антиобщественный образ жизни, создают нездоровый морально-психологический климат в семье, вступают в постоянные конфликты и др.;
- имеют алкогольную, наркотическую зависимость и инфицированы ВИЧ.

В оказании социально-правовой помощи нуждающимся в ней женщинам и детям существенную роль играет четкая преемственность между родовспомогательными учреждениями и детскими поликлиниками.



Из женской консультации в детскую поликлинику направляется сигнал о взятии на учет беременной, а из роддома – о выписке родильницы из семей социального риска. Подобные семьи выявляются при выполнении патронажных посещений участковой медицинской сестрой и активных посещений участковым врачом-педиатром. Данные также передаются из протоколов комиссии по делам несовершеннолетних.

Наблюдение за детьми из семей социального риска осуществляют медицинские работники детских поликлиник.

Детей этой группы риска медицинская сестра на первом году жизни осматривает ежемесячно. В дальнейшем 1 раз в квартал до снятия семьи с учета.

Профилактические мероприятия заключаются в контроле над вскармливанием, режимом дня, физическим воспитанием, закаливанием, профилактикой рахита. Контроль за нервно-психическим развитием проводится согласно методическим рекомендациям.

Задачи медико-социальных служб детских поликлиник:

- Повышение качества реабилитационной работы с семьями и детьми, оказавшимися в социально опасном положении, трудной жизненной ситуации;

- Укрепление профилактической работы с родителями по формированию здорового образа жизни;
- Обеспечение контроля за проведением социального патронажа асоциальных семей, имеющих детей раннего возраста, с экстренной и обязательной постановкой на учет совместно с правоохранительными органами;
- Активное информирование населения и детей через уличную и социальную рекламу о существующей системе оказания медико-социальной и психологической помощи деятельности специализированных служб.

Реабилитационные мероприятия проводятся согласно разработанным индивидуальным программам реабилитации с последующей отметкой о выполнении. Все несовершеннолетние, находящиеся в СОП, и после снятия с межведомственного учета наблюдаются в отделениях медико-социальной помощи лечебно-профилактических учреждений, а при отсутствии таких отделений – на педиатрическом участке.

В выступлениях старших медицинских сестер детских поликлиник Нерюнгринского и Алданского районов отмечены методы контроля, организа-

ции контроля за исполнением мероприятий по охране здоровья несовершеннолетних, выявлению детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, социально опасном положении.

Опытом практической деятельности на конференции поделились Людмила Викторовна Писоцкая, Татьяна Никитична Середкина, Галина Ивановна Ковихина, Галина Ивановна Паламар.

В заключение тематической конференции с выводами выступила старшая медсестра Анна Сергеевна Веслопова.

Участники конференции внесли предложения в ее резолюцию, подчеркнув, что для более продуктивной работы педиатрических служб необходимо:

1. *Создание в детских поликлиниках отделений медико-социальной помощи несовершеннолетним с обязательным наличием социального работника и кабинета психологической помощи.*

2. *Установка региональной информационной системы «Учет и мониторинг несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, и их семей».*

При наличии данной программы экстренное извещение или сигнальная карта формировалась бы в этой системе, и передача персональных данных ребенка и его семьи по каналам межведомственного взаимодействия допускалась бы без оформления добровольного информированного согласия одного из его родителей или иных законных представителей. В этой же системе была бы и отметка о выполнении запланированных реабилитационных мероприятий. Благодаря этому преемственность взаимодействия всех органов профилактики стала бы более оперативной с минимальными затратами времени для принятия решений.

Конференция завершилась обсуждением за круглым столом, где выступили главные медицинские сестры Елена Михайловна Дзюба и Лидия Петровна Соколова.

Принято единогласное решение продолжить и активизировать работу с применением новых и актуальных технологий в оказании первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

ПЕРЕДАЧА ФУНКЦИЙ: ВРАЧ, ФЕЛЬДШЕР, МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С НАРУШЕНИЕМ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА



■ **Тамара Николаевна ЯМОВА**

Главная медицинская сестра ГБУЗ ТО
«Областная больница № 12», Тюменская
область, г. Заводоуковск

Одним из важнейших показателей качества жизни является ее продолжительность. Лидирующее место среди причин общей смертности занимают заболевания сердечно-сосудистой системы. Во всем мире 3 000 000 человек в 1990 году и более 4 000 000 человек в 2019 году умерли от высокого уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). Абсолютное ежегодное бремя смертей с 1990 по 2019 год увеличилось на 46%.

Основными факторами риска развития неблагоприятных исходов сердечно-сосудистых катастроф является высокий и очень высокий риск по шкале SCORE, при котором 14% составляет дислипидемия. Поэтому одним из ключевых вопросов первичного здравоохранения является работа, направленная на профилактику (первичная, вторичная) экзогенных факторов, приводящих к нарушению обмена липидов, как ведущего регулируемого фактора риска при развитии атеросклероза.

Однако при растущей потребности в эффективном динамическом наблюдении, повышении качества и доступности медицинской помощи, на фоне общего дефицита кадров наблюдается явный дисбаланс между врачебным персоналом и специалистами со средним медицинским образованием



участковой службы в малых городах и сельской местности.

Именно эти две проблемы и послужили поводом для принятия главным врачом Николаем Вячеславовичем Сипачевым решения по реализации проекта «Передача функций врач, фельдшер, медицинская сестра. Диспансерное наблюдение за пациентами с нарушением липидного обмена» в ГБУЗ ТО «Областная больница № 12» на территории Заводоуковского городского округа с численностью взрослого населения 20 768 человек.

Руководителем проекта была назначена главная медицинская сестра.

Команда проекта задалась двойной целью:

- Добиться снижения смертности и инвалидизации населения Заводоуковского городского округа от болезней системы кровообращения путем увеличения доли населения с целевыми показателями уровней ЛПНП.
- Преодолеть дисбаланс и дефицит медицинской помощи путем перераспределения функций врач – фельдшер – медицинская сестра.

Перед командой проекта были поставлены задачи и определены целевые показатели:

1. Сформировать единую базу пациентов с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО);

Таблица 1

Наименование показателя	Стартовый показатель	Целевой показатель
Увеличение оценки рисков среди пациентов, обратившихся в МО	16 %	Не менее 50 %
Увеличение охвата диспансерным наблюдением (ДН) пациентов с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений	37 %	Не менее 90 %
Увеличение доли достижения целевых показателей ЛПНП	7 %	Не менее 40 %

Таблица 2

Перераспределение функций
врач-терапевт участковый – фельдшер – медицинская сестра

	До проекта	После проекта
Врач участковый	1. Оценка риска ССО 2. Лабораторное обследование 3. Интерпретация данных лабораторного контроля, назначение стартовой терапии 4. Контроль динамики лечения и ДН	Контроль динамики лабораторных показателей ЛПНП после передачи пациента на терапевтический участок и продолжение ДН
Медицинская сестра участковая	Функций нет	1. Оценка риска ССО 2. Лабораторное обследование для назначения стартовой терапии фельдшером
Фельдшер липидного кабинета	Нет	1. Работа с регистром 2. Формирование плана ДН 3. Интерпретация данных лабораторного контроля, назначение стартовой терапии 4. Оценка и формирование приверженности к лечению 5. Контроль динамики лечения
Медицинская сестра липидного кабинета	Нет	1. Приглашение на прием 2. Наблюдение по индивидуальному плану (дневник медсестры) 3. Пассивные патронажи 4. Передача на терапевтический участок 5. Школа дислипидемии

Примечание. ССО – сердечно-сосудистые осложнения; ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; ДН – диспансерное наблюдение.

2. Разработать единый подход к наблюдению и лечению пациентов с дислипидемией для достижения целевых показателей ЛПНП;

3. Увеличить приверженность к терапии пациентов с высоким и очень высоким риском ССО (табл. 1).

От идеи до результата: этапы реализации проекта

Результаты стартового исследования:

При анализе текущего состояния проанализированы 1638 амбулаторных карт пациентов трех терапевтических участков, обратившихся в течение месяца. Оценка рисков ССО по шкале SCORE проведена среди 262 (16%) пациентов, из них охвачены ДН – 98 человек (37%) и лишь 7 (7,1%) из них достигли целевых показателей ЛПНП.

Оценка приверженности к лечению по шкале Мориски Грина не проводилась, от стартовой терапии зарегистрированы отказы 4 (4,1%) пациентов.

На первом этапе проекта по приказу главного врача в структуру медицинской организации были внесены изменения:

- Открыт кабинет для пациентов с нарушением липидного обмена со штатными должностями: фельдшер – 1 ставка, медицинская сестра – 1 ставка.
- Определены функции для медицинской сестры участковой, фельдшера и медицинской сестры кабинета для пациентов с нарушением липидного обмена.

Заведующим кардиологическим отделением, руководителем центра хронической недостаточности разработаны схемы и алгоритмы для работы фельдшера с пациентами кабинета в соответствии с клиническими рекомендациями, утверждены функции медицинской сестры (см. табл. 2).

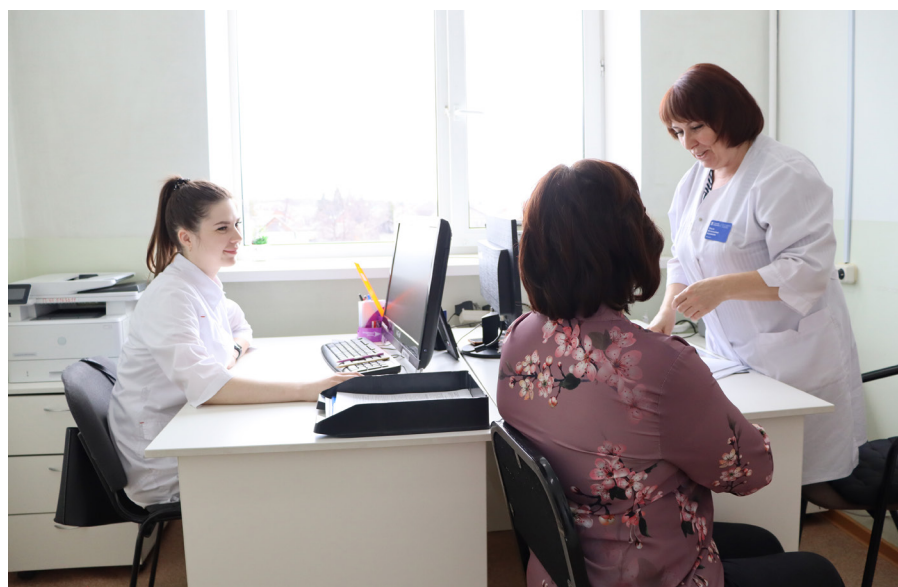
После определения полномочий с фельдшером и медицинской сестрой был проведен обучающий цикл, на котором врачи-кардиологи пошагово разбирали способы взаимодействия, схемы лечения, наблюдения и профилактики.

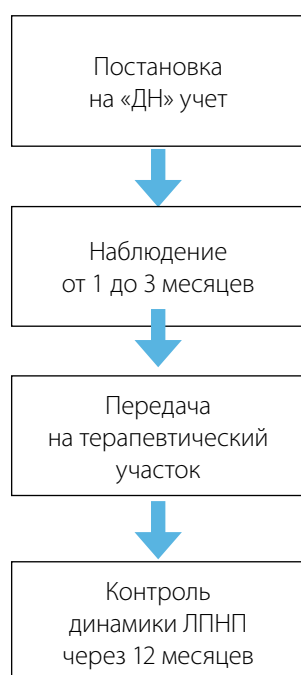
В поддержку высоких результатов

После реорганизации мероприятия проекта продолжились. Мы предусмотрели еще ряд нововведений.

Во-первых, внедрили оценку риска по шкале SCORE с помощью модуля в виде электронного калькулятора в «1С медицина» для пациентов, обратившихся к врачу на терапевтический участок. Сейчас время определения оценки у медицинской сестры участковой занимает не более одной минуты.

Во-вторых, организовали ДН в кабинете для пациентов с нарушением липидного обмена по следующей схеме:





За 6 месяцев работы в проекте:

- Из числа обратившихся пациентов целевой группы на трех терапевтических участках (6079 человек) выявили 2918 человек (48%) с высоким и очень высоким риском ССО. Этих пациентов внесли в регистр липидного кабинета для дальнейшей работы.

- Установили ДН за 2904 пациентами (99,5%), из них переданы на терапевтический участок как достигшие целевых показателей ЛПНП 1208 человек (41,6%). Не приверженные к лечению или отказавшиеся составили 551 человек (19%).

- У 9 пациентов (0,3%) по результатам оценки по Голландской шкале была выявлена вероятная/определенная семейная гиперхолестеринемия. Пациенты переданы под наблюдение врача-кардиолога, 7 из них получают лечение ингибиторами PCSK-9.

Для сравнения: по данным Росстата население юга Тюменской области составляет 1 537 416 человек. На учете у врачей-кардиологов региона с диагнозом вероятная/определенная семейная гиперхолестеринемия наблюдаются всего 12 человек, причем 9 из них (75%) проживают на территории Заводоуковского городского округа.

- Остаются под наблюдением фельдшера кабинета для пациентов с нарушением липидного обмена 1136 человек (39,1%).

В-третьих, для профилактики сосудистых катастроф (инсульты, инфаркты) организовали Школу для пациентов, входящих в группу высокого и очень высокого риска.

Программа школы предусматривает разъяснение действия холестерина на сосуды органа-мишени (головной мозг, сердце), мотивацию приверженности к лечению, проведение мастер-классов по правильному питанию, физической нагрузке.

За время проекта школу посетили 426 пациентов, из них на первом этапе 123 человека (28,8%) отказывались от регулярного приема лекарственных препаратов. Из числа отказывающихся от лекарственной терапии после завершения обучения продолжили прием статинов 29 пациентов (23,5%), при этом соблюдая дозировку и кратность приема по рекомендациям фельдшера.

Большое значение в повышении приверженности пациентов сыграла работа медицинской сестры, проводившей пассивные патронажи, при помощи которых для 176 пациентов (8,4%) были решены проблемы по применению препаратов с заниженной дозировкой, несмотря на рекомендации фельдшера и проблемы своевременного лабораторного контроля.

Выводы

До начала проекта отмечался низкий охват ДН пациентов группы высокого и очень высокого риска по ССО и неудовлетворительный показатель достижения целевых значений ЛПНП у пациентов с высоким и очень высоким риском ССО, что влияет на показатели смертности и инвалидизации данной категории лиц.

Реализация проекта за первые 6 месяцев работы липидного кабинета и перераспределение функций врач – фельдшер – медицинская сестра позволили повысить долю пациентов, находящихся на ДН с 37% до 99,5%, достичь удовлетворительной приверженности к лечению не менее 80%; повысить долю пациентов с высоким и очень высоким риском ССО, достигших целевых значений ЛПНП с 7% до 41%.

В условиях высокой нагрузки на участковых терапевтов решение

о передаче функций врач – фельдшер – медицинская сестра с обязательным применением современных информационных систем является, на наш взгляд, своевременным и оправданным.

Следует отметить, что данный проект не завершен. В настоящее время проводится формирование единой базы не только для трех пилотных терапевтических участков, но и для всего населения, обслуживаемого медицинской организацией, включая прикрепленные ФАП/амбулатории, в том числе Упоровского филиала.

В завершение мы готовы ответить на любимый вопрос аудитории, скептически относящейся к любым изменениям в перераспределении функций и содержании работы медицинской сестры и фельдшера: «Как специалисты среднего звена восприняли изменения, как ощущают себя в новой роли?».

Новое всегда настораживает, такова природа человека, ведь людям хочется стабильности, полного понимания ситуации в перспективе. Случается, что кардинальные перемены в отрасли изначально воспринимаются как полная утопия. Но только вера в собственные силы, знания, опыт, умение размышлять и анализировать, а также желание менять жизнь к лучшему дают весомые результаты.

День новый диктует нам свои правила. Проекты, над которыми работают медицинские сестры, имеющие полное право считать себя сестрами новой формации, направлены на повышение качества жизни и улучшение состояния здоровья пациентов, которым нужна наша квалифицированная помощь. То, что среднему персоналу, отважно взявшему на себя огромный пласт врачебной нагрузки, стало сложнее – бесспорно. Но, увидев результаты, которые им удалось достичь благодаря выявлению проблем и четкой слаженной работе по их решению, это сестринский персонал не просто окрылило, но и добавило веры, что мы еще не до конца осознаем задачи какой сложности нам по плечу. Наши пациенты увидели настоящую заботу, а не рутинное «наблюдение», и их искренняя благодарность вселяет в нас оптимизм. Мы видим свои ориентиры. Мы рядом и мы поможем!



ПЛОЩАДКА ПЕРЕДОВОГО ОПЫТА – ТРИБУНА ДЛЯ МОЛОДЕЖИ

ВПЕРВЫЕ ЗАСЕДАНИЕ КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА РАМС ПРОШЛО С УЧАСТИЕМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МОЛОДЕЖНЫХ СОВЕТОВ



■ **Наталья Владимировна СЕРЕБРЕННИКОВА,**
к.п.н., директор по международным
связям РАМС

В конце марта в Санкт-Петербурге в нетрадиционном формате прошло заседание Координационного совета. Особенно примечательным стало массовое участие молодых специалистов. Но расскажем обо всем по порядку.

Открыв заседание, Валентина Антоновна Саркисова, президент РАМС, торжественно вручила свидетельства о коллективном членстве профессиональным ассоциациям, пополнившим национальную организацию в 2023 году. Ими стали ассоциации Республики Чувашия, Новосибирской области, Донецкой и Луганской Народных Республик. Так было положено начало первому рабочему дню Совета, где были озвучены отчеты о работе РАМС, предложения по предстоящим проектам и нововведениям, прошло обсуждение «горячих» тем.

За минувший год Ассоциация медицинских сестер выросла. Официальные цифры отчета гласят, что количество членов превысило 156 000 человек.

Для критиков и скептиков этого мало, мол, какая же это организация, если даже 25 % специалистов не может объединить (напомним, в стране порядка 1 500 000 работников со средним медицинским образованием).

А для руководителей региональных организаций привлечение каждого специалиста – большой труд: обширная разъяснительная работа, поддержка в решении проблемных вопросов, организация конференций и обучения на местах, проведение аттестации на квалификационную категорию и подготовка к ней членов, ответственность за аккредитацию перед всеми – выпускниками, родителями, колледжами, руководителями здравоохранения и медицинских организаций.

Перечень задач каждой профессиональной ассоциации дополняется своими особенными и неповторимыми событиями. Одни с готовностью и на высоком уровне принимают «Выездные школы РАМС», другие проводят свои выездные циклы в районы, третьи ведут большую информационную работу в соцсетях, четвертые подтягивают уровень профессионализма в конкурсах, пятые поддерживают проектную деятельность специалистов, – и все вместе, пожалуй, без исключений, включились в работу по профориентации и созданию Молодежных советов.

От проблемы к решению

Вопросов в общественной жизни ассоциаций возникает «вагон и маленькая тележка»: как унифицировать аттестацию и сделать ее справедливым инструментом оценки квалификации; где взять средства для мероприятий и поощрения лучших специалистов; как привлечь членов и как добиться поддержки и внимания в регионе; как построить работу специализированных секций.

Секции появились в Ассоциации не вчера, тем не менее организовать взаимодействие внутри этих групп бывает сложно. Специалистов разделяют не только часовые пояса, но и интересы своих региональных организаций. Собравшись на Координационном совете, руководители секций обсудили вопросы взаимодействия и привлечения к проводимым мероприятиям специалистов из регионов, дали себе честный ответ на то, что любой член секции должен вносить вклад в ее работу, а не просто числиться. Подводя итоги этой работы, **Юлия Агапова**, директор РАМС по профессиональному развитию, озвучила единую стратегию и тактику работы секций.

Ассоциации также преодолевают на своем пути большие сложности. Взвалив на себя ряд важных государ-

**За большой вклад
в работу Ассоциации
президент РАМС Валентина Саркисова вручила
благодарности руководителям самых активных региональных организаций
и членам специализированных секций РАМС.**



ственных функций (та же аккредитация), общественные объединения тянут эту работу на энтузиазме, личном времени и дружеских связях. Но для растущей организации этого мало, и тех, кто организацию поддерживает и развивает – готовит те самые конференции и торжественные мероприятия, работает в комиссиях по аккредитации и аттестации, организует и события, и участников, привлекает руководителей и лидеров других профессиональных объединений – хочется поощрять не только грамотами и благодарностями. А средств в Ассоциациях критически не хватает.

Поэтому логичным для этого совещания стал вопрос привлечения финансовых средств. Руководители ряда региональных ассоциаций поделились своими «рецептами».

Лариса Третьякова, президент Брянской ассоциации, раскрыла секреты успешного участия в грантовых конкурсах: актуальные проблемы здравоохранения региона, наличие опытного специалиста по написанию грантовых заявок и отчетов, небольшие стартовые требования – в этом деле, в новом для сестринского сообщества пуле партнеров, надо заслужить репутацию. А проекты Брянска, действительно, актуальные.

Андрей Жердецкий, президент Смоленской ассоциации, рассказал о больших выездах членов ассоциации на экскурсии с профессиональным уклоном, о сотрудничестве с театральными касками и ярких культурных мероприятиях и премьерах, гостями которых на выгодных условиях становятся теперь специалисты Смоленщины.

Евгения Яковлевна Кузьминых, президент Ассоциации сестринского персонала Республики Марий Эл, вспомнила о первых грантах в истории ассоциации, о том, как много с их помо-

щью было сделано, о том, что свою мечту по открытию Монумента медикам всех времен и поколений ассоциация реализовала на сэкономленные в пандемию средства.

А президент Ассоциации Кемеровской области **Тамара Васильевна Дружинина** поделилась развернутой системой региональной поддержки, выстроенной для мотивации специалистов в наиболее сложных и проблемных направлениях – работа на селе, в первичном звене, наставничество. Хочется верить, что подобные принципы станут частью новой модели оплаты труда, пилотного внедрения которой мы ждем в 2025 году.

А вот общего «рецепта» привлечения в Ассоциацию членов не нашлось. Как правило, специалисты из наиболее крупных медицинских организаций, расположенных в региональных столицах, находятся «ближе» к Ассоциации. Соответственно больше о ней знают, чаще видят ее работу, активно привлекаются и участвуют. Перспективное направление сейчас активно развивают в Ленинградской области, – здесь выпускница проекта «Лидерство в сестринском деле», главная медицинская сестра Ленинградской областной больницы **Ольга Щербакова**, реализует проект в поддержку ключевых членов. Ответственные за взаимодействие с Ассоциацией специалисты теперь отлично информированы о мероприятиях и понимают, куда можно обратиться, если у кого-то в коллективе возникли проблемы. Этот опыт давно работает в Омске, ряде других регионов, планируют его внедрить и в Архангельске.

Следующие проблемные вопросы – аттестация и аккредитация, в данном случае периодическая. Отчасти проблема уже решена – специалист, успешно подтвердивший квалификационную категорию (или повысивший ее), будет аккредитован. Но отвечают ли действующие критерии аттестации тому, что хотелось бы видеть лидерам профессионального сообщества? Правильно ли, когда квалификационная категория присваивается за стаж или, напротив, для ее получения нужно ответить на такие вопросы, которые к практике конкретного специалиста никакого отношения не имеют? Правильно ли,

когда, осознавая уровень оплаты труда, член аттестационной комиссии руководствуется на экзамене тем, чтобы сотруднику помочь? Правильно ли ставить комиссию перед моральной дилеммой – зачет не глядя (глядя вполглаза) или потеря сотрудника (когда дефицит сотрудников и так зашкаливает)?

Решить аттестационный вопрос на Совете не успели. Поэтому сейчас РАМС взаимодействует с экспертами, чтобы сформулировать новые принципы и критерии отнесения специалистов к той или иной квалификационной категории. Надеемся, что до конца года решение созреет до уровня федерального распоряжения.

От перемены функций эффективность повышается

Второй день Совета ознаменовался встречей с врио директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела **Георгием Введенским**. Мы пригласили Георгия Георгиевича, чтобы обсудить давно волнующий лидеров профессии вопрос о содержании сестринской практики.

Его остроту первыми почувствовали на себе более двух десятков лет назад студенты факультетов ВСО, которые осваивали и латынь, и анатомию, и фармакологию, и этиологию, и патогенез, которые сдавали сложные госэкзамены, получали дипломы, а потом слышали в ответ на любое предложение, любой шаг – только по назначению врача. Проблема эта зашла так далеко, что со временем сестринские, клинические и профессиональные аспекты работы в некоторых должностях в первичном звене ушли в небытие. Их заменили в значительной мере функции технические, секретарские, вспомогательные.



Настаивая на расширении роли сестринского персонала, РАМС ежегодно делится с Минздравом России лучшими примерами такой работы. И вот в дело вступили первые пилотные федеральные проекты, которые проходят в Кемеровской и Новосибирской областях. Суть проектов в создании нового типа участковых бригад и сравнении результативности их работы. Условно можно выделить 3 типа таких бригад: традиционной (врач и медицинская сестра), обновленной (врач и медицинский регистратор) и инновационной (фельдшер и медицинская сестра).

Георгий Введенский остановился на этих проектах, отметив, что Минздрав подведет итоги этой работы и обязательно поделится ими с заинтересованными сторонами. Для нас было важно услышать, что сегодня фельдшер, медицинская сестра, акушерка рассматриваются в качестве важных специалистов здравоохранения, что Минздрав видит потенциал расширения их функционала, и лед, как говорится, тронулся.

Но есть и обратная сторона медали. Медицинские сестры у нас в большом дефиците и, как мы отметили выше, выполняют немало технической работы. Задолго до встречи Совета, еще в ноябре, РАМС направила в адрес региональных ассоциаций анкету с просьбой провести измерения и представить данные о функциях, которые не являются сестринскими, но выполняются в организациях первичного звена медицинскими сестрами.

Поблагодарив всех за серьезный вклад в работу, **Валерий Самойленко**, исполнительный директор РАМС, пред-

ставил результаты исследования. Как выяснилось, в любой медицинской организации непрофильной работы, выполняемой медицинскими сестрами, хватает. Что к ней относится? Перемещение документов, расходников, различных материалов, анализов, работа с документацией, обзвоны, регистрации, записи на прием... – по каждому направлению объемы затраченных минут составляют рабочие смены. И это смены, которые медицинские сестры организаций первичного звена тратят на вспомогательную работу, вместо того чтобы оказывать помощь пациентам.

Увы, решить эту задачу не так просто. Волшебной палочки, по взмаху которой в организациях появятся технические помощники, у РАМС нет. Но разобравшись в сути проблем, продолжая делиться с руководителями Минздрава лучшими примерами профессиональной реализации медицинской сестры, мы будем настаивать на поиске правильных решений.

Говорит и показывает молодежь

Где же тут молодежь, спросите вы?

- Во-первых, молодые специалисты впервые стали свидетелями и участниками всего совещания;
- Во-вторых, обменивались мыслями по поводу увиденного и услышанного друг с другом, с присутствующими, в том числе с главным специалистом по управлению сестринской деятельностью Яной Габоян и руководителем из Минздрава Георгием Введенским;
- В-третьих, приняли участие в каждой рабочей группе и задумались над



теми вопросами, которые волнуют лидеров ассоциации;

- В-четвертых, перезнакомились, обменялись контактами, провели свое совещание и сформулировали планы на будущее;
- В-пятых, поделились с участниками Совета первыми результатами и первыми трудностями своей работы, своими идеями, планами и предложениями, представили опыт работы Молодежных советов, раскрыли тайны теории поколений и секреты информационной работы в социальных сетях.

Для нас очень важно, что в Ассоциациях все больше молодых специалистов, которые готовы отстаивать свою профессию, которые выбрали ее осознанно, не хотят мириться с несовершенствами и готовы «горы свернуть» ради того, чтобы быть медицинской сестрой было почетно. Планы РАМС ожиданиям Молодежного совета во многом отвечают и соответствуют. Надеемся на активное участие молодых специалистов в акциях, профессиональных и творческих конкурсах, в информационной работе и, конечно же, в подготовке главного события года – Всероссийского конгресса РАМС в Санкт-Петербурге!

РЕШЕНИЕМ ПРАВЛЕНИЯ РАМС

- Конгресс РАМС в октябре этого года будет посвящен развитию роли медицинской сестры в стационаре, однако обязательно пройдет сессия и по первичному здравоохранению;
- Молодежный совет подготовит свой уже III по счету Форум. Сразу несколько сессий пройдет в исполнении молодых профессионалов разных специальностей;
- Обязательным разделом работы конференции станут этические аспекты деятельности сестринского персонала;
- В сентябре состоится конкурс видеосюжетов, в котором смогут себя проявить и опытные специалисты, и молодежь;
- В этом году РАМС определит лучшие школы пациентов в стационарах и первичном звене;
- В мае будет дан старт проекту «Лидер Ассоциации», рассчитанному на 2 года. Участники, делегированные региональными ассоциациями, приобретут знания о работе общественных организаций, взаимодействии с органами управления и профсоюзами, привлечении финансирования, коммуникации, передовых технологиях управления, доказательной медицине и проектной деятельности.



МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ. НАШЕ БУДУЩЕЕ.

Международный совет медсестер

Международный день
медицинской сестры

12 мая 2024

ВКЛАД ПРОФЕССИИ В ЭКОНОМИКУ

#IND2024



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
РОССИИ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ 2024

Ежегодно 12 мая, в день рождения Флоренс Найтингейл, весь мир отмечает Международный день медицинской сестры. Международный совет медсестер (МСМ) определяет тему этого праздника.

Поддержка и инвестиции в сестринское дело – это вклад не только в укрепление здоровья и благополучия населения, но и вклад в экономический рост и укрепление систем здравоохранения. Тема Международного дня медсестер в этом году – «Медицинские сестры – наше будущее. Вклад профессии в экономику» раскрывает преимущества инвестиций в развитие профессии благодаря глубокому анализу ее влияния на медицинскую помощь, экономическое развитие, мир и социальное благополучие и процветание.

«В этот Международный день МСМ стремится подчеркнуть экономические причины инвестиций в профессию, практику, образование и лидерство. Представляя чет-

кие доказательства, мы хотим показать, что инвестиции в сестринское дело несут преимущества, выходящие за рамки здоровья как такового. Такие инвестиции имеют экономический смысл, необходимы для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и являются важным шагом на пути к более здоровому и процветающему мировому сообществу. Мир обратил внимание на нашу профессию во время пандемии, и теперь всем пора осознать, какое долгосрочное и далеко идущее влияние оказывают медсестры на оздоровление самой системы здравоохранения», – доктор Памела Сиприано, президент МСМ.

В этом году Хартия перемен Международного совета медсестер также акцентирует внимание руководителей здравоохранения на важности инвестиций в нашу профессию. Предлагаем ознакомиться с документом, который определяет достойное положение нашей профессии.

К сожалению, не всегда в своей профессиональной жизни и карьере специалисты встречают поддержку и уважение, чаще сталкиваются с трудностями и разочарованием. Может ли такой опыт служить примером для подрастающих поколений?

Мы должны изменить ситуацию к лучшему. В рамках Международного дня медицинской сестры и акушерки Ассоциация медицинских сестер России проведет все-российскую акцию «Медицинская династия – медицинская семья». Как следует из названия, акция также будет приурочена к Году семьи в нашей стране. Но есть в ней и особый смысл. Мы хотим акцентировать внимание на тех примерах, когда профессиональная судьба медика складывается успешно, а работа и жизнь в профессии приносят счастье. И пусть это станет лучшим примером и ориентиром для новых поколений медицинских сестер!

ХАРТИЯ ПЕРЕМЕН

Цените, защищайте, уважайте медицинских сестер, инвестируйте в развитие профессии во имя устойчивого будущего сестринского дела и здравоохранения.

Во всем мире медицинские сестры оказывают помощь и проявляют лидерство в решении проблем здравоохранения, зачастую рискуя собой. Медицинские сестры – жизненно важный ресурс охраны здоровья, однако системы здравоохранения всего мира потерпели неудачу

и не смогли по достоинству оценить этот ресурс, обеспечить защиту и инвестиции в сестринский персонал. Мир ошибочно воспринимал медицинских сестер как должное. Отныне такому отношению следует положить конец во имя медицинских сестер и здравоохранения.

Медсестры играют ключевую роль в укреплении здоровья населения, вносят вклад в развитие экономики и мощи государств. Сейчас настало время, когда руководители здравоохранения должны

предпринять решительные шаги по формированию за счет кадровой политики стабильного, сильного и устойчивого ресурса сестринских кадров. Хартия перемен Международного совета сестер содержит 10 политических мер, которые должны быть реализованы правительствами и работодателями во имя безопасных и доступных систем здравоохранения, в которых медицинские сестры из невидимых превратятся в бесценных специалистов.

- 1 ОБЕСПЕЧЬТЕ ЗАЩИТУ И ИНВЕСТИЦИИ В ПРОФЕССИЮ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**, чтобы перестроить системы здравоохранения и достичь целей устойчивого развития и всеобщего охвата услугами здравоохранения для улучшения здоровья во всем мире. Признайте, что здоровье и медицинская помощь – это инвестиции, а не затраты. Закрепите обязательства инвестиций, чтобы обеспечить справедливую и ориентированную на интересы населения медицинскую помощь.
- 2 ПРИМИТЕ НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРЫ В ПОДДЕРЖКУ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПУТЕМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНЫХ И ЗДОРОВЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА И УВАЖЕНИЯ ПРАВ**. Обеспечьте безопасную численность персонала. Защитите медицинских сестер от насилия и рисков на рабочих местах, обеспечьте соблюдение международных норм охраны труда, касающихся прав медсестер на труд в безопасной, здоровой и благоприятной среде, гарантирующей защиту физического и психического здоровья.
- 3 РЕАЛИЗУЙТЕ МЕРЫ ПО НАЙМУ И УДЕРЖАНИЮ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДЛЯ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ НЕХВАТКИ КАДРОВ. УСОВЕРШЕНСТВУЙТЕ ОПЛАТУ ТРУДА МЕДСЕСТЕР, ЧТОБЫ ДОСТИЧЬ СПРАВЕДЛИВОГО И ДОСТОЙНОГО УРОВНЯ ОПЛАТЫ И ЛЬГОТ. ОБЕСПЕЧЬТЕ БЛАГОПРИЯТНУЮ АТМОСФЕРУ ТРУДА**, в которой к нуждам сестринского персонала прислушиваются и предоставляют ресурсы, необходимые для безопасного и эффективного выполнения работы. Финансируйте меры в поддержку признания и развития персонала на всех этапах и во всех направлениях профессиональной карьеры.
- 4 РАЗРАБОТАЙТЕ, ВНЕДРИТЕ И ПРОФИНАНСИРУЙТЕ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ СЕСТРИНСКИМИ КАДРАМИ** для достижения кадровой самодостаточности. Гарантируйте наличие профессиональных кадров для оказания основных медицинских услуг.
- 5 ИНВЕСТИРУЙТЕ В ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННЫЕ АККРЕДИТОВАННЫЕ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ** для подготовки большего числа молодых специалистов и продвижения специалистов с опытом по карьерной лестнице. Развивайте учебные программы таким образом, чтобы студенты приобретали актуальные и востребованные навыки. Поощряйте карьерный рост от медицинской сестры общего профиля к медсестре-специалисту и медсестре расширенной практики.
- 6 ДАЙТЕ МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛНОСТЬЮ РЕАЛИЗОВАТЬ СВОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ**, укрепляя и модернизируя законодательство и регулирование практики и инвестируя в передовые технологии и сестринские модели ухода. Направьте ресурсы на развитие ПМСП, укрепление здоровья и профилактику, на развитие пациенториентированной помощи и помощи на дому.
- 7 ПРИЗНАЙТЕ И ОЦЕНИТЕ ПО ДОСТОИНСТВУ НАВЫКИ, ЗНАНИЯ, КАЧЕСТВА И ОПЫТ МЕДСЕСТЕР**. Поощряйте развитие роли медицинских сестер в практике, а также в преподавательской, исследовательской, научной и управленческой сфере.
- 8 АКТИВНО ПРИВЛЕКАЙТЕ НАЦИОНАЛЬНУЮ АССОЦИАЦИЮ МЕДСЕСТЕР** в качестве важнейшего профессионального партнера для реализации политики здравоохранения. Налаживайте партнерские отношения с ассоциацией на местном, национальном и глобальном уровне.
- 9 ЗАЩИЩАЙТЕ УЯЗВИМЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ, ОТСТАИВАЙТЕ И УВАЖАЙТЕ ПРАВА ЧЕЛОВЕКА, РАВЕНСТВО ПОЛОВ И СОЦИАЛЬНУЮ СПРАВЕДЛИВОСТЬ**.
- 10 НАЗНАЧАЙТЕ ЛИДЕРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА НА РУКОВОДЯЩИЕ ДОЛЖНОСТИ** во всех организациях здравоохранения и органах управления здравоохранением. Укрепляйте лидерство в сестринском деле во всей системе здравоохранения, учреждайте и поддерживайте руководящие роли сестринского дела там, где они наиболее необходимы.



Уважаемые коллеги,

Примите искренние поздравления с Международным днем медицинской сестры!

Наша профессия – олицетворение всего лучшего и доброго, что заложено в человека, – внимания, заботы, сострадания и милосердия, помноженных на высокий профессионализм, ответственность, знания и непрерывное обучение новому. И лишь немногим – самым отзывчивым и стойким – суждено сделать ответственный выбор и сохранить верность своей профессии на протяжении десятилетий.

Нам часто приходится нелегко. Мы выдерживаем высокую физическую нагрузку, мы пропускаем через себя страдания пациентов и их близких, мы тяжело переживаем потери, но находим в себе силы, чтобы возродиться и помочь, спасти, утешить вновь и вновь.

Мы не можем, не умеем стоять в стороне от боли и страданий, в стороне от защиты своей Родины и заботы о ее воинах, и мы идем туда, где взрывная волна не выбирает. Это мы выбираем путь, полный тяжелого труда, горя и риска для собственной жизни, потому что видим в нем свое предназначение.

И в этот день мне хочется поблагодарить каждого из вас и еще раз сказать о том, что нет на свете более благородного дела.

Наша профессия достойна большего. Инвестиции, поддержка, уважение, рост и развитие – все это в центре внимания лидеров профессии, которые особенно остро переживают за настоящее сестринского дела и отдают все силы становлению его будущего. И я твердо верю, что в каждом направлении общественной работы мы на верном пути!

С праздником, дорогие коллеги! Пусть ваша профессиональная судьба будет счастливой и яркой! От всего сердца желаю вам благополучия, крепкого здоровья, успехов, веры в свои силы, в своих коллег, в свою профессию, безоговорочной поддержки и общественного признания!

*С искренним уважением,
В.А. Саркисова,
президент НАМС*

Молитва на шевроне Лекаря



■ **Ирина Викторовна ЯНМИНКУЛЬ**
Пресс-секретарь ТРОО ТОПСА,
г. Тюмень

«Ангеле Божий, хранителю мой святой, на соблюдение мне от Бога с небесе данный, прилежно молю тя: Ты мя днесь просвети, и от всякого зла сохрани, ко благому деянию настави и на путь спасения направи. Аминь» – такая молитва вышита на шевроне Лекаря. На груди. У сердца.

На войне без Бога нельзя. Так надежней и спокойней. Когда трудно и земля уходит из-под ног, когда теряешь ставших близкими на фронте людей, чей взгляд ловил минуты назад... Там все чувства обостряются, и на первый план выходит характер, закладка. А то, что у сибиряка Башмакова она крепкая, кто бы сомневался. Сколько раз жизнь испытывала, проверяла его на стойкость, выдержку – выстаивал!

Конечно, по своей природе он человек добрый и миролюбивый, но порой война – единственный путь к крепкому миру. Там, где война, без Лекаря не обойтись.

Участие в СВО – осознанный выбор. Причем добровольцем Сергей стремился стать сразу. Как бывший контрактник и военный специалист, еще в 2022-м ждал повестку, но так и не дождался. Убедить в своем решении жену, которая, опасаясь за жизнь любимого, была категорична, удалось далеко не сразу. А он общался с теми, кто из зоны СВО приехал в отпуск, и все больше убеждался – его место там! В какой-то миг внутренний патриотизм перевесил на весах совести и чести все, что было создано за эти годы – семью, дом, карьеру, определенное положение в обществе. Всё это Сергей Башмаков оставил на время, для того чтобы стать Лекарем и обрести душевное равновесие.



Бесспорно, там, на войне, будут нужны его знания, его бесценный практический опыт, которым он делился на «гражданке» со студентами Тюменского медицинского колледжа, где он по совместительству преподавал «Основы реанимации» и «Медицину катастроф». Он настолько научился ценить время, что старался все успеть: помогал готовить студентов к профессиональным конкурсам и соревнованиям, причем студенты под его руководством неоднократно побеждали как в регионе, так и по России. Дорог его сердцу медицинский пункт на железнодорожном вокзале, которым фельдшер Башмаков не один год заведовал. Его подразделение входит в состав ЧУЗ «Клиническая больница "РЖД-Медицина" г. Тюмень». Моментально сориентироваться и оказать необходимый объем медицинской помощи приходилось не только на вокзале, но и в поездах. Благодаря его инициативе, в больнице проводился полевой выход, приуроченный к дню ГО, где Башмаков организовывал массовое обучение в медико-спортивных соревнованиях.

Для коллег, работающих в условиях железной дороги в других регионах России, он даже разработал Методику, помогающую снизить риск развития угрожающих состояний среди пассажиров в пути, а также для грамотной работы при эстафетном наблюдении на пути следования пассажиров железнодорожного транспорта.

Принципиальность и глубокие знания Сергея Ивановича ценили и в аттестационной комиссии, где в течение 8 лет он являлся экспертом по лечебному делу. Фельдшера Башмакова знают в лицо не только медработники Тюмени и области. За 2 года успешной работы заместителем председателя секции РАМС «Лечебное дело – ФАПы», Сергей, по мнению председателя Л. Цыгановкиной, стал ее стержнем. Сегодня его знает все сестринское сообщество России. Даже находясь в зоне СВО, он – организованный, дисциплинированный, надежный (и это лишь часть ярких и теплых эпитетов, сказанных коллегой в его адрес), продолжает работать в секции.

Он с детства знал, что будет лечить людей. До сих пор вспоминает частые

приступы крапивницы, неизменные спутницы детства, когда на машине «Скорой помощи» приезжал дядя Витя, отец друга-одноклассника. После волшебного укола, подбадривающих слов, от зуда и сыпи не оставалось и следа. Конечно, в наполеоновских планах парня было поступление в Тюменскую медицинскую академию, но по баллам занять место в небольшой бюджетной обойме не вышло. Только ведь это совсем не повод расставаться с мечтой! Тобольское медицинское училище, распахнувшее для самоуверенного и амбициозного парня свои двери, не пожалело впоследствии об этом. Как настоящий мужчина, решив не быть обузой для родителей, с первого курса устроился работать санитаром в морг, потом со временем перешел на «скорую».

В 2001 году был призван в армию, а через полтора года службы принял решение о переходе на контрактную службу в военный госпиталь ВВ МВД РФ УрВО г. Екатеринбурга в отделение неотложной помощи группы быстрого реагирования. Во время несения службы в госпитале был прикомандирован к оперблоку. Там Сергей овладел навыками специальности «операционной медсестры», ассистировал хирургам при многих операциях. В тот период удалось пройти обучение полевой хирургии в условиях боя. Выезжали в командировки для эвакуации раненых и больных. В общей сложности отслужил 4 года.

После подписания контракта он с другими добровольцами пробыл в казарме Екатеринбурга 5 дней, и 8 ноября 2023 года, в свой день рождения, был направлен в полевой лагерь за Ростовом, где бойцов распределяют как по специальностям, так и в зависимости от потребностей на передовой. Парней с Урала увезли через 10–11 суток, Башмакова оставили, потому что при проведении занятий по тактической медицине он указал инструктору на некоторые ошибки. Комбат, побеседовав с грамотным медиком и выяснив, что за его плечами помимо медицинского образования, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (РАНХиГС) и диплом преподавателя доклинических дисциплин, дающий право на подготовку инструкторов оказания первой

помощи, решил оставить его в качестве инструктора на полигоне до конца ноября. Лекарь рассказывал бойцам теорию о наружном кровотечении, травматическом шоке, принципах обезболивания раненого промедолом.

А вот как правильно передвигаться «трехсотому», когда все конечности ранены, Лекарь научил бывший инструктор из «Вагнера», парень 1999 г.р., не имеющий никакого медицинского образования. Именно его опыт впоследствии очень пригодился Сергею Ивановичу: как правильно вытягивать, проводить самоосмотр и накладывать жгут.

На СВО всё проверено войной, и работает немного по-другому. Правило наложения жгута – выше, туже, один на один. Вне зависимости от места ранения на конечности, жгут накладывают в подмышечной и в пахово-бедренной складке. Потому что куда бы ты не был ранен, жгут должен наложить себе сам! Даже на шею.

Лекарь поддерживает контакт с земляками и парнями, которым удалось помочь словом или делом. Недавно один из них позвонил, чтобы поблагодарить. Когда его «затрехсотило» в руку и ногу, солдат вспомнил наставления опытного товарища, и это его спасло. Под Авдеевкой почти трое суток парень вылезал на двух костях, сам себе накладывал жгут, расслаблял его и заново затягивал, пока не добрался до своих.

Когда Лекарь попал на передовую, по приказу его направили ротным фельдшером в 33-й полк. А если фельдшер на передовой, он тот же штурмовик, только плюс к оружию за плечами у него дополнительно рюкзак с медикаментами. Начмед полка, ознакомившись с Лекарем и его документами, на следующий же день прикомандировал его к медвзводу. Для начала – простым санитаром, чтобы не только парней поучил медицине, но и сам поучился. Там, на передовой, у многих нет медобразования, но это не мешает им спасать жизни однополчан.

Так получилось, что уже на следующий день Лекарь был послан на задание, где попал под бомбежку. Рядом оказались молодые парни, которым чуть за 20-ть. Поначалу к Лекарю пристально присматривались, изучали, – осилит, выдержит? Где-то через пару часов на позициях первый раненый.



Но разве напугаешь ежа голым задом? Собранно и уверенно показал Сергей мастер-класс осмотра и быстрой эвакуации раненого под открытым небом. Еще и бравировал перед ребятами, – все нормально, и так работать можно. Один из них, улыбнувшись, осадил: «Расслабься, Лекарь, ты еще под минометным не был».

Днем начался штурм опорного пункта, одного из бойцов тяжело ранило. Чтобы оказать медицинскую помощь, нужно было вынести его из-под обстрела. Но двоим бойцам пройти с раненым по узкой тропе под вражеским обстрелом никак не получалось, и тогда командир решил направить в помощь еще людей – целую группу в 11 человек. Без проводника было не просто, уже стемнело. Только спасатели добрались до раненого, начался обстрел. Квадрокоптеры «укропов» корректировали координаты, а вражеские минометы делали свое дело. После первого обстрела, где сбросы делались и с «птичек», удалось укрыть раненого в воронке, но во время второго его снова зацепило. Лекарь успел насчитать 6 прилетов и потерял сознание. После разрыва крупнокалиберного метра в трех его подняло в воздух. Еще не опустившись на землю, почувствовал сильный удар по голове. «Вот я и «двухсотый!», – только и успел подумать... Уже позже парни сказали, что было 11 или 12 прилетов. Очнулся Лекарь от пронзившей сильной боли в ноге, когда кто-то из своих пробежался по нему, наступив на колено.

И тут, приходя в себя, он услышал стон: «Я триста... я триста... я триста». Быстро ошупав себя и поняв, что у са-



мого все цело, пополз туда, откуда сигнализировал истекавший кровью боец. Едва успел наложить парню жгут, как вновь потерял сознание. Огненные вспышки в глазах и рвота, – он терял сознание снова и снова. «Двигайся быстрее, братан», – кто-то из бойцов начал ползти, толкая Лекаря перед собой. Он совсем потерялся во времени. В мозгу набатом стучало: ползи прямо, не вздумай в сторону – там мины. А в душе молился за тех, кто остался там, чтобы было всё хорошо.

Границы на линии соприкосновения условны, чуть не угодил к врагам. Благо, наш боец с позывным «Аза», словно джинн из бутылки, возник на пути, спросил кто он. А Лекарь даже имя свое не смог вспомнить, лишь позывной всплыл в памяти. Узнав своего, его резко закинули в окопы. Потом, уже ближе к утру, Башмакова эвакуировали. Пришел в себя он уже в БЭХЕ. Там же в «двухсотом» узнал того самого солдата с позывным «Малыш», которого они дружно пытались спасти. Боец, спасший тогда Лекаря, направив его на тропинку, теперь его брат. Раненый, он помог Башмакову выйти в нужном направлении. Первое боевое крещение стало вторым днем рождения. После него Лекарь отдохнул всего сутки, а потом каждый день ходил «на концерты». Сколько бы ни было таких случаев, но первый навсегда останется в памяти.

Недавно его, обкатанного на поле боя, назначили командиром медвзвода, благо образование позволяет занимать офицерскую должность. Он достоин быть внуком своего боевого деда, который на протяжении 4 лет нес службу в погранвойсках на китай-

ской границе и не раз был награжден боевыми медалями.

А к Дню защитника Отечества командир воинской части 82717, полковник П. Бабичев вручил С.И. Башмакову благодарность за образцовое выполнение воинского долга, отвагу, усердие и старание в военной службе в Вооруженных Силах РФ.

А мы читаем письмо Лекаря с передовой (19 марта, 03:30): «Мы сегодня на передке. Сидим в блиндаже. Сейчас пойдет большой “концерт”. И только Афина лает сверху. Собаки и кошки... Только тут реально понимаешь, что это друзья, которые не только помогают, а иногда реально спасают жизнь. Через пару часов начнется, и может кого-то уже не будет, или придется идти на эвакуацию. С Олегом Ворониным (Зелек), который воюет уже полтора года, нас объединил первый бой. Я был его вторым. А теперь наоборот я за него и не только за него несу ответственность командира.

Эти парни научили меня многому: двигаться по лесополке, слышать приход и выход, прятаться в норках. А теперь наоборот, – их судьба в моем сердце, и уже я отвечаю за них перед их матерями, девочками и родными. Им всего-то по 20 с небольшим, и они боятся не начать нормальную жизнь. Они – это Кот, Белый, Гоша, Колючий, Горек, Шафран и мой кровный брат Зелек. Пусть они не знают асептики и антисептики, не учились в медколледжах, но именно они научили меня двигаться ночью и утром по серому, вечером в туман, как укрываться одним спальником, объяснили, как рабо-

тать с релейкой, как слушать «птичек», как делить одну банку тушенки, как выжить на полторашке воды, как быстро двигаться на эвакуации. Это они учат своего командира, который должен превзойти их. Именно превзойти и быть выше, умнее, хитрее, учить и вытаскивать, отстаивать и быть на передке. Три дня назад меня сильно оглушило (глухануло напрочь), именно сейчас стал хуже слышать. Когда идет “концерт”, надо слушать, а я плохо “разбираю”. Двигаемся, как Касперы. И все же, никто, кроме нас...»

Пусть же и дальше по жизни хранит его и его сослуживцев, за которых он сейчас в ответе, Ангел Божий, хранитель его святой. Ну а горячо любимые жена и дети, конечно же, верят в победу российских военнослужащих в зоне СВО и с большим нетерпением ждут папу домой, гордятся им, настоящим Патриотом своей Родины.



Можно ли сократить время на обеззараживание воздуха?

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

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

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

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

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

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

К другим существенным преимуществам «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» перед стандартными бактерицидными облучателями относят небольшую временную продолжительность обработки. Так, для обеззараживания помещения площадью до 45 квадратных метров с эф-



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Гарантия на установку для дезинфекции «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» – 2 года.

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

ЗНАК РАВЕНСТВА

О ЖИЗНИ И РАБОТЕ СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ИЗ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ



■ **Ольга Васильевна БИРЮЧЁВА**

Ведущий специалист по связям с общественностью Центра общественного здоровья и медицинской профилактики ГКУ РМЭ «Медицинский информационно-аналитический центр»

Старшей медсестре поликлиники № 3 Йошкар-Олинской городской клинической больницы Наталии Николаевны Медведевой присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации».

Присвоение такого почетного звания – не рядовое событие, поскольку в республике не так уж много специалистов среднего звена – заслуженных работников здравоохранения России, а в горбольнице – одна Наталия Николаевна.

Почему именно она? Если коротко, потому что почти полвека своей жизни отдала марийскому здравоохранению, из них 46 лет – родной третьей поликлинике. При этом можно смело ставить знак равенства между двумя словами «жизнь» и «работа».

Случается, человек с детства мечтает выбрать именно эту профессию, стремится к исполнению мечты всеми силами и затем совершенно объяснимо достигает невиданных успехов в своем деле. Но бывает и так, что выбор профессии оказался случайным, а в итоге – точное попадание в цель.

Скорее всего, закончив десять классов в Йошкар-Оле, Наташа стала бы учителем – для нее всегда примером и авторитетом была классная руко-



водительница – настоящий педагог. Но обстоятельства сложились так, что после девятого класса подружка предложила поступать вместе с ней в медучилище. В итоге подружка не поступила, а Наташа сдала экзамены на «отлично» и потом ни разу в жизни не пожалела, что судьба привела ее именно к этому порогу.

После медучилища по распределению отработала в Йошкар-Олинском роддоме, где прошла не только хорошую профессиональную школу под руководством старших коллег, но и получила важные уроки жизни, когда счастье материнства соседствует с сиротством детей-«отказников».

Через три года решила выбрать место работы поближе к дому и пришла в столичную третью поликлинику участковой медсестрой. Говорят, к тому времени на участке уже сменилось несколько медсестер – не складывались отношения с доктором. А у Наталии Николаевны никаких проблем не возникло, более того, когда она родила дочку, участковый врач пришла к ней через полгода: «Наташа, выходи на работу!». И Анастасия Сте-

пановна – мама Наталии Николаевны – совершила «подвиг», – уволилась, чтобы нянчиться с маленькой внучкой, а Наталия Николаевна вернулась в любимый коллектив.

Промелькнули в заботах десять лет, в стране наступила пора демократии и гласности, которая коснулась и поликлиники: после увольнения старшей медсестры состоялись выборы с тайным голосованием, и новая должность свалилась на голову Наталии Медведевой.

– Начинала почти слепым котенком, – вспоминает Наталия Николаевна. – Учиться не у кого. Сама все постигала. Через месяц пришли с проверкой из Роспотребнадзора. Пошли по кабинетам: это не так, то не так... Пообещала: все исправим. Ох, как крутилась! Документы в порядок приводила, чистоту наводила, кастрюли краской подписывала. Зато через месяц комиссия признала – все исправили.

Следующие десятилетия – время бесконечных перемен в отрасли, финансовых вливаний и обновления оборудования, модернизации и цифровизации. Кажется, и молодым иногда не просто соответствовать велению вре-

мени, а уж стажистам тем более. Все это совсем не касается Наталии Николаевны, которая бесстрашно овладела компьютером в объеме, необходимом для работы, изучает новую технику и контролирует своих подчиненных, которых больше 80.

Самым трудным испытанием последних лет для всего коллектива поликлиники стала пандемия коронавирусной инфекции. Это сейчас, пережив три с лишним горячих года, мы с холодной головой анализируем события того времени, а вспомните первые месяцы неизвестности, тот страх, те переживания, те потери, ту растерянность.

Но медицинским работникам, стоявшим на переднем крае борьбы, ничего не оставалось, как трезво и бесстрашно выполнять свою работу. А если за плечами почти сотня медсестер, регистраторов, уборщиков и прочего персонала, которых нужно учить жить и трудиться в новых условиях? Тут

точно не до страха, и Наталия Николаевна, сама вникнув в тонкости ремесла, не покладая рук обучала персонал, оснащала прививочный кабинет, формировала мобильные прививочные пункты, контролировала соблюдение противоэпидемических правил, обеспечивала поликлинику лекарствами, расходными материалами, медицинскими изделиями.

Справились же в конце концов! Между прочим, всякий раз, когда маячит на горизонте новое дело, у Наталии Николаевны появляется совсем не страх, а азарт, она берется без сомнений и достигает результата. Именно потому, наверное, главная медсестра горбольницы Наталья Леонидовна Стрельникова считает: за поликлинику можно не волноваться, это надежное звено.

У Наталии Николаевны двое детей, внука и трое внуков, но типичной бабушкой она себя не считает. Конечно, внимание уделяет и подарочки дарит



на всякие праздники, но нянчиться с малышами, как когда-то ее мама, – увольте! Каждый день встает в 5 утра и в 6:40 уже в поликлинике: разве есть что-то важнее работы?

Недавно по случаю награды у нее брали интервью. Кажется, журналист намеревалась спросить ее о том, как она планирует будущее – мол, до какого же возраста этот трудовой энтузиазм? Вопрос ей так и не задали, хотя ответ у Наталии Николаевны готов: «Время покажет!».

ТАНЯ, ТАНЕЧКА, ТАНЮШКА

В ОЖИДАНИИ ВЫЗОВА В НОВУЮ КОМАНДИРОВКУ



■ Нина Васильевна НИКИФОРОВА
Член специализированной секции РАМС «Анестезиология-реаниматология», медсестра-анестезист БУЗ УР «ГКБ № 7 МЗ УР», г. Ижевск

Во времена преподавательской деятельности в Республиканском центре повышения квалификации для медицинских работников на практику ко мне пришла очередная группа медсестер-анестезистов. И как-то сразу заметила я хрупкую миловидную девушку, которая очень уж выделялась своей любознательностью – Татьяна Михайлову.



Во время работы в операционной



Детские рисунки в фойе больницы

Родилась она в 1980 году в далекой удмуртской деревне Муркозь-Омга Кизнерского района Удмуртской АССР. Среднюю школу окончила в районном центре поселка Кизнер. В 1997 году поступила в Ижевский медицинский колледж имени Героя Советского Союза Ф.А. Пушиной на специальность «Сестринское дело». С дипломом медицинской сестры устроилась она работать в Республиканский онкологический диспансер Ижевска в химиотерапевтическое отделение. А через год перевелась в том же диспансере медсестрой-анестезистом в отделение анестезиологии-реанимации.

Работала Таня в онкологии до 2016 года, а потом перешла в частную клинику. В 2019 году за добросовестный труд и профессиональные достижения Татьяна Васильевна была удостоена звания «Человек года» и награждена Почетной грамотой Минздрава УР.

Родилась Татьяна в большой, дружной семье, в которой воспитывались 4 брата и она. С детства мечтала служить в армии. Все четыре брата отслужили в рядах Российской армии и стали для нее достойным примером.

С началом СВО Татьяна отправилась в Республиканский военкомат, готовая ехать в зону СВО оказывать помощь раненым. Одновременно подала заявку в ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова МЗ РФ». А уже через 2 недели пришел долгожданный вызов в командировку.

В первую свою поездку работала в госпитале, который был расположен на юге России. После месяца службы ее отправили в отпуск. Затем новая командировка – на этот раз в Луганскую Народную Республику. По приезду ее отправили в Республиканскую клиническую больницу города Луганска, которая на тот момент выполняла функ-



цию военного госпиталя. Разместили в госпитале в свободных палатах, здесь же было организовано горячее питание для сотрудников. Запомнилось фойе больницы – сколько там рисунков от детей со всех концов страны, какая это поддержка нашим раненым бойцам.

Как опытного анестезиста, Татьяну определили работать в ОРИТ по графику – 6 дней в неделю, с утра до ночи. И понеслось: прием тяжелораненых, неотложная и экстренная помощь, анестезиологическое пособие, участие в проведении трахеостомий... Отделение было на 15 коек, но с наплывом раненых разворачивали дополнительные.

Запомнился Татьяне случай, когда привезли раненого бойца 28 лет с множественными осколочными ранениями – подрывался на mine. Состояние крайне тяжелое, сочетанная травма, большая кровопотеря, травматический шок. Шансы на выживание были невелики, но были. Всей сменой бросились на помощь: во все руки переливали кровь, проводили СЛР, обезболивали – спасли! Потом мама этого

солдата приехала, каждого благодарила, каждому поклонилась... можно сказать, родился заново. И это был не единственный случай спасения.

И там, в жестких условиях военного госпиталя, в хрупкой девушке увидели сильный волевой характер, назначили наставником молодых специалистов. А раненные солдатики восхищались и называли ласково – то Танечкой, то Танюшкой.

В минуты затишья, когда поток раненых немного снижался, Танюшка находила в себе силы говорить с ранеными, успокаивать. Некоторые как на исповеди о себе рассказывали. Самой рыдать хотелось, но нельзя – убегала на задворки и там, под раскидистой ивой, наедине с нахлынувшим разбиралась. Эта ива, напоминавшая о родном доме, стала местом силы.

Командировка закончилась, пришла пора уезжать, и как тяжело оказалось расстаться с теми, кто стал родным: со слезами на глазах, с надеждой на скорую встречу.

Сейчас Татьяна активно помогает фронту. Совместно со штабом общественной поддержки партии «Единая Россия» организовала сбор гуманитарной помощи для раненных солдат: приобрели медицинские изделия, средства по уходу, приготовили подарки, одежду, одеяла и постельное белье – все это отправляют в Луганск.

В конце интервью я спросила Таню, чего она ждет от жизни больше всего? – Ждет вызов, снова собирается ехать в командировку, туда, где ее очень любят и ждут, где она очень нужна.



На фойе госпиталя в Луганске



Цветы от благодарных пациентов

Партограмма как стратегия к прогрессу родов



■ **Наталья Ивановна АНТОНЕНКО**

Акушерка акушерского физиологического отделения перинатального центра БУЗОО «Областная клиническая больница»



■ **Татьяна Викторовна САИТОВА**

Главная акушерка перинатального центра БУЗОО «Областная клиническая больница», председатель специализированной секции ОПСА «Акушерское дело», г. Омск

Более одной трети случаев материнской смертности, половина случаев мертворождения и четверть всех случаев смерти новорожденных вызваны осложнениями во время родовой деятельности и родоразрешения.

Для предупреждения неблагоприятных исходов родов решающее значение имеет мониторинг родовой деятельности и родоразрешения с обязательным отображением наиболее выраженных критериев состояния матери и плода, что способствует раннему выявлению и лечению осложнений.

С этой целью используется стратегический метод контроля клинического течения родов, который предусматривает выполнение оценок и проведение наблюдений, необходимых для оказания помощи всем беременным женщинам, независимо от имеющихся у них рисков – ведение партограммы.



Партограмма – это способ графического описания родов, в котором отражаются состояния роженицы и плода, процессы сократительной деятельности матки и раскрытия шейки матки, а также другие показатели общего состояния роженицы и плода.

В современных условиях необходимость ведения партограммы в процессе родов регламентирована:

- приказом МЗ РФ 1130 Н от 20.10.2020 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»;
- клиническими рекомендациями «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)», датированными 2021 годом.

С 1 сентября 2021 года действует профессиональный стандарт «Акушерка», который регламентирует такие трудовые действия акушерки, как проведение диагностики родовой деятельности, родоразрешение при физиологическом течении родов и ведение медицинской документации по виду ее деятельности, одной из которых является партограмма – эквивалент дневника наблюдения за пациенткой в родах.

В перинатальном центре Омской областной клинической больницы партограмму ведут акушерки родовых блоков. Для стандартизации действий акушерки, исключения ошибок при заполнении партограммы разработана и внедрена стандартная операционная процедура «Ведение партограммы».

Партограмма оформляется при поступлении роженицы в родовой блок с начала активной фазы первого периода родов независимо от числа родов и состояния плодных оболочек.

В латентную фазу родов партограмма не ведется, но роженице проводится мониторинг основных показателей, осуществляется контроль за состоянием плода, оказывается необходимая медицинская помощь.

Партограмма имеет 9 разделов, каждый из которых предусматривает не только регулярный временной контроль таких параметров, как частота сердечных сокращений плода, сокращение матки и раскрытие шейки матки, наблюдение за амниотической жидкостью, конфигурацией головки и положением плода в полости матки и таза, проведение физикального обследования и выполнение врачебных назначений, но и корректное обозначение данных с использованием регламентированных символов. Рассмотрим основные разделы партограммы.

Идентификация личности пациентки

Это один из важнейших элементов безопасности в медицинской организации. Заполняя паспортную часть программы, мы соблюдаем один из принципов безопасной больничной среды.

В паспортной части указывают полностью фамилию, имя, отчество пациентки, характеристики родовой деятельности на момент поступления: количество беременностей и родов, время начала родовой деятельности, дату постановки диагноза активной фазы родов, дату и время разрыва плодных оболочек (рис. 1).

Сердцебиение плода

Нормальная частота сердечных сокращений у плода колеблется от 120 до 160 ударов в минуту. Этот показатель следует фиксировать и отмечать на партограмме точкой каждые полчаса. Показатели частоты сердечных сокращений плода на партограмме могут свидетельствовать как о нормальном состоянии плода, так и о возможных начальных проявлениях нарушений и вероятности выраженных изменений его состояния (рис. 2)

Правильная интерпретация данных обеспечит своевременную диагностику изменений состояния плода, тем самым снизит количество неблагоприятных перинатальных исходов – асфиксию плода средней и тяжелой степени, интранатальную гибель плода.

Целостность плодного пузыря и качество околоплодных вод

Цвет амниотической жидкости отмечается каждый час с использованием специальных обозначений, на основании

Ф.И.О. Иванова Наталья Ивановна

Беременность	5	Роды	5
--------------	---	------	---

Дата родов 29.01.2024 Время начала родов 00:10

Время отхождения вод 05:45

Рис. 1

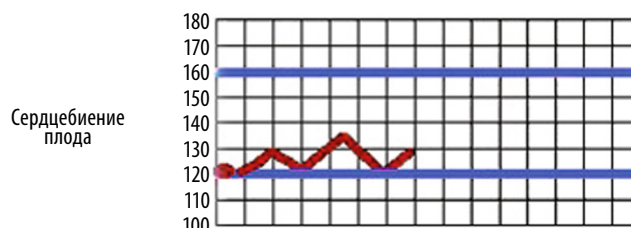


Рис. 2

Околоплодные воды	С								
Конфигурация головки	0								

Рис. 3

которых можно сделать заключение о целостности плодного пузыря, окраске околоплодных вод, ее интенсивности, наличии примеси мекония или крови.

Контроль качества околоплодных вод позволяет своевременно проводить профилактику гипоксии плода, аспирационного синдрома у новорожденного, а при нарушении целостности плодного пузыря – вовремя провести влагалищное исследование с целью своевременной диагностики выпадения петель пуповины и оценки акушерской ситуации (рис. 3)

Конфигурация головки

Это следующий контролируемый показатель, который фиксируется в партограмме на основании проведенного влагищного исследования. Показатель отмечается установленными символами, при чтении которых можно сделать вывод об отсутствии конфигурации, возможности разъединения швов

и нахождения их друг на друга либо отсутствия таковой (см. рис. 3).

Раскрытие шейки матки и прохождение головки плода

Определить отношение головки плода и таза матери можно при наружном акушерском исследовании, а расположение стреловидного шва и малого родничка в плоскостях таза диагностируется при влагалищном исследовании.

Правильное отображение этого показателя на партограмме позволяет своевременно выявить патологическую конфигурацию головки плода, особенно при комплексной оценке данных влагалищного исследования, кардиотокографии, и повлиять на прогресс родов. С целью оценки динамики родов в активную фазу первого периода рекомендуется каждые 4 часа проводить влагалищные исследования (рис. 4).

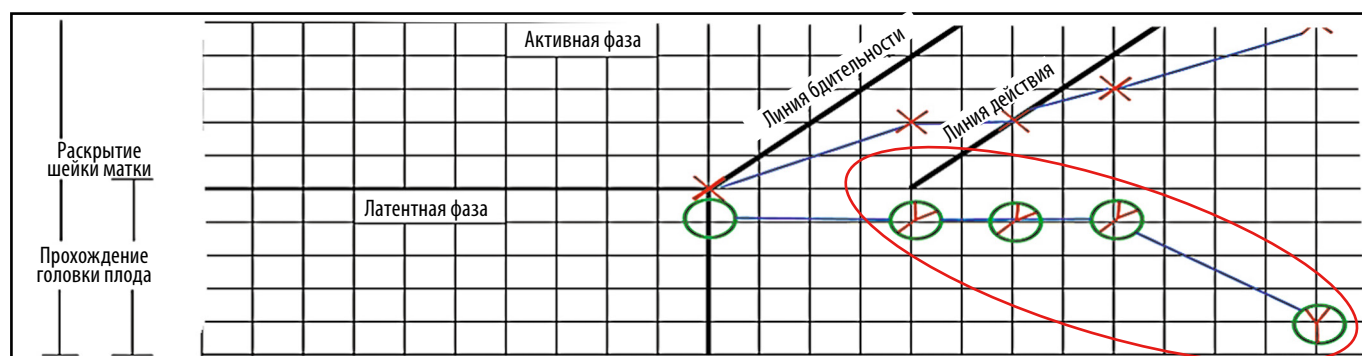


Рис. 4

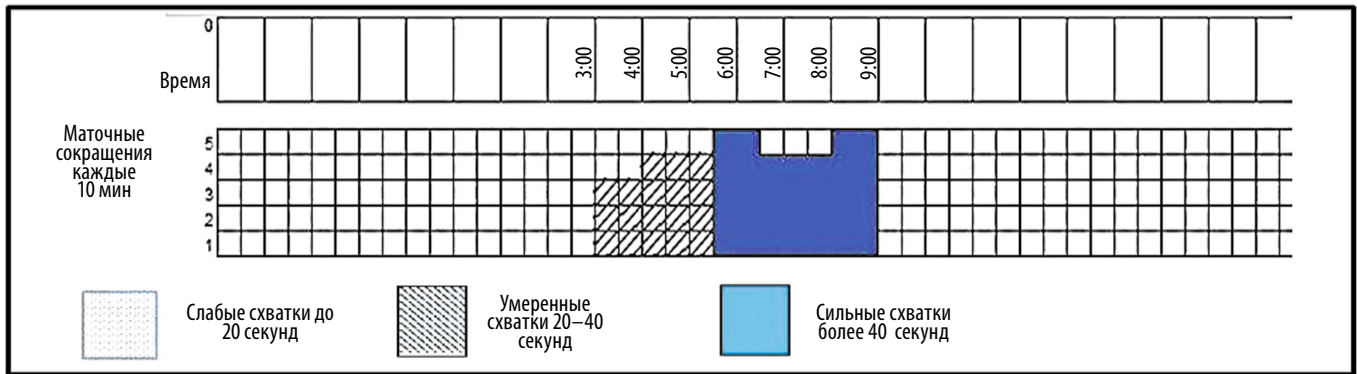


Рис. 5

Влагалищное исследование проводит врач.

При проведении влагалищного исследования определяется раскрытие шейки матки, ее структурные изменения. Раскрытие шейки матки регистрируется в соответствующей части партограммы условным знаком. Приемлемая скорость открытия шейки матки в активную фазу первого периода родов у первородящих 1–2 см/ч и 1,5–2 см/ч у повторнородящих.

Несмотря на то, что влагалищное исследование является врачебной манипуляцией, акушерка играет ключевую роль в соблюдении частоты, кратности, количества влагалищных исследований и внесения полученных показателей в партограмму. От знаний акушерки основных показаний к выполнению влагалищного исследования в родах, умения интерпретировать данные партограммы зависит своевременность вызова врача для решения вопроса о назначении медикаментозной анальгезии, выбора анестезиологического пособия, своевременной диагностики неотложных акушерских состояний и оценки акушерской ситуации, а следовательно, и снижения риска акушерских осложнений.

Так как влагалищное исследование отличается высокой инвазивностью, обеспечение требований инфекционной безопасности акушеркой при под-

готовке к его проведению позволяет свести к минимуму риск гнойно-септических осложнений.

Сокращения матки

Наряду с раскрытием шейки матки и продвижением головки плода объективным признаком родов и показателем родовой деятельности являются сокращения матки.

Во время активной фазы сокращения матки регистрируются с регулярностью не менее 3 схваток за 10 минут. Периодичность схваток откладывается на партограмме по оси времени. Каждая клеточка означает одно сокращение за 10 минут.

Используется 3 вида штриховки, различная интенсивность которой отражает силу и длительность схваток (рис. 5).

Адекватное отображение родовой деятельности на партограмме дает возможность своевременно диагностировать отклонения от нормального течения родов, разные формы аномалии родовой деятельности и подтверждать или менять стратегию и прогресс родового акта.

Регистрация врачебных назначений

Акушерка регистрирует назначения в разделе «вводимые лекарственные

средства». При назначении раствора окситоцина акушерка записывает его количество/концентрацию и вводимую дозу в минуту каждые 30 минут. Корректность, своевременность фиксации данных безусловно влияют на качество выполнения врачебных назначений, преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах – передаче дежурства, переводе пациентки из родового блока в другие подразделения и позволяют исключить медицинские ошибки и нежелательные события (рис. 6)

Показатели физикального обследования роженицы

Эти данные фиксируются в нижней части партограммы и позволяют своевременно диагностировать неблагоприятные изменения динамического состояния роженицы (рис. 7).

Пример: нарастание пульса у пациентки может служить признаком дегидратации или боли, лихорадки или кровотечения.

При наличии брадикардии у женщины необходимо провести оценку ее состояния в целях выявления возможных причин, включая применение лекарственных средств, положение на спине, наличие боли, кровотечение или заболевания сердечно-сосудистой системы.

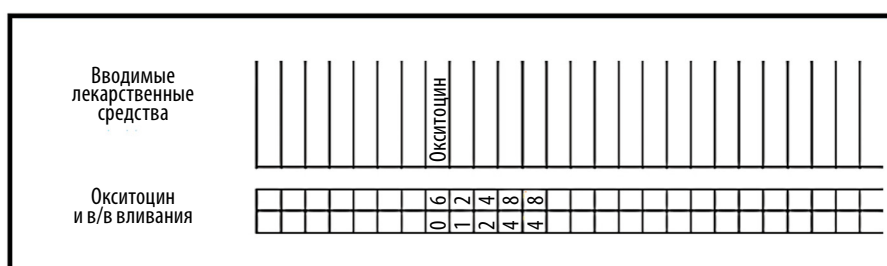


Рис. 6

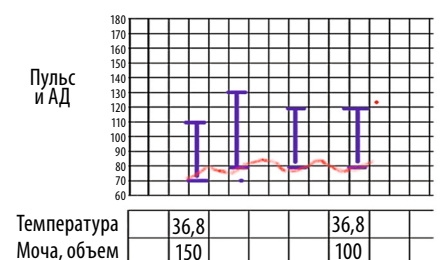


Рис. 7

Систолическое давление 140 мм рт. ст. и более, диастолическое давление 90 и более в минуту свидетельствует об артериальной гипертензии.

Линия бдительности и линия действия на партограмме крайне важны и показательны для стратегии к прогрессу родов, так как они представляют ситуацию графически и позволяют распознать патологическое отклонение в течении родов.

Линия бдительности – это линия, за пределами которой раскрытие шейки матки происходит со скоростью ниже 1 см/ч.

Линия действия – это линия, за пределами которой требуется вмешательство для коррекции скорости открытия шейки матки до необходимого уровня.

Между линией бдительности и линией действия 4 часа.

Выход графика за линию бдительности означает, что раскрытие шейки матки задерживается, и необходимо вызвать врача для проведения влагалищного исследования и изменения тактики ведения родов.

А теперь наглядно рассмотрим заполнение партограммы и интерпретируем данные.

На партограмме мы видим: сердцебиение плода не страдает, околоплодные воды целы, раскрытие шейки матки 5 см (все данные находятся на линии бдительности) (рис. 8).

Через 4 часа активной фазы при влагалищном исследовании раскрытие шейки матки произошло на 2 см и составляет 7 см, но головка плода осталась на прежнем уровне.

При следующем влагалищном исследовании через 2 часа шейка матки раскрылась только на 1 см, а головка плода остается на том же уровне. Сила схваток остается прежней (3 за 10 минут).

Зная приемлемую скорость открытия шейки матки в активную фазу первого периода родов (у первородящих 1–2 см/ч и 1,5–2 см/ч у повторнородящих), отмечая уменьшение частоты, силы и продолжительности схваток при наглядном графическом изображении родового процесса на партограмме, делаем вывод: **у пациентки развилась вторичная слабость родовой деятельности**. Своевременная диагностика слабости родовой деятельности

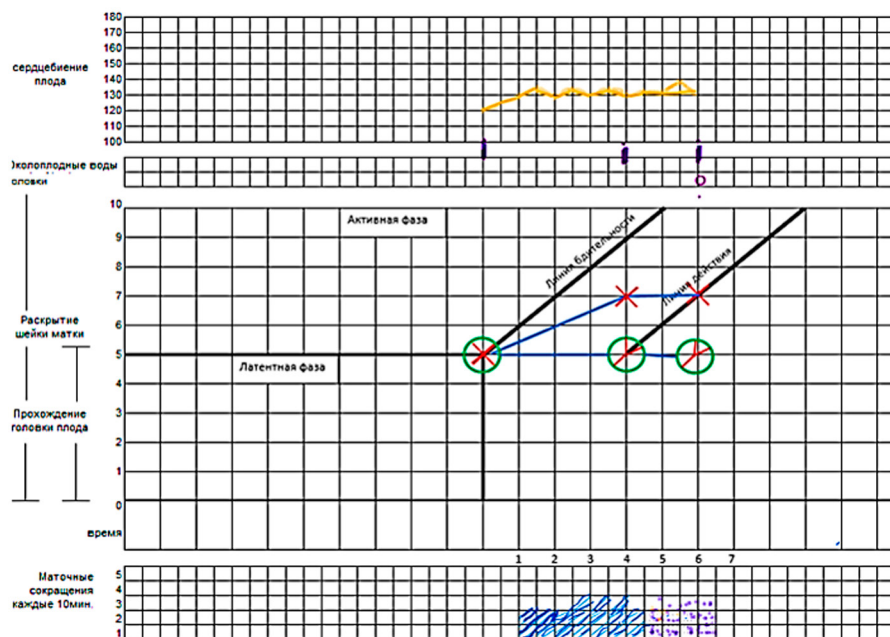


Рис. 8

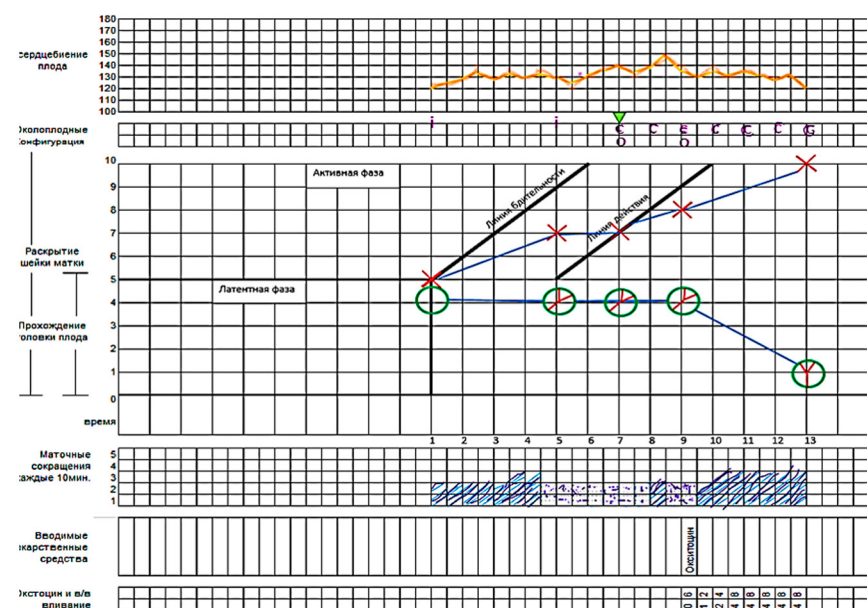


Рис. 9

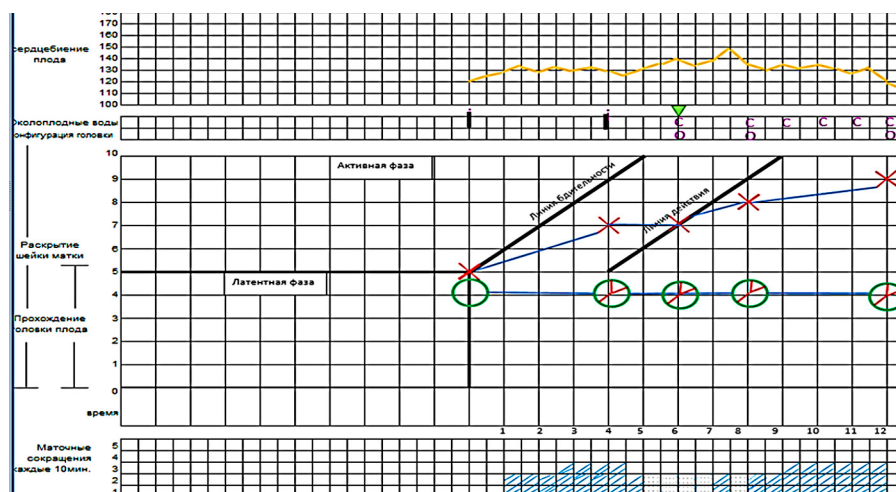


Рис. 10



позволяет активно и обоснованно влиять на дальнейшее течение родов, внося необходимые коррективы в родовую акт, в частности рассмотреть вопрос о медикаментозном родоусилении.

На второй партограмме (рис. 9) мы отмечаем, что после 6 часов активной фазы для усиления родовой деятельности была проведена амниотомия: околоплодные воды светлые (обозначены буквой С). Но при повторном влагалищном исследовании, проведенном через 2 часа, прогресса родовой деятельности не произошло, а схватки потеряли свою силу и продолжительность.

По назначению врача акушеркой внутривенно капельно подключен раствор окситоцина. Наша стратегия имеет успех: схватки возобновились, раскрытие шейки матки полное, стреловидный шов в прямом размере выхода таза, головка плода опустилась на тазовое дно.

На партограмме, изображенной на рисунке 10, мы видим, что сердцебиение плода не страдает, околоплодные воды светлые, но после выполнения всех манипуляций раскрытие шейки матки 9 см, схватки умеренные при родоусилении раствором окситоцина в течение 4 часов головка плода остается на прежнем уровне. Роды заканчивают путем операции кесарева сечения.

Сегодня мы остановились только на нескольких примерах ведения партограммы и интерпретации данных, полученных при их чтении.

Но даже из всего перечисленного мы понимаем, что использование партограммы дает возможность раннего выявления неудовлетворительного прогресса в родах, тазо-головной диспропорции, своевременного принятия обоснованного решения относительно дальнейшей тактики ведения родов и определения объема необходимых и достаточных вмешательств.



НАШИ РУКИ
встречают жизнь

5 мая – Международный день акушерки

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

От имени Ассоциации медицинских сестер России, специализированной секции РАМС «Акушерское дело» сердечно поздравляем вас с Международным днем акушерки!

В ваш профессиональный праздник позвольте пожелать мира и благополучия, любви и тепла, здоровья вам, вашим родным и близким!

Вы не только встречаете новые жизни. Вы стоите на страже поколений и будущего страны, участвуя в сохранении и укреплении репродуктивного здоровья девочки – девушки – женщины. Женские консультации, родильные дома, перинатальные центры, амбулатории, больницы и ФАПы – нет медицинской организации, где ваши знания и навыки не могли бы пригодиться.

Продолжая совершенствовать свои профессиональные компетенции, вы обучаете студентов и молодых специалистов, щедро передавая умения из рук в руки. Сегодня не только будущие акушерки, но и пациенты нуждаются в грамотной информации от профессионального сообщества.

«Акушерское дело сегодня: информируем, просвещаем, обучаем» – девиз, предложенный специализированной секцией РАМС в 2024 году. Мы предлагаем привлечь внимание профессионального сообщества, общества в целом к проблеме низкой и, зачастую, небезопасной информированности женщин по вопросам репродуктивного здоровья, грудного вскармливания, течения беременности, родов и послеродового периода. Мы призываем показать, что акушерки уже являются основной силой в информационной работе с женщиной и семьей.

Предлагаем присоединиться к работе специализированной секции и рассказать в социальных сетях региональных ассоциаций и на личных страницах об опыте обучения и информирования пациентов, организации и проведении занятий по подготовке к родам и грудному вскармливанию, укреплению репродуктивного здоровья. Делитесь вашими историями и историями коллег. Давайте вместе делать профессию видимой!

Чтобы нас проще было найти и объединить в социальных сетях, предлагаем использовать хэштеги:

#акушерскоедело_РАМС #акушерка_РАМС #акушерскоедело_информируемпросвещаемобучаем

Ведь праздники проходят, а дело всей жизни остается...

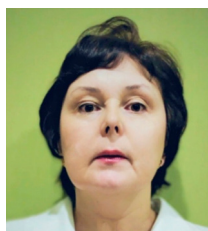
С уважением,
В.А. Саркисова, президент РАМС,
Ю.В. Агапова, председатель секции «Акушерское дело»

ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТАМ – ЭТО ГЛАВНОЕ

«ВЫЕЗДНАЯ ШКОЛА РАМС» ПОДДЕРЖАЛА ПРАКТИКУ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ



Наталья Валерьевна КУЛИКОВА
Президент Областной общественной организации «Костромская ассоциация медицинских сестер»



Марина Владимировна БУХАРЕВА
Старшая медицинская сестра туберкулезного легочного отделения № 1, ОГБУЗ «Костромской областной противотуберкулезный диспансер»

Созданная в 1912 году, противотуберкулезная служба Костромской области прошла большой путь: от первой амбулатории в Костроме до областного специализированного диспансера, который появился в 1970 году.

Работа в ОГБУЗ «Костромской противотуберкулезный диспансер» проводится в постоянном контакте и взаимодействии с областными противотуберкулезными кабинетами – всего их 24 (23 кабинета в поселках области и 1 кабинет в г. Волгореченске). В кабинетах области не хватает врачей-фтизиатров, и основная работа ложится на плечи медицинских сестер. Трудно переоценить их помощь и нелегкий труд, когда в отсутствие транспорта в любую погоду они добираются до отдаленных деревень в поиске пациентов, прервавших химиотерапию или не явившихся на обследование.



За последние 10 лет заболеваемость туберкулезом значительно снизилась как в Костромской области, так и в России в целом. В 2023 году в показатель общей заболеваемости туберкулезом в регионе снизился на 21,4 % по сравнению с 2022 годом.

Костромская область относится к числу регионов с благополучными эпидемиологическими показателями по туберкулезу, в 2022 году заняла 19-е место среди всех субъектов РФ.

Противотуберкулезная служба – ОГБУЗ «Костромской противотуберкулезный диспансер» – обладает отлаженной системой управления, имеет современную диагностическую базу для своевременной диагностики туберкулеза, специализированный коечный фонд, позволяющий обеспечить полноценное лечение, восстановление, реабилитацию, систему профилактики туберкулеза. Медицинские сестры – самая многочисленная группа медицинских работников и составляет на сегодняшний день 67 человек (помимо сестер в диспансере трудятся 22 врача и 31 санитарка). Почти все медицинские сестры имеют большой стаж работы в диспансере, а некоторые из них – единственную запись в своей трудовой книжке, посвятив всю свою трудовую деятельность пациентам и их здоровью.

В канун Всемирного дня борьбы с туберкулезом в рамках «Выездных школ РАМС» 14–15 марта Костромская

ассоциация медицинских сестер провела областную НПК «Готовность к переменам. Совершенствование сестринской помощи пациентам с туберкулезом». Местом проведения стала Костромская гостиница «Воскресенская» на берегу Волги.

На занятия «Выездной школы РАМС» собрались около 100 членов ассоциации медсестер из Костромы и районов области, также были приглашены студенты Костромского медицинского колледжа. Спикер школы – международный тренер по вопросам туберкулеза, руководитель фтизиатрической секции РАМС, председатель ассоциации медицинских сестер Томской области Татьяна Федоткина.

Татьяна Юрьевна отметила большой интерес медсестер Костромской области к заданной тематике, их хорошие знания по обсуждаемым вопросам и высокий профессионализм.

Подводя итоги мероприятия, Татьяна Юрьевна отметила: «Главное – это отношение к пациентам. К пациентам разного социального уровня. Мы не должны «переделывать» пациентов, не должны их осуждать, ругать, но относиться к ним как к личностям. То есть наша цель при лечении туберкулеза не пытаться заставить человека освободиться от него, если хотите, зависимостей, а именно вылечить заболевание. Вот при таком отношении возможны и ранняя диагностика туберкулеза, и полное его излечение».

ТРИ МУЗЫ НА ПЕРЕДОВОЙ



Алена Григорьевна АРЖАКОВА
Главная медицинская сестра
ГАУ РС (Я) «Якутская республиканская
офтальмологическая клиническая
больница»



В микрохирургии глаза мастерство операционных медсестер – это основа успеха любой операции, ведь операционные медицинские сестры поистине хозяйки операционной.

На них лежит забота о подготовке операционного блока, всех микрохирургических инструментов, шовного и перевязочного материала, идентификация, контроль передвижения пациентов и бригады с зонами стерильности, обеспечение соблюдения правил асептики и антисептики.

Наши операционные бригады успешно трудятся не только на основной базе в городе Якутске, но и ездят по всей Якутии, территория которой занимает больше 20% всей территории России. Площадь региона огромна: около 3 104 тысячи квадратных километров. Путь от одного населенного пункта к другому преодолевается бригадой зимником по земле или воздушным судном по небу.

В год на местах выполняется более тысячи операций по поводу фактоэмульсификации катаракты. Помимо преимуществ качественной и квалифицированной офтальмологической помощи населению, большое значение имеет социально-экономический аспект. Оказание помощи высокого уровня в отдаленных труднодоступных территориях, непосредственно по месту жительства пациентов, позволяет им экономить немалые средства на дорожные расходы, способствует повышению доступности высоко-

качественной медицинской помощи социально-незащищенным слоям населения.

На выездах ответственность за сборку для перевозки оборудования и расходного материала лежит на операционных сестрах, порой грузы весят более 500 кг. Обеспечить стерильность и своевременную подготовку рабочего места бригады в условиях непривычной обстановки – дело не из легких.

С 2022 года с опытом работы на выездах операционные бригады покоряют просторы нашей Родины и за пределами Республики.

Четверть века операционная медицинская сестра Екатерина Стручкова работает в хирургическом стационаре Якутской республиканской офтальмологической клинической больницы. Опыт ее работы распространяется далеко за пределы стационара – за 26 лет службы Екатерина Ивановна рука об руку с офтальмохирургами посетила почти все районы Якутии – от ближайших до самых труднодоступных, холодных арктических.

В 2022 году вошла в состав первых российских медицинских бригад: в ДНР, ввиду боевых действий, наличие в команде операционной сестры не предполагалось, однако коллеги настаивали на важности ее присутствия.

«На месте времени освоиться попросту нет. Больные для операций уже отобраны врачом и ждут офтальмолога-хирурга. Как операционная медсестра, я должна подготовить операционную, то есть войти в чужую больницу, быстро представить план действий и работы, установить оборудование, которое, кстати, своими силами мы и разгружаем. К тому же вся аппаратура хрупкая, урони кто другой – ответственность все равно ляжет на тебя. Поэтому мы, операционные сестры, готовим операционный блок от и до.

У нас в офтальмологии нет такого, что сопровождал хирурга на одну катаракту и все, завершил работу. Асси-стируешь врачу весь операционный день: как

встал с утра, отошел только к 16 часам – в день по 40 пациентов. К каждой операции нужны стерильные инструменты, и это тоже входит в обязанности операционной медсестры. Стерилизация для нашей особенной микрохирургии – целая наука, полная своих тонкостей, особенностей, – инструмент хрупкий.

Во время работы в ДНР жуткие глаза мы видели и без операций. Дело в том, что офтальмология как таковая там, можно сказать, всегда отсутствовала. Застарелая ката-

Больно было наблюдать нашего коллегу, хирурга больницы в ДНР, где мы работали. Он сам уже ослеп из-за катаракты, работал до последнего, когда зрение упало до 10%. Мы, конечно же, ему помогли.



Будни, г. Кировское, ДНР. 2023 год



ракта выглядит страшно, глаза полностью белые, покрыты плотной пленкой катаракты, плотность эту можно угадать, даже не притрагиваясь. Дробить такую катаракту нашим врачам приходилось долго.

Во время пребывания в ДНР я проводила обучения для местных медицинских сестер, которые в дальнейшем будут ассистировать – учила и продолжаю дистанционно учить, как рассчитать ход операции, что и когда может потребоваться офтальмохирургу, как узнать инструмент, еще не взяв его в руки, другим тонкостям профессии операционной медсестры. Нам еще предстоит много трудиться и учиться с ними, чтобы дойти до совершенства. За два года СВО вместе с бригадой была шесть раз командирована в ДНР, и еще предстоят командировки уже в родной для нас город Кировское».

После открытия в 2023 году филиала Якутской республиканской офтальмологической клинической больницы в городе Кировское Донецкой Народной Республики первой операционной медицинской сестрой, начавшей работу стала Айталиня Хобусарова, медицинская сестра с двадцатилетним опытом.

Открывшийся в июне 2023 года филиал в первые же сутки работы принял сотни пациентов с болезнями глаз. Люди шли нескончаемым потоком – кому-то нужно было терапевтическое ле-

чение, другие поступали на хирургию катаракты. Айталиня Михайловна работает в ГАУ РС (Я) «ЯРОКБ» с 1994 года, ее карьера росла вместе с хирургией глаза в Якутии: от алмазного скальпеля и ниток из кетгута до современных лазеров, удаляющих катаракту за пятнадцать минут.

«В офтальмологию я попала волею судьбы, тогда офтальмологическая больница называлась Трахоматозным диспансером. На работу операционной медсестрой нас из Жатайского училища позвала лично Нина Трофимовна Удалова, главный врач тех времен. Здесь я прошла все этапы становления и преображения хирургии глаза. Веки в то время ушивали нитками из кетгута – материала, полученного из соединительной ткани кишечника крупного рогатого скота. Их сейчас до сих пор используют в большой хирургии, но для век такая нить все-таки приходится очень толстой, жесткой. Увы, но тогда выбора не было. Стерилизовали инструменты для хирурга прямо тут же в операционной: стоишь, кипятишь, в это же время держишь ухо востро – опоздать с подачей инструмента никак нельзя. Ни о каких одноразовых инструментах и речи не было, мы могли только в самых смелых мечтах думать о таких.

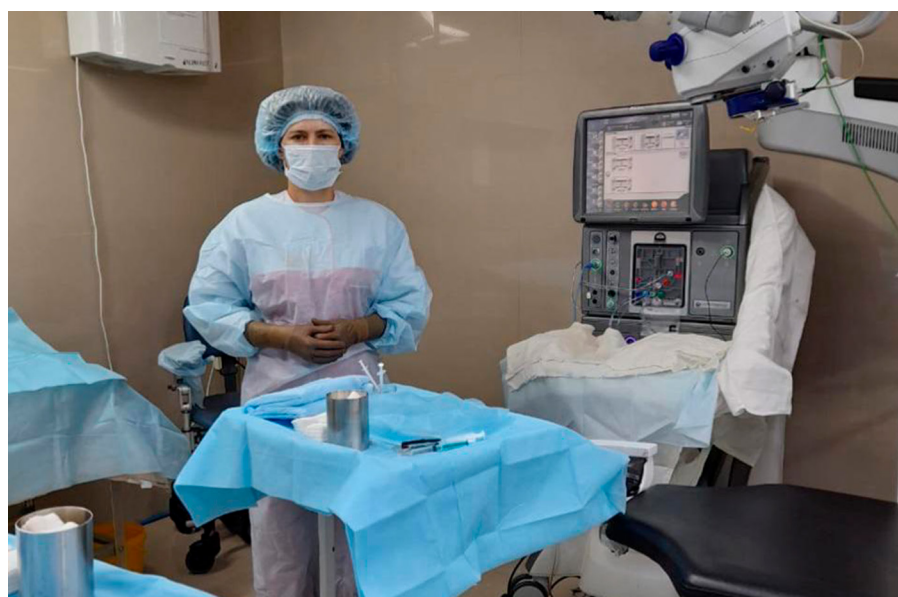
Хирургический аппарат был на всю Республику один, и глаз раз-

чтобы удалить катаракту. Сейчас операции бесшовные, разрез делает лазер, ниток не нужно, шов заживает сам по себе, потому как очень маленький – всего два миллиметра. Зашивали глаза лавсановыми нитками, иголки были крохотные, невидимые. Уронишь такую после операции по пути к стерилизации – ползаешь потом с магнитом по полу, ищешь невидимое, каким-то чудом находили всегда. Лавсан тогда тоже был другим, нитка всегда крученая. Хочется смочить и вдеть ее, наконец, в иголку, что категорически запрещено, но ничего, справлялись ловкой опытной рукой. Сегодня все иное, но возлагаемая ответственность на операционную медсестру все также растет с каждым годом, – рассказывает Айталиня Михайловна. – После предложения ехать в ДНР я даже не раздумывала, ничего не испугало – ни формат работы, ни место. Отправилась вместе с командой в июне 2023 года, работали в Кировском. В этот город съезжались, можно сказать, все жители ДНР. Пациенты, которым требовалась хирургия глаза, – практически все с запущенными глазными болезнями, операции длились долго. У себя в Якутии за один операционный день хирурги оперируют 80–100 пациентов, а в новом регионе страны – максимум 30 и все они будут сложными. Застарелая катаракта похожа на крепкую корку, за-

стилающую глаза полностью. Сначала такая катаракта долго дробится лазером, после – имплантируется новая интраокулярная линза российского производства. Мы работали в две смены – одна пара хирург и медицинская сестра до обеда, вторая – после. Сама операция безболезненная, но пациенты все очень боялись, волновались. Готовишь к операции – давление 130/70, заходят в операционную – 200/110. Конечно, с таким не оперируем, отводим обратно, стабилизируем. Некоторых нужно держать за руку, – до того человеку бывает страшно. Но все это, конечно, мигом забывается, когда видишь, как возвращается зрение, как пациент тут же, на операционном столе, со слезами на глазах благодарит за вернувшееся зрение».

Более 10 000 операций на глазах различной сложности – именно столько за плечами у Людмилы Рожиной, операционной медицинской сестры Якутской республиканской офтальмологической клинической больницы. Решение отправиться на работу в Донецкую Народную Республику она принимала с готовностью, ничего не опасаясь и восприняв как должное, руководствуясь одним большим стремлением оказывать качественную медицинскую помощь своим пациентам. Так было всегда – Людмила Александровна работает в ГАУ РС (Я) «ЯРОКБ» с начала 2000-х годов.

«Хирургия меня всегда привлекала, я стремилась попасть на работу именно в хирургическое отделение, чего и добилась в 1993 году, получив образование медицинской сестры. Наша профессия требует огромного количества усилий, соблюдения самого высокого уровня ответственности. Один из самых главных аспектов профессии операционной медсестры – это соблюдение стерильности. Инфекции, вызванные недостаточной стерильностью, могут привести к осложнениям, как минимум – воспалениям, гнойным процессам, вплоть до сепсиса и других серьезных проблем. Соблюдение стерильности сводит к абсолютному минимуму риск таких осложнений» – отмечает Людмила Дмитриевна.



Операционная, г. Якутск. 2024 год

Кроме плановых операций в стационаре больницы столичные офтальмологи оказывают амбулаторную помощь взрослым и детям, экстренную офтальмологическую помощь в Центре неотложной помощи, находящемся на одной территории с главным корпусом.

«Когда только начала работать в офтальмологической больнице, я даже не представляла, сколько видов разнообразных и интересных операций на глазах может быть. Работаю с разными хирургами. У нас, операционных медсестер, нет такого, чтобы быть чьим-то личным ассистентом, – встаем в пару и к начинающим хирургам, и к врачам с большим стажем, все зависит от графика и расписания. За двадцать лет работы у меня на счету больше десяти тысяч операций, – рассказывает операционная медицинская сестра Людмила Рожина. – Суть работы за пределами Республики такая же, как и в других командировках или в операционной здесь. Единственное различие – мы берем с собой все расходные материалы, микроскоп, переносной автоклав и прочие инструменты, необходимые для операций. В командировках необходимо быть очень организованными, не забывать ничего, постоянно держать в уме все – от лекарств до микроскопа. Люди в ДНР и ЛНР приветливые и сговорчивые, мной не было замечено косых взглядов

или проблем в общении. Было очень комфортно работать, коллеги из числа местных, и тех, кто уже был в ДНР, всегда готовы помочь. Наше ПВО работает хорошо, бояться нечего. В следующий раз я так же, с большой готовностью, приму предложение работать в нашем филиале в городе Кировское».

Операции, выполняемые умелыми руками профессионалов, проходят быстро, но с катарактой люди ходят довольно длительное время – кто-то потому, что она еще не созрела для операции, другие – потому что откладывали лечение и уже привыкли к мутному зрению. Уже в операционной, под аппаратом у хирурга, люди радостно благодарят, смеются, говорят: «Доктор, а я вас вижу!». Выходят тоже счастливые, со слезами на глазах, при этом всегда улыбаются. Этим и берет сердца офтальмология: можно наблюдать, как возвращают зрение тут же, через микроскоп хирурга, чувствовать эмоции людей, вновь обретших зрение.

В офтальмологии Республики трудятся девять операционных медицинских сестер. Все они – давно состоявшийся коллектив, стаж каждой из них – от пяти до двадцати лет. Высокая культура и самообладание, сердечность и заботливость, тактичность и внимательность, бескорыстие и человечность – вот основные качества, необходимые операционной медицинской сестре.

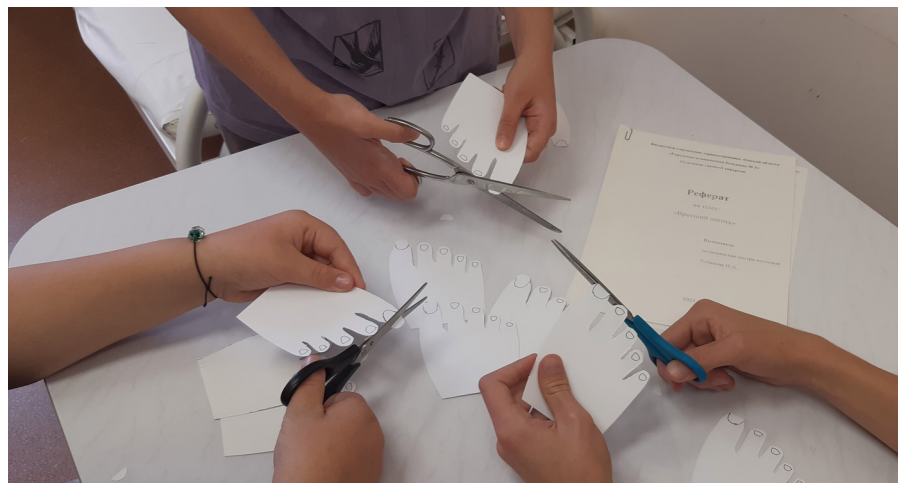
МАЛЕНЬКАЯ ПРОБЛЕМА – БОЛЬШАЯ БОЛЬ

РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОКРИПТОЗА



■ **Любовь Александровна САМСОНЕНКО**

Старшая медицинская сестра
отделения гнойной хирургии
«Городской детской клинической
больницы № 3», г. Омск



Городская детская клиническая больница № 3 города Омска – это целостный амбулаторно-поликлинический и стационарный комплекс для оказания высокотехнологичной медицинской помощи детям всех районов города и области по всем направлениям детской хирургии.

Отделение гнойной хирургии является структурным подразделением хирургического стационара № 1, где оказывают специализированную, экстренную и плановую помощь пациентам с различной патологией по профилю гнойной хирургии.

Одним из самых распространенных гнойных заболеваний на сегодняшний день, с которым поступают в отделение пациенты, как в экстренном, так и в плановом порядке, является онихокриптоз, или вросший ноготь.

При этом заболевании ногтевая пластинка врастает в боковой край околоногтевого валика, ткани вокруг воспаляются, появляется отек, гиперемия ногтевого валика и гнойное отделяемое. Чаще всего онихокриптозом поражаются большие, т.е. первые пальцы стоп.

В начальной стадии проявляется боль при ходьбе, в дальнейшем неприятные ощущения не проходят и в состоянии покоя. Носить привычную обувь становится практически невозможно, так как часто присоединяется

разрастание грануляций, называемых «дикое мясо» (в связи со схожестью по цвету с сырым мясом). Далее воспалительный процесс приобретает хроническое течение, – грануляционная ткань уплотняется, ногтевая пластинка деформируется, и если своевременно не лечить, то часто возникают осложнения: подкожный панариций, остеомиелит, гангрена ногтевой фаланги, лимфангит или лимфаденит.

У этого заболевания существует так называемый «порочный круг», на возникновение которого влияют как внутренние, так и внешние факторы.

Внешние факторы:

- ношение спортивной, тесной, узкой обуви, обуви на высоких каблуках;
- избыточный вес тела;
- неправильный гигиенический уход за ногтями стоп (слишком короткое, косое подрезание);
- травмы.

Внутренние факторы:

- заболевание ногтей;
- наследственная форма ногтей/пальцев;
- подногтевые экзостозы;
- посттравматические деформации ногтей.

Все это вызывает излишнюю нагрузку на ногтевой валик и край ногтя, следовательно, возникает воспаление ногтевого валика, а это, в свою очередь,

открытые входные ворота для бактерий.

Болеют как взрослые, так и дети, но чаще всего с этим заболеванием сталкиваются подростки. Можно сказать, что на сегодняшний день это заболевание носит массовый характер среди людей молодого возраста.

Согласно статистическим данным по данной нозологии, за отчетный период с 2019 по 2023 гг. в отделении пролечено 776 человек, из них оперативным путем – 711, консервативным путем – 65, а по возрастному составу – 530 пациентов в возрасте 12 лет и старше (рис. 1).

При оказании медицинской помощи пациентам с данным диагнозом специалисты нашего отделения – детский хирург, медицинская сестра палатная, медицинская сестра перевязочной – работают в команде, стараясь подобрать индивидуальный подход к каждому пациенту. Проблему решают с использованием разработанных методик оперативного и консервативного лечения вросшего ногтя, а их на сегодняшний день насчитывается более 150 способов (рис. 2).

При необходимости оперативного лечения наиболее эффективными и часто применяемыми считают хирургические операции:

1. Краевая резекция ногтевой пластины без резекции ногтевой

пластины с разрушением ростковой зоны удаленного фрагмента для исключения рецидива. Операция выбора при незначительно и умеренно измененном околоногтевом валике без выраженных грануляций и «дикого мяса». Этот способ направлен на желаемый результат, имеет минимальный риск рецидива, высокий косметический эффект, быстрый период восстановления.

2. Краевая резекция ногтевой пластины с резекцией околоногтевого валика – способ, объединяющий в себе операцию по Бартлетту, по Шмидену, дополненный одним из вариантов удаления зоны роста и части ногтевой пластины механическим путем. Показана при более выраженном изменении околоногтевого валика, обильных грануляциях и наличии «дикого мяса». В данном случае резецированный околоногтевой валик ушивается однорядными узловыми швами. Этот вид операции более травматичен, однако именно при проведении операции таким способом риск рецидива минимален.

Большая роль в уходе за пациентами с онихокриптозом принадлежит медицинским сестрам. В отделении работает 10 медицинских сестер – это современные, профессиональные специалисты сестринского дела, владеющие компьютерными знаниями, умеющие и желающие воспринимать поток новой информации, инновации, понимающие важность своей роли в лечебно-диагностическом процессе.

Все медицинские сестры имеют квалификационную категорию и 90% прошли периодическую аккредитацию по специальности «Сестринское дело в педиатрии», из них 40% также имеют аккредитацию по специальности «Сестринское дело».

Все медицинские сестры отделения являются членами Омской профессиональной сестринской ассоциации, активно участвуют в вебинарах, которые организует Ассоциация медицинских сестер России и ОПСА, проходят интерактивные образовательные модули на портале НМО.

По статистическим данным с 2019 года в отделении регистрируется рост обращаемости пациентов старше 12 лет с диагнозом онихокриптоз: от 120 до 200 подростков в год.

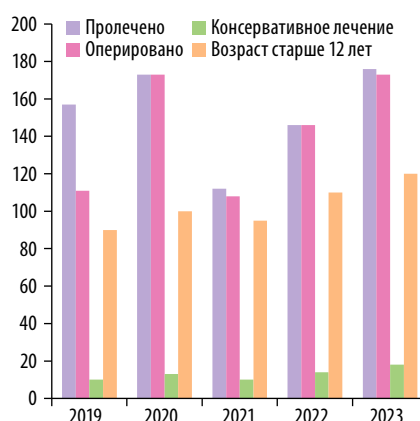


Рис. 1

В связи с этим актуальными задачами коллектива стали:

- разработка программы и плана проведения групповых занятий с детьми;
- построение занятий с целью формирования профилактических и гигиенических навыков по уходу за стопами;
- последующая оценка эффективности занятий.

Коллективом отделения была проведена большая организационная работа, в которой принимали активное участие не только медицинские сестры, но и хирурги отделения. В результате были разработаны 7 стандартных операционных процедур для ухода в послеоперационном периоде и профилактики осложнений, из них наиболее значимыми стали следующие: «Уход за пациентами с онихокриптозом при консервативном лечении», «Уход за пациентом с онихокриптозом в послеоперационном периоде», «Проведение первой перевязки в послеоперационном периоде».

С первых дней основным направлением работы медицинских сестер на групповых занятиях с пациентами стало формирование доверительных отношений и установление контакта с пациентом. Доверие у пациента и его семьи к медицинской сестре возникает только в том случае, если она владеет навыками эффективного общения. Круг изучаемых вопросов на занятиях включает не только информацию о заболевании, но и о профилактике. Обучение проводится в виде бесед и практических занятий. Цикл обучения состоит из одного теоретического и двух практических за-

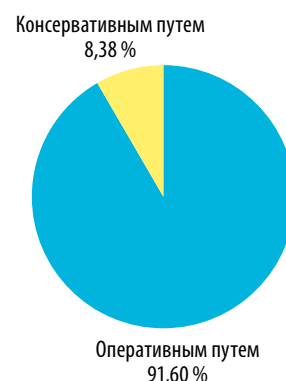


Рис. 2

нятий. Количество обучаемых подростков в группе 6–8 человек. Охват пациентов с данным заболеванием на занятиях достигает 99%.

На занятиях создается определенная атмосфера, которая помогает пациенту быстрее адаптироваться, уменьшает чувство тревожности, одиночества. Пациенты получают возможность обмениваться полученными знаниями, помогают таким же пациентам получить поддержку, делятся впечатлениями. Для закрепления прослушанного материала при проведении занятий применяется игровой метод: учим правильно подрезать ногти на картонных муляжах стоп. Всё это способствует положительному восприятию процесса лечения и профилактики заболевания. Пациентам, прошедшим обучение на групповых занятиях, для закрепления полученных знаний предоставляется памятка с рекомендациями по уходу и профилактике заболевания вросшего ногтя и картонный муляж стоп с правильно подрезанными ногтями.

Подростки, прошедшие обучение на занятиях, очень редко поступают повторно с рецидивом заболевания. Достигнут положительный результат проводимых занятий, что является хорошим итогом работы персонала по совершенствованию методов лечения, профилактики и ухода за пациентами с онихокриптозом.

Следуя основным принципам единства профилактики и лечения, ликвидации социальных основ болезней, мы получаем отличную возможность вырастить здоровое поколение и улучшить качество жизни наших детей.



КОМАНДА, КОЛЛЕКТИВ, ДВИЖЕНИЕ – 25 ЛЕТ ВМЕСТЕ



■ **Марина Юрьевна ДОРОШЕНКО**
Главная медицинская сестра
Наркологического диспансера,
советник ОПСА, г. Омск

Уходя корнями глубоко в века, история во многом предопределила направление и развитие сестринского дела. Ведь нет надежнее пути, чем путь, основанный на традициях, вере и любви к великой профессии – сестринскому делу. В наркологическом диспансере всегда соблюдают традиции, стремятся к новым достижениям и продолжают развивать профессию. Пусть нам многому еще предстоит научиться, но мы уже и многого достигли.

Преобразования в системе здравоохранения и в сестринском деле в 90-

годах существенно изменили подходы к организации деятельности сестринского персонала, что и послужило толчком к зарождению общественного сестринского движения в диспансере, история которого берет свое начало с момента основания Совета медицинских сестер, в декабре 1998 года.

День рождения Совета по сестринскому делу – это значимая дата не только для сестринского персонала, но и для всего коллектива. В первые годы Совет состоял из секторов: производственного, лечебного, санитарного и питания. К работе в Совете были привлечены специалисты с высоким профессиональным уровнем, ответственные, активные, творческие и сплоченные единой идеей: Л.Г. Субботина, В.В. Титкова, Р.Н. Петровская, Л.Ф. Болтян, П.М. Чередова, М.Ю. Дорошенко, О.М. Пахила, М.С. Фроликова. Мы по праву гордимся коллективом, в котором 70% медицинских сестер со стажем работы в наркологии более пятнадцати лет, 30% из них попадают под возрастную категорию от 40 до 50 лет, более 70% от общего числа имеют высшую квалификационную категорию, 9

специалистов имеют повышенный уровень образования, 1 специалист высшее сестринское образование и 1 в настоящее время обучается, не медицинское высшее образование имеют 8 медицинских сестер.

С 2002 года по настоящее время автор статьи – Марина Юрьевна ДОРОШЕНКО – возглавляет Совет по сестринскому делу Наркологического диспансера. Координирует работу Совета заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе Дмитрий Александрович Никонов (в 2005–2019 гг. – Дмитрий Сергеевич Титов). Свой трудовой путь в должности руководителя Марина Юрьевна начала в 1997 году старшей медицинской сестрой 23-го наркологического отделения, а в 2002 году была назначена на должность главной медицинской сестры.

При поддержке главного врача Сергея Сергеевича Титова началось возрождение Совета диспансера и сестринской службы, появился ежеквартальный

сестринский информационный листок, который помогает коллективу быть в курсе последних событий и достижений в диспансере, регионе и России.

Структурные подразделения диспансера находятся во всех административных округах города Омска, а их у нас пять. В связи с этим разработан комплекс мероприятий по созданию на рабочих местах необходимых условий для высокопроизводительного труда, стандартизации рабочих мест и системы взаимодействия. Задачу систематизации управления кадрами мы решили следующим образом:

- старшие медицинские сестры получили повышенный уровень образования;
- во всех подразделениях оформлена единая документация, разработана номенклатура дел;
- для привлечения кадров установлены партнерские отношения с медицинскими колледжами, более 30 студентов ежегодно принимаются на преддипломную практику.

Члены Совета ежегодно организуют акцию «Неделя без турникетов», выходят в медицинские колледжи и рассказывают о медицинской организации, участвуют в ярмарке вакансий.

Для работающих специалистов, для сохранения и развития кадров сделано немало. Например, аттестация – серьезное испытание для любого специалиста. Волнуются даже знающие. А если есть сомнения? Ведь нередко бывает так, что некоторые компетенции со временем уходят на второй план и не отрабатываются. Для решения этой задачи с 2011 года Советом организована работа предаттестационной комиссии, на которой с каждым специалистом проводится индивидуальная работа для успешного прохождения квалификационной процедуры. Ежегодно Совет проводит аттестацию на рабочих местах по специальностям. К этому мероприятию обновляется номенклатура дел, организация и маркировка рабочих мест, проводится семинар, после которого медицинские сестры проходят тестирование по разделам деятельности, проводятся мастер-классы, а завершает аттестацию на рабочем месте отработка практических навыков и манипуляций. Экспертным комитетом Совета проводится аудит, который дает полное представление

об организации и оснащении рабочих мест, а также об уровне знаний и практических навыков по каждой специальности.

Сестринский персонал активно участвует в работе общественных организаций: профсоюзном комитете диспансера и Ассоциации. Активная общественная позиция медицинских сестер позволила повысить процент состоящих в Омской профессиональной сестринской ассоциации ОПСА с 80 % (2000 год) до 99 % (2023 год).

Я являюсь членом Правления ОПСА (2010–2020 гг.), с 2021 года – советник ОПСА, внештатный специалист МЗОО по сестринскому делу (2009–2020 гг.), член экспертной группы Комиссии по аттестации специалистов со средним профессиональным образованием по специальности «Сестринское дело» (2008 год – по настоящее время), 2 старшие медицинские сестры избраны ключевыми членами ОПСА – Е.В. Тимофеева, М.Л. Земледух, три старшие медицинские сестры члены специализированных секций – О.Г. Чаркова, О.П. Антонова, Н.М. Корольчук (2012–2020 гг.). В 2010 году в поддержку обмена информацией в регионе открыта страничка диспансера на сайте Ассоциации.

Особо хочется отметить добрые традиции Совета. С 2000 года ежегодно проходит торжественная конференция, посвященная Дню медицинской сестры, посвящение в профессию и награждение юбиляров по стажу работы в наркологии (5 лет, 10 лет, 15 лет и т.д.), ежегодно (с 2007 года) пополняется летопись: все значимые события, происходящие в коллективе, отражены в альбоме Совета. К числу таких событий относятся и многочисленные победы медицинских сестер в профессиональных и творческих конкурсах Минздрава Омской области, Ассоциации, российских.

В процессе стремительного развития профессии, с увеличением интенсивности труда, ростом требований к специалистам сестринского дела, изменением их роли появилась необходимость реорганизации Совета медицинских сестер в Совет по сестринскому делу, в 2008 году сектора преобразованы в комитеты: профессиональный, по медикаментозному и медицинскому обеспечению, комитет по инфек-



ционной безопасности, экспертный комитет. В настоящее время комитетом руководят старшие медицинские сестры: Р.Н. Петровская, О.П. Антонова, Н.М. Корольчук, О.Г. Чаркова, в актив Совета входят старшие медицинские сестры: Е.В. Тимофеева, М.Л. Земледух, Г.Ф. Циглер. Именно они вносят неоценимый вклад в работу Совета, являются самыми компетентными специалистами, хранителями традиций, носителями культуры и творческих идей.

За десять лет активной работы комитетом проведена огромная работа по внедрению в сестринскую практику инновационных методов оказания медицинской помощи пациентам, расширению возможностей сестринской практики:

- появилась возможность проведения манипуляций в палате;
- система «Вакуэтти» используется для бесконтактного взятия крови;
- при проведении массивной дезинтоксикационной терапии освоены современные системы для внутривенного и капельного вливания;
- порт-системы снизили затраты времени на выполнение медикаментозной терапии, позволили проводить дезинтоксикационную терапию пациентам с наркотической зависимостью, у которых в силу заболевания отсутствуют проходимые периферические вены.

С целью повышения качества медицинской помощи ежегодно проводится анкетирование пациентов. В анкете 7 простых и понятных для пациента вопросов, которые позволяют оценить взаимодействие «медицинская сестра и пациент». По итогам анкетирования процент удовлетворенности в 2023 году составил 94 %.

Комитетами разработаны и внедрены в работу 23 СОП, чек-листы.



Особо хочется отметить чек-лист, который позволяет упорядочить работу персонала, дать объективную оценку по всем разделам деятельности сестринского и младшего персонала.

Чек-лист состоит из 11 разделов, каждый раздел – это список важных действий при той или иной процедуре, которые медицинской сестре, младшему (иному) персоналу необходимо выполнить. Данные вносятся в электронную форму, где после обработки можно увидеть результат, как в цифрах, так и в виде графического изображения. Электронная форма после заполнения позволяет получить показатели качества в рамках каждого подразделения и всего диспансера для прогнозирования нежелательных событий.

Благодаря Ассоциации мы делимся опытом, выступаем на мероприятиях на региональном, всероссийском и международном уровнях, которые проходили в городах Москва, Санкт-Петербург, Мельбурн (Австралия), Иваново, Омск. Всё это повышает не только профессионализм и имидж медицинских сестер, но и имидж Наркологического диспансера.

Специалисты диспансера приняли участие в трех проектах ОПСА и РАМС:

- «Исследования в сестринском деле 2013–2014 гг.» – по итогам защиты сестринских исследований О.Г. Чаркова заняла 3-е место;
- «Профессия, творчество, поэзия... 2013–2015 гг.»;
- «Лидерство в сестринском деле 2021–2023 гг.» – Е.В. Тимофеева.

В рамках проекта ОПСА был создан Молодежный Совет, в который вошла молодой специалист В.В. Долматова; с декабря 2023 года она руководит вновь организованным молодежным комитетом диспансера.

Сегодня медицинские сестры проводят научные исследования и совершенствуют практику. Так, в исследова-

нии «Способы немедикаментозного снижения уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов наркологического стационара» установлено, что у пациентов наркологического стационара возможно снизить уровень психоэмоциональных расстройств путем применения в работе способов дополнительного немедикаментозного воздействия. Это стало возможным благодаря внедрению программы, которая положительно сказывается на психоэмоциональном состоянии пациентов.

С 2009 года Совет разработал более 30 методических рекомендаций, пособий, памяток для медицинских сестер диспансера, которые утверждены главным врачом. Опубликовано 17 статей по актуальным темам наркологического профиля, совместно с Ассоциацией в 2023 году выпущена книга «Команда, коллектив, движение», посвященная 25-летию юбилею Совета.

В период пандемии специалисты диспансера приняли активное участие в проекте РАМС «Уходим в сети», освоили онлайн-технологии для проведения внутрибольничных конференций и совещаний. Руководители комитетов применяют онлайн-тестирования специалистов по всем разделам деятельности.

Все эти годы мы чувствовали поддержку со стороны главного врача, администрации диспансера, президента Т.А. Зориной и Правления Омской профессиональной сестринской ассоциации, Министерства здравоохранения Омской области и наших коллег из ведущих клиник региона. Сколько мы всего вместе добились и сколько нам еще дел предстоит свершить...

В этом году нам четверть века, за эти годы было много ярких и значимых событий, но еще больше таких событий впереди. Мы молоды, присутствие новаторского духа и неукротимого стремления к инновациям позволит вывести сестринский персонал к профессионализму и высокому качеству наркологической помощи. Также хочется отметить ценность взаимодействия двух общественных организаций диспансера – Совета и Профсоюза. Такой тандем и общие цели направлены на развитие и укрепление корпоративных традиций, поддержку молодых

и специалистов со стажем, развитие профессиональных компетенций и сплочение коллектива.

«Команда, коллектив, движение – 25 лет вместе», под таким девизом 14 декабря 2023 года состоялось организованное совместно с Омской профессиональной сестринской ассоциацией торжественное мероприятие, посвященное 25-летию Совета по сестринскому делу Наркологического диспансера. Атмосфера мероприятия была пронизана гордостью от того, что в течение этих лет сестринский коллектив диспансера идет рука об руку с региональной ассоциацией. Все те новшества и инновации, которые внедряются в регионе, медицинские сестры диспансера стараются пронести через свою профессиональную жизнь, первыми берут на себя ответственность за апробацию и внедрение их в свою работу.

В рамках мероприятия состоялась презентация книги «Команда, коллектив, движение», торжественная церемония награждения, праздничный концерт. Фотографии навсегда сохранят память об этом ярком событии у участников, а стихи нашей коллеги, ключевого члена ОПСА, участника проекта РАМС «Лидерство в сестринском деле» Елены Тимофеевой запечатлели и для нас, и для будущих поколений специалистов то главное, что помогло нам сегодняшним выстроить работу сестринской службы и достичь результатов, которыми гордится весь коллектив.

«Команда, коллектив, движение...»

Команда, коллектив, движение.
И только вместе нам осилить путь.
Работаем порой с опереженьем,
Познав профессии ее святую суть!
Мы никогда не делимся на «я»,
ведь наше дело – общее развитие.
И медсестра сегодня у руля,
В профессии способна на открытие.
Традиции храним и умножаем!
С заботой начинаем новый день.
Мы сто вопросов в раз решаем...
И снова вверх на новую ступень!
Мы за идею, общую мечту!
Профессии своей несем служение.
И мы возьмем любую высоту!!!
Ведь мы Команда, Коллектив, Движение!

Роль среднего медицинского персонала в лечении социально значимых заболеваний

ОПЫТ ВОРОНЕЖСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ



Ирина Александровна АНАНКО

Главный врач бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежская областная клиническая инфекционная больница» (БУЗ ВО ВОКИБ)



Оксана Анатольевна ПОПОВА

Главная медицинская сестра
БУЗ ВО ВОКИБ



Татьяна Юрьевна БРУСЕНСКАЯ

Врач ультразвуковой диагностики
БУЗ ВО ВОКИБ

Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежская областная клиническая инфекционная больница» (БУЗ ВО ВОКИБ) – это ведущее лечебное учреждение Воронежской области по лечению и диагностике инфекционной патологии, надежный щит региона на пути инфекционных вызовов и научная база для многих поколений врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием. Админи-



страция больницы уделяет большое внимание вопросам внедрения в практику современных лечебно-диагностических технологий, обеспечению их непрерывного использования (лабораторий ИФА, ПЦР и т.д.).

БУЗ ВО ВОКИБ является специализированной медицинской организацией, обеспечивающей госпитализацию, консультативно-диагностическую и лечебно-профилактическую помощь взрослому инфекционным больным области.

Размещена больница в приспособленном здании бывшей школы-интерната, работает круглосуточно в режиме скорой медицинской помощи. В 2023 году инфекционной больнице исполнилось 60 лет.

БУЗ ВО ВОКИБ является клинической базой трех учебных заведений: кафедры инфекционных болезней ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Базового медицинского колледжа и строительно-политехнического колледжа Воронежского государственного политехнического университета.

Кадровая ситуация в БУЗ ВО ВОКИБ

Кадровая обеспеченность средним медицинским персоналом в 2023 году составила 64 %. Роста обеспеченности кадрами нам удалось достичь за счет внедрения проекта «Наставничество», а также за счет заключения договоров с медицинским колледжем и привлечения молодых специалистов на практику с последующим трудоустройством. Немаловажным аспектом в работе со средним медицинским персоналом

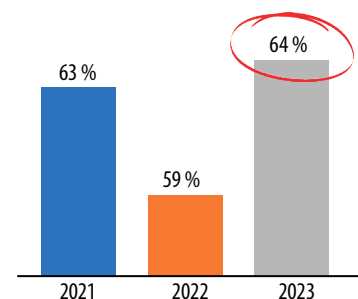


Рис. 1. Кадровая обеспеченность средним медицинским персоналом БУЗ ВО ВОКИБ

являются межведомственное взаимодействие с Министерством здравоохранения Воронежской области в рамках рабочей группы и работа с общественными медицинскими организациями. Опыт такого взаимодействия показал, что проведение мастер-классов и учебно-тренировочных мероприятий необходимо для повышения профессиональных компетенций медицинского персонала.

Безусловно, с низкой кадровой обеспеченностью наша больница испытывала трудности, сотрудникам приходилось совмещать смежные специальности. В рамках системы НМО медицинские сестры прошли профессиональные модули и приступили к выполнению, на первый взгляд, вовсе непривычной работы. Это позволило расширить функциональные обязанности некоторых медсестер и легко адаптироваться в условиях многозадачности. От лица главного врача хочется выразить искренние слова благодарности коллективу за самоотверженную работу, профессионализм и преданность своему делу.

Роль медицинской сестры в лечении вирусных гепатитов

Медицинская сестры приобретает все большую самостоятельность, отдельные полномочия врача все чаще передаются медицинской сестре и фельдшеру.

В нашей больнице медицинская сестра – специалист, которому доверены важные задачи в лечении пациента с инфекционным заболеванием. В приемном отделении медицинская сестра проводит идентификацию пациента, выясняет эпидемиологический ана-

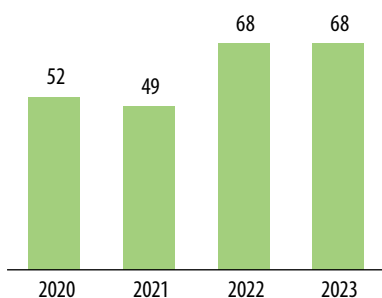


Рис. 2. Статистические данные высокоэффективной противовирусной терапии против гепатитов С за счет средств фонда ОМС в 2023 году

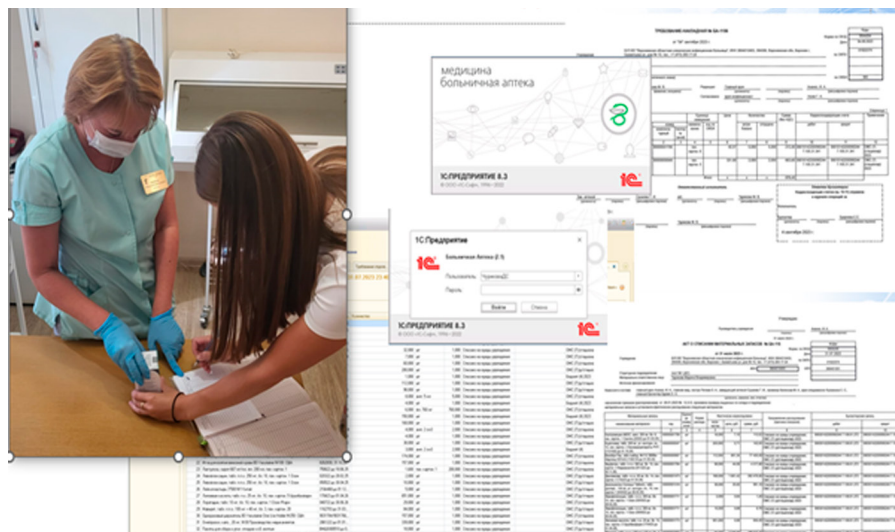


Рис. 3. Движение медикаментов посредством программы «1С-Больничная аптека»

мнез, проводит ряд независимых стринских вмешательств (измерение роста, веса, артериального давления, взятие мазков на вирусы), проводит противозидемиологические мероприятия, вносит полученные данные в электронную историю болезни и передает информацию врачу.

Лечение вирусных гепатитов представляет серьезную задачу, успешное решение которой и достижение желаемого результата зависят от эффективного взаимодействия специалистов и правильной маршрутизации пациента. Это сложный и длительный процесс.

Лечение вирусных гепатитов в нашей медицинской организации проводится:

- в рамках дневного стационара,
- в рамках круглосуточного стационара.

Впервые выявленный острый вирусный гепатит лечится в условиях круглосуточного стационара, далее пациент может принимать лечение в рамках дневного стационара. Такие пациенты проходят курс лечения до 6 раз в год, при этом достигается высокая результативность.

В дневном стационаре за 6 месяцев проведен 251 случай лечения. Большую часть из них (76%) составили случаи лечения пациентов с хроническим вирусным гепатитом С.

В круглосуточном стационаре за аналогичный период времени проведено 276 случаев лечения. И здесь большую часть (70%) составили случаи лечения пациентов с хроническим вирусным гепатитом С.



За период госпитализации пациент получает медикаментозную поддержку, проходит лабораторные и диагностические исследования. Перед каждым курсом противовирусной терапии обязательны ультразвуковое исследование печени, диагностика на аппарате фиброскан, биохимический анализ крови.

При поступлении пациента в дневной стационар медицинская сестра проводит идентификацию, сверяет данные пациента с листом назначения. Выдача препаратов осуществляется при личном присутствии пациента под роспись. Движение медикаментов медицинская сестра контролирует с помощью программы 1С-«Больничная аптека».

Лабораторные возможности БУЗ ВО ВОКИБ позволяют проводить обследования на маркеры вирусных гепатитов, паразитарные заболевания и прочие заболевания органов пищеварения.

Взятие крови осуществляется за период лечения несколько раз – до на-

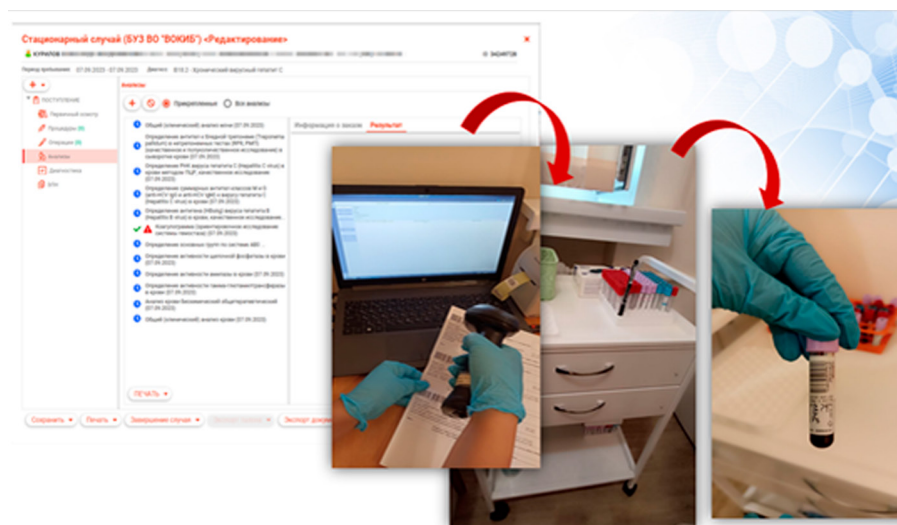


Рис. 4. Регистрация лабораторных исследований посредством лабораторно-инструментального модуля программы Мисквазар



чала терапии, во время и после. Лабораторные назначения и результаты отражаются в программе лабораторно-инструментальной системы.

Перед взятием крови медицинская сестра процедурного кабинета проводит идентификацию пациента, опрос о его самочувствии.

Набор пробирок VACUETT медицинская сестра готовит по назначению показателей, при этом пациенту сообщается, какое количество крови будет взято на анализ.

Для качественного проведения манипуляции используется стандартная операционная процедура «Вакуумный забор крови системой VACUETT» и пошаговый алгоритм по цветовой кодировке пробирок, разработанный рабочей группой главных медицинских сестер Министерства здравоохранения Воронежской области.

Для удобства выполнения манипуляции в процедурном кабинете дневного стационара размещено специальное кресло.

Для четкой работы медицинской сестры схема мытья рук размещена на гигиеническом уровне.

Все манипуляции фиксируются в медицинской документации, пробирки с биоматериалом маркируются штрих-кодами, т.е. вместо фамилии пациента указывается идентификационный номер.

Заключительный этап манипуляции является доставка биоматериала в лабораторию.

Важный аспект в диагностике вирусных гепатитов – функциональная диагностика. Большой популярностью пользуется метод эластографии на аппарате фиброскан. Эластография относится к неинвазивным методам диагностики фиброза печени, применяющим физический подход для диагностики плотности печени. Наряду с биохимическими методами эластография рекомендована в качестве первого метода оценки фиброза печени у пациентов с гепатитом С, В, коинфекцией гепатита С и ВИЧ-инфекции, неалкогольной жировой болезнью печени, алкогольной болезнью печени и аутоиммунным гепатитом. Преимущества метода:

- быстрое и точное проведение исследования;
- неинвазивная и безопасная методика.

Ультразвуковое исследование инфекционных пациентов выполняют 2 врача, которые за 2023 год провели 8823 ультразвуковых исследования, из которых 751 на аппарате фиброскан.

За период госпитализации пациенты получают возможность консультации и лечения не только у специалистов инфекционного профиля, но и у специалистов смежных специальностей, которые предоставляют консультативно-диагностическую помощь и в других медицинских учреждениях города Воронежа.

Роль медицинской сестры важна на всех этапах лечения. Пациент с серьезным инфекционным заболеванием нуждается не только в лечении, но и в поддержке. Медицинская сестра проводит обучение пациента, дает рекомендации родственникам, занимается профилактикой распространения заболевания. Например, при посещении стоматолога пациент должен в обязательном порядке оповещать о своем диагнозе, не скрывать его.

Медицинская сестра дневного и круглосуточного стационара является связующим звеном между врачом и пациентом.

Находясь на суточном дежурстве, медицинская сестра палатная (постовая) контролирует прием таблетированных форм лекарственных препаратов и информирует пациента о времени и правилах приема. При возникновении нежелательных реакций узнает об этом первой, при необходимости оказывает неотложную доврачебную помощь, передает информацию лечащему врачу.

Время не стоит на месте. Медицинский персонал регулярно повышает уровень знаний, участвуя в образовательных мероприятиях по вопросам социально значимых заболеваний, изучая статьи в специализированных медицинских журналах. Медицинский персонал во главе со старшими медицинскими сестрами, заведующими структурных подразделений прекрасно освоили различные медикаментозные подходы в лечении вирусных гепатитов.

Труд медицинского работника в лечении пациентов с социально значимыми заболеваниями крайне важен. Медицинский персонал больницы имеет высокий процент квалификационных категорий и на постоянной основе стремится к поиску новых знаний и методик лечения пациентов с вирусными гепатитами.

БЕЗОПАСНОСТЬ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ И АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ



Людмила Юрьевна ДВОРЯШИНА
Психолог, методист ГБОУ «ЦНМО ЛО»

В предыдущем номере журнала «Вестник» мы опубликовали кейс. Напомним о его содержании.

«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?»

Кстати, именно в этом же выпуске «Вестника» была размещена интересная статья об оптимизации работы приемного отделения. Почему бы не позаимствовать опыт коллег?

А пока такой опыт не стал стандартом организации работы приемных отделений повсеместно, вполне допустимо, что возможны разные напряженные ситуации. Поэтому мы и займемся разбором именно этого «кусочка» деятельности приемного отделения.

А начнем мы разбор с краткого повторения темы, которую затрагивали в выпуске № 3/2022 «Вестник РАМС».

Тема была посвящена общению с раздраженными пациентами. В статье мы делали акцент на том, что у каждого человека имеются так называемые «ресурсные состояния личности».

Тревога как источник конфликта в медицине

- ЗДОРОВЬЕ
- СЕМЬЯ
- БУДУЩЕЕ
- ДЕНЬГИ
- СЕКС
- НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР

Ресурсное состояние личности

Тревога всегда связана с неопределенностью.

Ресурсные состояния личности – это некие ценности, которые активизируются, когда человек попадает в стрессовую ситуацию.

Посещение ЛПУ для большинства людей является стресс-фактором, в том числе и потому, что активизируются такие «ресурсные состояния», как Здоровье и Будущее. Кроме того, мы с вами знаем, что в стрессовом состоянии не все люди сохраняют способность демонстрировать адекватное поведение. Таким образом, когда что-то не соответствует ожиданиям, да к тому же человек находится в ситуации неопределенности (стресса), нужно быть готовыми к тому, что такой человек выдаст реакцию в виде гнева, раздражения, истерики, нескончаемых вопросов, жалоб начальству и т.д.

Оформление на госпитализацию как раз можно отнести к стрессовой ситуации, и большинство работников приемного отделения давно считают раздражительность, страхи и волнения пациентов такой спецификой своей работы.

В разбираемом случае угроза опасности для персонала состоит в том, что в одном месте скапливается много недовольных организацией процесса людей. А это повышает тревожность как самих пациентов, так и персонала приемного отделения.

Необходимо помнить, что тревожность можно снять двумя способами:

получением конкретной информации и демонстрацией агрессивного поведения.

Таким образом, пациенты снимают тревожность, демонстрируя раздражение, гнев, возмущение, а персоналу необходимо сосредоточиться на том, чтобы пациенты вовремя, а желательно заблаговременно получили ту самую конкретную информацию.

И еще маленький ликбез. Информация, которая поступает от профессионала (работника приемного отделения) к клиенту (пациенту приемного отделения), может быть **точной** или **конкретной**.

Точную информацию можно перепроверить (диагноз, результаты анализов, назначения и т.д.). Конкретная информация включает описание того, что происходит или может произойти, а также конкретные рекомендации, которые трудно оспорить.

Пример точной информации:

«У нас сегодня вместо пяти врачей на приеме только два! Конечно, вместо получаса оформлять вас будут как минимум два часа! Здесь даже заведующая отделением! У меня целая стопка ваших направлений! Я, между прочим, тоже не железная!..».

Почему эта информация точная? Можно пойти и потребовать увидеть этих двух врачей и подтвердить информацию, что их должно быть пять. Можно пойти искать заведующую отделением. Можно подойти и пересчитать листы направлений. Можно засечь время и перепроверить информацию о двух часах на оформление...

Но, самое главное, по большому счету эта информация никоим образом не облегчает жизнь ни одному участнику данного взаимодействия.

Пример конкретной информации:

«Уважаемые пациенты! К сожалению, часть врачей приемного отделения заняты оказанием экстренной медицинской помощи неотложным пациентам. И поэтому оформление вашей госпитализации немного сдвинется по вре-

мени. Не переживайте, мы оформим всех.

А пока вы можете посетить наше кафе, отдохнуть в холле и посмотреть телевизор (ознакомиться с информацией о больнице на мониторе) или заполнить анкету пациента. Туалеты находятся в конце коридора, кулеры с водой справа при входе в отделение. Анкеты лежат на столике у стены напротив кресел, там же находятся ручки и ящик, куда вы можете опустить заполненную анкету.

Уважаемые пациенты, мы делаем всё возможное, чтобы сократить время оформления вашей госпитализации. Надеемся на ваше понимание...».

А теперь вопрос: возникнет ли у пациентов желание перепроверить конкретную информацию? Вроде бы вы ничего не скрывали. Кроме того, если медицинская сестра каждые двадцать минут будет выходить к пациентам с этим заученным наизусть речевым модулем, поверьте, тревожность пациентов будет постепенно снижаться. Кроме того, вновь приходящие пациенты начнут получать эту же информацию от тех, кто поступил ранее.

Остановимся подробнее на анкетах. У любых опросников имеется две цели: получить обратную информацию и снизить накал страстей. В данном случае предпочтительнее, чтобы пациенты скинули свое раздражение, представляя галочки в анкетном листе, а не выговаривая свое недовольство в лицо медицинским работникам.

Пусть эти анкеты содержат не только возможность высказать благодарность, но и выразить недовольство. Ящики для заполненных анкет желательно повесить на видном месте, так же, как и расположить стопку анкет.

Будет лучше, если у пациентов не возникнет потребности обращаться с вопросами к медицинской сестре. И потому позаботьтесь о пишущем инструментарии. Алгоритм прост: взял опросный лист, ручку, заполнил, опустил в ящик, положил ручку на место.

Правильный ответ на кейс № 3

Я выйду в холл, где скопились пациенты, сцеплю руки за спиной (чтобы не прятаться за «барьером»), откашляюсь и скажу громко и четко, без

улыбки, чеканя слова: «Уважаемые пациенты! В связи с тем, что несколько врачей приемного отделения заняты оказанием срочной медицинской помощи неотложным пациентам, время оформления вашей госпитализации немного сдвинется. Просим вас не волноваться, мы оформим всех. А пока вы можете посетить кафе (буфет...), отдохнуть в холле, ознакомиться с информацией о больнице на мониторах и заполнить анкету пациента. Буфет расположен... Туалеты находятся... Кулеры с водой расположены... Анкеты лежат...»

Уважаемые пациенты, мы делаем все возможное, чтобы сократить процедуру оформления госпитализации. Надеемся на ваше понимание!»

Кивну, улыбнусь (пусть и под маской), развернусь и вернусь к своему рабочему месту. Через полчаса я по-

вторю это сообщение снова, если ситуация не изменится. Если что-то изменится, я снова выйду к пациентам и сообщу им об этом».

Это те действия, которые вы можете выполнить сами.

У вас нет полномочий привлекать врачей других отделений, менять схему оформления на госпитализацию и совершать прочие организационные мероприятия. Вы только можете доложить о текущей ситуации тому специалисту, который обладает полномочиями на совершение тех или иных профессиональных и/или административных действий (заведующий отделением, начмед, охранник и т.п.).

А вот попытаться повлиять на социально-психологический фон вашей зоны ответственности, а именно на пациентов в холле приемного отделения – вполне способны.

Итоги читательского конкурса

В адрес редакции поступило несколько ответов на кейс № 3. В числе ответивших специалистов Лейла Агабалаева, Светлана Бобакова, Виктория Гапонова, Александра Патракеева, Лилия Смышляева и Оксана Переладова.

Во всех ответах специалисты говорили о необходимости успокоить пациентов, сообщить о ситуации руководству, позвать коллегу на помощь и работать в 2 раза быстрее.

Хочется отметить ответ Лилии Смышляевой из Областной больницы

№ 11 р.п. Голышманово Тюменской области, которая отметила, что в приемном отделении данной организации, которая оказывает разные виды стационарной помощи, введен сестринский триаж. Это значит, что медицинские сестры проводят первичный осмотр пациента, выполняют необходимые анализы и исследования, оценивают состояние, а затем передают пациента врачу для решения о госпитализации. Скорость госпитализации определяется экстренностью и тяжестью состояния пациентов.



А наиболее точный и конкретный ответ представила Гапонова Виктория Вадимовна, процедурная медицинская сестра Отделения абдоминальной и торакальной онкологии ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер»:

«Я как медсестра приемного покоя подойду к пациентам и разъясню сложившуюся ситуацию, объясню почему происходит задержка с регистрацией пациентов. Предложу присесть в зоне ожидания, так же предложу ознакомиться с методической литературой на стойках (буклеты, газеты). А я пока поста-

раюсь позвать на помощь еще одну медицинскую сестру, тогда оформление будет идти в два раза быстрее».

Напомним, что редакция готова рассмотреть и Ваши собственные кейсы – проблемные ситуации во взаимодействии с пациентами, коллегами или руководителями.

Условия читательского конкурса

1. Редакция публикует один рабочий кейс.

2. Читатели отправляют в редакцию ответ на опубликованный кейс (как бы поступили Вы или что, на Ваш взгляд, необходимо сделать, чтобы решить этот кейс). Чем полнее ответ, тем он ценнее для читателей журнала и работников редакции. В качестве аргументов правильного ответа Вы можете использовать: свой собственный опыт, результат групповой дискуссии или обсуждения данного кейса с коллегами, выдержки из предыдущих выпусков нашего журнала, юридическую информацию и т.д.

3. В следующем номере публикуются избранные ответы читателей и подробный разбор данного кейса.

Рекомендации по описанию своего кейса

Если Вы готовы поделиться своей рабочей ситуацией для ее разбора в рамках данной рубрики, пожалуйста, обратите внимание на рекомендации по составлению кейса.

В контексте психологического разбора кейс – это описание рабочей ситуации, насыщенной определенной эмоциональной атмосферой, которая требует действий со стороны специалистов. **В кейсе должно быть отражено:**

- описание участников процесса (возраст, специализация, по возможности, настроение или состояние пациента или реципиента);
- описание места события, в котором происходит взаимодействие участников. Описание взаимодействия не предполагает описание функциональных (трудовых) обязанностей медицинской сестры, в кейсе необходимо представить ситуацию, которая отражает психологические аспекты взаимодействия между людьми.
- вопрос к тому участнику кейса, который может повлиять на ситуацию.

Например, кейс: *«Вы – медицинская сестра стоматологического кабинета. Врач-стоматолог просит Вас подготовить пломбировочные материалы для замешивания... Ваши действия»*. Это, скорее, рабочий кейс, подразумевающий знания и навыки в выполнении функциональных обязанностей, пошаговые действия, инструкции, СОП.

Еще пример кейса: *«Вы – медицинская сестра стоматологического кабинета. Врач-стоматолог просит Вас подготовить пломбировочные материалы. Вы впервые в этом кабинете, так как замещаете внезапно заболевшую коллегу. Вам требуется время, чтобы подобрать то, что нужно врачу, ибо Вы прибежали в кабинет в последний момент, когда пациент уже был в кресле. Врач выражает недовольство. Ваши действия?»* Как видите, этот кейс в меньшей степени подразумевает знание функциональных обязанностей, он больше акцентирует внимание на некомфортной психологической обстановке и возможных способах выхода из нее.

Рекомендации по подготовке ответа на кейс

Ответ на кейс подразумевает описание конкретных действий, которые выполняет участник, чтобы изменить предложенную ситуацию. Перечисляется не последовательность общих действий, а «что», «как», «где», «с помощью чего». Словно бы Вы описываете молодому сотруднику, что конкретно в данной ситуации он должен произнести (речевой модуль), какую интонацию использовать, какую позу выбрать, кого привлечь (в случае, если ситуация выходит из-под контроля), какой официаль-

ной документацией воспользоваться и т.д. То есть те действия, которые можно отрепетировать и выучить наизусть. Этакая пошаговая инструкция действий.

Так же ответ может включать действия по предупреждению подобных ситуаций в будущем.

Пример ответа на кейс. *«Я сделаю глубокий вдох и медленный выдох, чтобы снять напряжение, повернусь к врачу и произнесу с “виноватой” улыбкой: “Простите, что задерживаю процесс лечения. Я делаю всё возможное, чтобы максимально быстро выполнить Ваше поручение. Дайте мне еще пару минут”, и не отвлекаясь, полностью сконцентрируюсь на поиске нужных баночек. Если в кабинете работает еще один врач с медицинской сестрой, попрошу медицинскую сестру о помощи: “Ирина, возможно Вы поможете мне найти эти материалы. Я буду очень Вам благодарна...”»*.

«Как только у меня появится возможность (например, между приемами пациентов), я постараюсь максимально быстро разобраться, где какой инструмент и медикаменты находятся. На будущее, в подобной ситуации сразу же поинтересуюсь у врача, что ему понадобится в ближайшее время, не дожидаясь его распоряжений».

ВНИМАНИЕ, КЕЙС № 4

Кейс: Вы – медицинская сестра функциональной диагностики с большим стажем. Кабинет, где снимают показания ЭКГ, довольно большой. У противоположной стены расположены кушетки для пациентов. Вы наблюдаете, как молодой специалист устанавливает датчики на тело крупной пожилой пациентки, и понимаете, что он это делает не совсем правильно.

Ваши действия?



Редакция ждет ваших ответов в срок до 5 июня 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».

Антибактериальная инфузионная терапия с закрытой системой

» *Важнейшая проблема, связанная с ИСМП — антибиотикорезистентность возбудителей инфекций, что значительно в последствии снижает эффективность антибактериальных препаратов.*

Мы представляем современный подход в проведении антибактериальной терапии с закрытой системой на всех этапах:

- Разведение антибиотика с двухсторонней канюлей Экофлак Коннект помогает бесконтактно осуществлять процедуру за 1 минуту, что существенно экономит рабочее время медперсонала;
- Подключение инфузионной системы Интрафикс Сэйфсет в дополнительный порт флакона без отсоединения канюли для смешивания упрощает процедуру, а также снижает риски микробного и химического загрязнения;
- Закрытый периферический катетер с гемостатическим клапаном Интрокан Сэйфти 3 предотвращает контакт с кровью пациента и укол иглой;
- Аксессуары для инфузии с безыгольными коннекторами Сэйффлоу увеличивают эффективность проведения терапии и снижают риски травматизации и контаминации.



Флакон Экофлак Плюс и канюля Экофлак Коннект



Периферический катетер Интрокан Сэйфти 3



Инфузионная система Интрафикс Сэйфсет



Аксессуары с безыгольным коннектором Сэйффлоу



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.bb Braun.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



ВРЕМЯ

3

МИНУТЫ

ОБРАБОТКИ

ОБЪЁМ

60

М³

ПОМЕЩЕНИЯ

КОЛИЧЕСТВО

180

МЛ

ДЕЗСРЕДСТВА¹

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

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

Варианты обработки различных помещений:

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

¹ Дезинфицирующие средства:

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

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



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

30 ЛЕТ
НА РЫНКЕ

Лидер технологий дезинфекции в России

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

Подробная информация на сайте:

