

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

медицинских сестёр России

№ 3/67 2024

МЫ С ТОБОЙ ОДНОЙ КРОВИ

Организация донорства
в Астраханской области



стр. 12

ВЕС ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

Передовой опыт наставничества
в практике медицинской сестры
отделения новорожденных



стр. 12

И В БЕДЕ, И В РАДОСТИ

Во время весеннего паводка медики
Тюменской области показали
истинную силу духа



стр. 20

ДОМ, КОТОРЫЙ ПОСТРОИЛ ТЫ

Медицинские сестры могут
внести вклад в оказание помощи
бездомным

УСТАНОВКА ГИДРОКЛАВ

для обезвреживания
и утилизации медицинских
отходов классов Б и В
на территории ЛПО



Сортировка отходов не требуется

Нет никаких ограничений по виду и составу отходов

Эксплуатация Установки не требует одноразовых расходных материалов

Принцип действия Установки - паровая стерилизация, изменение внешнего вида отходов (размер фракции после обработки не более 2-4 см), что исключает возможность их повторного применения

**Технология «Гидроклав» позволяет
значительно оптимизировать затраты ЛПО
на утилизацию медицинских отходов**

✓ Экономия на средствах для химической дезинфекции медицинских отходов более 1 000 000 рублей в год (в зависимости от коечной мощности ЛПО и применяемых средств)

✓ Экономия до 98 рублей за вывоз 1 кг отходов (медицинские отходы классов Б и В после обеззараживания в Установке «Гидроклав» приравниваются к отходам класса А)

(Приказ Росприроднадзора от 22.05.2017 N 242, с изменениями от 2 ноября 2018 года N 451, СанПиН 2.1.3684-21)



«Четкая траектория профессионального развития, адекватная и дифференцированная оплата труда, качественная непрерывная подготовка, стажировки, получение высшего сестринского образования, возможность реализовать свои знания на практике – только ответив на эти вопросы утвердительно, мы сможем привлечь в профессию молодых специалистов».

Очередной выпуск «Вестника РАМС» завершает лето сюжетами о самых значимых событиях и самых острых дискуссиях о будущем здравоохранения, историями истинного героизма участников специальной военной операции, промежуточными итогами общественной работы, которую ведет Ассоциация медицинских сестер России вместе с региональными ассоциациями.

Мы подвели итоги конкурсов «Лучший преподаватель» и «Лучший наставник», поздравили победителей и уже начинаем знакомить читателей с их опытом. Тем временем новые конкурсы уже объявлены – в этом году мы вновь проведем конкурс лучших видеосюжетов, а также впервые для себя – конкурс лучших школ пациента.

А еще очень многие ассоциации присоединились к акции «Медицинская династия – медицинская семья». В этом выпуске «Вестника» мы планировали подвести ее итоги, но сделать этого не сможем. Ожидаемое нами количество династий было кратно превышено. Мы собрали 180 историй семей, члены которых трудятся в здравоохранении 100, 200 и даже более лет. Марафон династий продолжается!

Пользуясь случаем, поздравляем региональные ассоциации с важными вехами на пути общественной деятельности. Астраханская региональная ассоциация весной отметила 25-летний юбилей. По этому случаю в регионе прошли крупные тематические очные конференции, проходят выездные школы, выпускаются методические рекомендации.

В Тамбовской, а затем в Московской региональных ассоциациях прошли отчетно-выборные конференции: сформированы органы управления, консолидирована поддержка специалистов, определены направления дальнейших действий.

В Омске грянул Молодежный слет, а в Республике Саха (Якутия) – республиканская НПК и Фестиваль молодежи.

Внимание профессионалов отразилось в июне было приковано к Международному конгрессу «Оргздрав – 2024». В этом году его организаторы пригласили сестринское сообщество обсудить самые насущные проблемы образования и кадров на своей площадке, и такой возможности мы упустить не имели права. Нам было важно донести до руководителей здравоохранения, что молодые специалисты, которые сегодня массово не идут в профессию, поступают так не потому, что они какие-то неправильные. А потому что внимания и поддержки сегодня им и нашей профессии требуется больше. Четкая траектория профессионального развития, адекватная и дифференцированная оплата труда (чем выше квалификация и ответственнее работа – тем выше оплата), качественная непрерывная подготовка, стажировки, получение высшего сестринского образования, возможность реализовать свои знания на практике – только на таких условиях современная молодежь останется в профессии. И мы должны добиваться этих условий для специалистов на всех уровнях взаимодействия и во всех регионах. Тем более что профессия наша востребована все больше и больше.

Еще одно значимое событие из числа редких, оставляющих глубокий след в душе, – прошедшая в Тюмени конференция «Дом, который построил ты». Помимо того, что эксперты взялись за разработку по поручению президента страны национальной политики помощи бездомным, для нас важно, что мы участвуем в этой работе и что потенциал нашей профессии понимают. И, знаете, это очень большое

событие. Уверена, что многие годы, замечая бездомных на улицах, каждый из нас думал про себя: плохо, но что тут сделаешь. Теперь вокруг решения этой большой социальной, медицинской и человеческой проблемы объединились такие силы, что есть уверенность – все получится. И очень важно, что ее решать будем и мы, причем с самого начального этапа – разработки. Потому что умеем, можем и потому что для нас это важно.

Вслед за отшумевшими профессиональными праздниками мы, наконец, приступили к реализации второго проекта в поддержку лидеров. 44 специалистам из 20 регионов предстоит полное погружение в деятельность РАМС, общение с руководителями региональных ассоциаций, освоение вопросов, которыми РАМС занимается на федеральном уровне, взаимодействие с Минздравом, ЦК Профсоюза, Госдумой. Не минует специалистов изучение вопросов психологии управления, освоение навыков ораторского мастерства. Первая летняя сессия прошла весьма интенсивно – с еженедельными занятиями и заданиями, практическими и творческими, лидеры открывают в себе новые качества и даже таланты. А сколько нового узнаем о практике, о решениях проблемных вопросов в разных регионах и медицинских организациях. Надо сказать, опыт достойный отдельных публикаций – и писать статьи ученики проекта тоже обязательно будут.

Кстати, почувствовать себя автором статьи может каждый, кто в профессии приобрел ценный опыт, кто добился значимых перемен в практической деятельности или в работе на уровне управления – в текущем выпуске журнала для вас подготовлен настоящий алгоритм написания статьи. Дерзайте!



На обложке: победитель Всероссийского конкурса РАМС «Лучший наставник» Белякова Наталия Николаевна, медицинская сестра палатная (постовая) отделения новорожденных БУЗ ВО «Медсанчасть «Север-сталь» с молодым специалистом, г. Череповец, Вологодская область

СОДЕРЖАНИЕ

ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ	
«Оргздрав» собирает лидеров	стр. 3
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
К вопросу о привлечении и сохранении сестринских кадров в системе здравоохранения	стр. 5
Дом, который построил ты. Медицинские сестры могут внести вклад в оказание помощи бездомным	стр. 24
ЗНАКОМСТВО С ПРОФЕССИЕЙ	
Мы с тобой одной крови. Организация донорства в Астраханской области	стр. 9
ЛУЧШИЙ НАСТАВНИК	
Вес имеет значение. Передовой опыт наставничества в практике медицинской сестры отделения новорожденных	стр. 20
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Оптическая когерентная томография: нюансы, частые ошибки, требования к персоналу	стр. 13
Тактика работы медицинской сестры с пациентами, страдающими депрессивными расстройствами	стр. 26
На страже мужского здоровья	стр. 31
СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Роль фельдшера в оценке эффективности лечения пациентов с ОРВИ	стр. 27
НА ПУТИ К ЛИДЕРСТВУ	
Как, зачем и почему? Нужно ли медицинской сестре писать статьи	стр. 35
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
И в беде, и в радости. Медики Тюменской области показали истинную силу духа во время паводка	стр. 6
Под надежным крылом Совы	стр. 16
Главное в человеке – сила духа	стр. 19
С ЗАБОТОЙ О КАДРАХ	
Безопасность на рабочем месте. Практические примеры и алгоритмы действий	стр. 39

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 02.06.2024. Отпечатано в ООО «Аллегро». г. Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 88, литера С, пом. 7-Н, офис 1,2. Заказ № 1060. 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, контактного телефона, 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 сестёр России
ООО «Милосердие»
Издательство «Рио»

РЕДАКЦИЯ

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

АНОПКО В.П. – канд. мед. наук, президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация»

ГЛАЗКОВА Т.В. – главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению Ленинградской области, президент Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» Ленинградской области

ДРУЖИНИНА Т.В. – президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация медицинских сестер Кузбасса»

ЗОРИНА Т.А. – президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация»

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

ЛАПИК С.В. – д-р мед. наук, профессор, декан ФВСО ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава

НИКИТИНА Н.В. – старшая медицинская сестра БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 1», президент Вологодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»

РЯБКОВА В.В. – главная медицинская сестра ФГБУ ФЦТОЭ МЗ РФ, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента по здравоохранению Смоленской области

«ОРГЗДРАВ» СОБИРАЕТ ЛИДЕРОВ



Ирина Викторовна Янминкуль
Пресс-секретарь ТРОО ТОПСА

В Москве прошел XII Международный конгресс «Оргздрав – 2024». Кадры, знания и цифра стали главной темой конгресса. Охват аудитории невероятный – только во второй день конгресса более 16 тысяч подключений, что вполне объяснимо не только популярностью события, но и характером, остротой поднимаемых тем.

Приветствуя участников конгресса, Гузель Улумбекова обозначила главную цель отрасли здравоохранения, приоритетную в повестке Президента России Владимира Путина, – сохранение и укрепление здоровья нашего населения. Очень радует, что сегодня наша отрасль выходит на траекторию взлета!

Давая экспертную оценку здравоохранению и народосбережению, обсуждая проблемы и перспективы российского здравоохранения до 2030 года, эксперты обсудили вопрос продолжительности жизни. Он является одним из важнейших показателей уровня развития здравоохранения любой страны. **В 2019 году уровень ожидаемой продолжительности жизни в РФ составлял 73,3 года, в 2023 году достиг 73,4 года, предположительно, к 2030 году вырастет до 78 лет.** Этому способствуют разные факторы: работа первичного звена, экстренной помощи, реабилитации и т.д., охват профосмотрами и диспансеризацией, повышение доступности МСП по месту проживания, повышение удовлетворенности граждан (сейчас это 47,6%), развитие системы охраны материнства и детства, репродуктивного здоровья, снижение заболеваемости и смертности от социально значимых заболеваний (ВИЧ, туберкулеза, гепатитов В и С).



Кроме того, медицинским сообществом намечены контуры новых нацпроектов: продолжительная активная жизнь, модернизация первичного звена, цифровые сервисы, медицинские кадры, борьба с онкозаболеваниями, сахарным диабетом, ССЗ, гепатитом и др.

А самым главным вопросом, над которым нам всем стоит работать, – это доверие к системе. Чтобы пациенты шли к врачам не тогда, когда заболеют, а с целью сохранения здоровья. В случае, когда пациенты обращаются не в госучреждения, а в частную структуру, необходимо, чтобы все данные стекались в единый контур для достижения национальных целей.

Кадровые вопросы для нас самые животрепещущие. Заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Семенова рассказала, какие меры предпринимаются Минздравом для обеспечения медицинскими кадрами в эпоху высоких технологий, какие изменения предстоят в кадровой политике в целом.

Вообще, на конгрессе неоднократно цитировали Президента Владимира Путина. Он, в частности, обозначил, что важнейшая задача сегодня – это обновление и повышение качества среднего профессионального образования, укрепление его связи с реальным производством.

«Оргздрав – 2024» впервые открыл площадку для обсуждения вопросов сестринского дела – практики и образования, участие в которой приняли Габоян Я.С., Левина И.А., Саркисова В.А., Володин А.В., Касимовская Н.А.

Анализируя причины оттока кадров со средним медобразованием из организаций здравоохранения, помимо материальных причин, выхода на пенсию, высокой нагрузки и неудобного графика работы, эксперты озвучили недостаточное уважение к роли сестринского персонала, невозможность полностью реализовать себя в профессии, проблемные отношения и конфликты в коллективе.

В качестве эффективных технологий практической подготовки в условиях интенсификации процесса обучения эксперты выделили формирование и совершенствование профессиональных компетенций:

- в условиях передвижных мобильных комплексов;
- в составе медицинских бригад (преподаватель – специалист/практик – студент – добровольцы);
- на базе ФАПов и общих врачебных практик, центров здоровья;
- конкурсов профессионального мастерства, проектов наставничества.

Всесторонне обсудили модель «СПО-университет», где студенты СПО имеют возможность сразу окунуться в атмосферу вуза и использовать все его возможности наравне с обучающимися по программам высшего образования. Огромную роль в обучении по специальностям СПО в вузах играет наличие собственных клиник, где могут проходить различные виды практик и отрабатываются компетенции, необходимые для дальнейшей профессиональной деятельности. Само обучение ведет высококвалифицированный про-

фессорско-преподавательский состав, включая педагогов-специалистов, имеющих ученые степени. Благодаря этим факторам более продуктивно решается задача поддержания и развития кадрового потенциала медицинской отрасли, в том числе в регионах.

В модели университетского колледжа важно развивать традиции практико-ориентированного СПО, но при этом утверждать современные инновационные образовательные технологии, транслируемые высшей школой. **Ключевая задача:** необходимо предусмотреть и законодательно урегулировать возможность «бесшовного» механизма профессионального становления специалиста в системе «Школа – СПО – ВПО», а также единые межуровневые компетенции для данного взаимодействия.

Важно добиться не только качественной подготовки специалистов, но и их трудоустройства в медицинские организации. Но пока негативный тренд преодолеть не удастся.

Валентна Саркисова, президент Ассоциации медицинских сестер России, подчеркнула, что вопросов к своей профессии у выпускников много: заработная плата, профессиональный рост, развитие, карьера, уважение.



– Пока на все эти вопросы не будет дан положительный ответ, динамики роста кадров мы не увидим. По заработной плате вопрос стоит очень остро, она остается практически на одном уровне с заработной платой младшего персонала. Перспективное решение – пересмотр функциональных обязанностей: передача технических функций от сестер администраторам и передача части доступных и стандартизованных функций от врачей медицинским сестрам, а также адекватная оплата за такой труд. Что нужно сделать? Инвестировать в обучение, стажировки, внедрить наставничество, систему признания, поощрения, мотивацию, повысить оплату труда (130–150 % от средней в регионе), перераспределить функционал, эффективно реализовав потенциал кадров. Кроме того, думая о практикующих работниках, нельзя забывать и о руководителях сестринских служб – старших и главных сестрах. Уже сегодня в некоторых регионах есть дефицит таких руководителей, – отметила президент РАМС.

Отвечая на вопрос организаторов конгресса «Какую главную меру необходимо реализовать для привлечения медсестер в государственные МО?»,

73 % – выбрали увеличение оплаты труда,

24 % – предоставление социального жилья,

3 % – создание благоприятной психологической среды в коллективе.

Подводя итоги сессии, Яна Габоян озвучила проблему неочеченности сестринских кадров в обществе. Ее решение в совокупности с решением других задач – обучение на рабочем месте, укрепление института наставничества, и, главное, повышение оплаты труда, – необходимы сегодня отрасли для выхода из кадрового кризиса.

Получившая премию «Лидер отрасли: личный авторитет и профессиональные достижения» заняла Клещевникова Т.М., директор ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2».

III Всероссийская премия «ОргЗдрав. Лидеры отрасли»

«ОргЗдрав – 2024» не был бы собой без ежегодной премии – конкурса лучших кейсов. Сразу три представителя Тюменской области оказались на пьедестале победителей.

Первое место в номинации «Лидер отрасли: личный авторитет и профессиональные достижения» заняла Клещевникова Т.М., директор ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2».

Второе место в номинации «Системные решения в здравоохранении» занял коллектив медсестер Областной больницы № 3 (г. Тобольск). Награду вручили Тимкановой Н., главной медицинской сестре. В очередной раз коллектив тобольских медсестер представил прекрасный проект, достойный тиражирования на территориях РФ «Проведение диспансеризации в стационаре».

Третье место в номинации «Лидер отрасли: личный авторитет и профессиональные достижения» занял Родяшин Е.В., главный врач ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница».

В команду участников «ОргЗдрав – 2024» от Тюменской области вошли главные медицинские сестры, победившие в рейтинге 2023 года, а также участники конкурса, авторы кейсов:

- Татьяна Шульдешова, ГБУЗ ТО «Областная больница № 9» (с. Багай);
- Елена Тарасова, ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город»;
- Вера Таркова, ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 17»;
- Наталья Разумова, ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 13»;
- Ирина Янминкуль, пресс-секретарь, победитель «Лидеры отрасли-2023»;
- Наталья Тимканова, ГБУЗ ТО «Областная больница № 3» (г. Тобольск), финалист конкурса 2024 года в номинации «Системные решения в здравоохранении»;
- Марина Грищенко, ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город»;
- Тамара Ямова, ГБУЗ ТО «Областная больница № 12» (г. Заводоуковск).

От лица своей команды благодарим ТРОО ТОПСА за поддержку в разработке и реализации проектов и возможность посетить такое масштабное мероприятие! Еще месяц назад мы противостояли водной стихии, а теперь оказались в центре самых важных дискуссий о будущем здравоохранения. Было бы такое возможно без Ассоциации?

Яркие эмоции, идеи и горячее желание сделать еще больше, – вот с чем наша команда вернулась после «ОргЗдрава» на рабочие места и к соратникам в ТОПСА!

К вопросу о привлечении и сохранении сестринских кадров в системе здравоохранения



Юлия Владимировна АГАПОВА

Директор по профессиональному развитию Ассоциации медицинских сестер России

Есть не вопросы, а проблемы – скажете вы, прочитав заголовок статьи. Решение любой задачи, трудности или проблемы начинается с признания ее существования и, конечно, описания.

Ни для кого уже не секрет, что в системе здравоохранения существует кадровый дефицит специалистов сестринского звена. По словам заместителя Министра здравоохранения Т.В. Семеновой, в России не хватает порядка 63 тысяч специалистов, имеющих среднее медицинское образование. Казалось бы, один-два выпуска, почти полностью дошедших до трудоустройства в государственные медицинские учреждения, должны решить проблему. Ведь по данным Росстата за 2021 и 2022 год со средним медицинским образованием выпустилось 74 692 и 77 658 специалистов соответственно. Но за 2022 год численность кадров среднего звена в системе здравоохранения сократилась более, чем на 27 тысяч человек.

Почему выпускники не доходят до нас, а молодые специалисты уходят, порою не отработав и года? Сразу на ум приходит лейтмотив сегодняшнего дня – низкая заработная плата. Тем не менее никогда серьезная задача не имела и не будет иметь одного решения. Во главе угла, конечно, заработная плата, не соответствующая нагрузкам, не компенсирующая ни физическую, ни эмоциональную отдачу в процессе работы. А еще и нерациональные процессы, чрезмерная и не логичная бумажная работа, отсутствие траектории образовательного

и карьерного роста и развития, пока еще прикладное высшее сестринское образование. Да и это еще далеко не все.

Президент и Правительство Российской Федерации, депутаты Государственной Думы, Министерство здравоохранения РФ в последние годы, прислушиваясь к проблемам профессионального сообщества, обратили внимание на происходящее со средним медицинским персоналом. Все чаще и чаще стали звучать вопросы – «как считаете вы?».

Но давайте вернемся к вопросу привлечения и удержания кадров там, где их не хватает?

В мае этого года Ассоциация медицинских сестер России предложила сестринскому сообществу принять участие в опросе «Вопросы привлечения и перераспределения сестринских кадров в системе здравоохранения». Цель опроса была проста – выяснить, повлияло ли введение постановлением Правительства Российской Федерации от 20 марта 2024 г. № 343 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» специальных социальных выплат на перераспределение кадров внутри отрасли и кадровый дефицит.

За несколько дней мы получили рекордное количество ответов. В опросе приняли участие 4 624 респондента. Нет смысла перечислять регионы, из которых были участники – вся страна, от Калининграда до Владивостока.

Анализ полученных результатов подтвердил опасения – выборочное введение социальных выплат может приводить к миграции специалистов внутри отрасли. Возможны перемещения как из региона в регион, так и внутри медицинской организации с должности, не предусматривающей получение выплаты на должность, где выплаты предусмотрены.

Так, каждый пятый из опрошенных специалистов планирует сменить место работы или медицинскую организацию, а более 90 человек уже сменили или находятся в процессе смены места работы.

15,7% респондентов задумываются о смене должности внутри организации, позволяющей претендовать на получение специальной социальной выплаты, и 79 человек уже сменили.

Тревогу вызывает и отказ в начислении выплат руководителям сестринского звена, а также специалистам, напрямую не принимающим участие в лечебно-диагностическом процессе. Такое распределение социальных выплат может подталкивать специалистов и к совмещению должностей.

Результаты ответа на вопрос «Планируете ли Вы совмещение должностей, позволяющее претендовать на получение специальной социальной выплаты?» представлены на рисунке.



Возрастающая нагрузка при совмещении и совместительстве, возможный отказ руководителей сестринского звена от занимаемых должностей, как и перемещение внутри организации или региона, не может не сказаться на процессе оказания медицинской помощи. Об этом говорила президент РАМС Валентина Антоновна Саркисова на конференции «Оргздрав – 2024» в Москве. Результатами опроса мы обязательно поделимся и с Т.В. Семеновой.

В переломный момент, когда идет поиск механизмов и инструментов поддержки медицинского персонала среднего звена, вносятся изменения в нормативно-правовую базу и систему подготовки кадров, поддержка государства и общества крайне необходима. Но еще более важна поддержка и уважение друг к другу внутри профессионального сообщества.



И В БЕДЕ, И В РАДОСТИ

ВО ВРЕМЯ ВЕСЕННЕГО ПАВОДКА МЕДИКИ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
ПОКАЗАЛИ ИСТИННУЮ СИЛУ ДУХА



Ирина Викторовна ЯНМИНКУЛЬ

Пресс-секретарь ТРОО ТОПСА

Сейчас, в разгар лета, уже почти ничто не напоминает о той весенней речной воде, что накрыла собой сотни деревень. Тысячи людей оказались в пунктах временного размещения, десяткам тысяч требовалась срочная вакцинация (вода – это всегда риски инфекций), и регулярные потребности в медицинской помощи перерыва медикам не обещали. Работали вместе, – за себя, за малую родину, за свой район и за соседний. Вакцинировали, вызывали спасателей, переправляли экстренных, а вечерами и в выходные строили дамбы...

Оренбуржье, Курганская, Новосибирская, Тюменская, Омская области. Это только малая часть из пострадавших от паводка в этом году 39 регионов на территории России. Именно в такие моменты и проявляется человеческое единение и сплоченность. Один в поле не воин, но, если люди встанут единой стеной, плечом к плечу, они могут противостоять любому натиску, уменьшая разрушения и сглаживая беду. Когда на помощь профессионалам, спасателям, силовикам, не считаясь с усталостью и огромными физическими нагрузками, приходит гражданское население, – это подтверждает непобедимый русский характер.

Такой большой воды в реке Ишим на памяти старожилов не было никогда. Хотя по историческим справкам в 1912 году паводок также был страшный, но в 2024-м вода местами поднялась почти до 13 метров. С 8 апреля 2024 года в регионе был введен режим ЧС.

ГЛАЗАМИ ОЧЕВИДЦЕВ

Ямова Т.Н., главная медицинская сестра ОБ № 12 (г. Заводоуковск): *Медицинские работники заблаговременно создали необходимый запас медикаментов и расходных материалов, выписали на 3 месяца льготные лекарственные препараты. Некоторых сотрудников отозвали из отпусков. Работали сверхурочно, но никто не жаловался. Все понимали важность поставленной задачи. Вакцинировали жителей до позднего вечера и справились за три дня. Работали всей командой – фельдшера Заводоуковского городского округа помогли коллегам из Упоровского района в вакцинации населения, проживающего в зоне подтопления. Ежедневно после работы помогали наполнять мешки для укрепления дамбы. В таких сложных условиях они оказывали не только неотложную помощь населению, но также продолжали заниматься профилактикой, не оставляли без диспансерного наблюдения пациентов с хронической неинфекционной патологией. Проводили все необходимые обследования, наладили доставку биологического материала в лабораторию. В экстренных ситуациях, когда требовалась госпитализация, медицинский персонал из зоны подтопления был на связи с сотрудниками СМП и службами немедленного реагирования. Все работали слаженно и быстро. Население, конечно, чувствовало нашу поддержку, люди видели, что никого не бросили.*

Карасева Н.В., главная медицинская сестра филиала ОБ № 4 (г. Ишим) Викуловской ЦРБ: *Медицинские сестры поликлиники, фельдшера ФАП привили более 2000 человек от гепатита А, брюшного тифа, дизентерии. Вакцинировали и сотрудников МЧС, которые приезжали на помощь. С подворовыми обходами ходили по вечерам и в выходные. Многие после работы или в выходные дни строили дамбы. В Викуловском районе*

ГЛАЗАМИ ОЧЕВИДЦЕВ

было развернуто 6 ПВР. Медсестры после дежурства выполняли доведенные планы. Все дороги были отрезаны водой, пациентов перевозили на лодках до переправы, где ждали машины «скорой помощи». Активно помогала администрация района и сотрудники, работавшие на лодках. По ночам переправа не работала, но дважды срочно потребовалась, и нам помогли. Обошлось без жертв.

Дегтярева М.В., главная медицинская сестра ОБ № 14 (с. Казанское): Наш район встретил паводок на р. Ишим первым. Отрезаны большой водой были села Афонькино, Б-Ярки, Огнево, Песчаное, Копотилово и села Челюскинского сельского поселения. Фельдшера ФАП все трудились самоотверженно. В с. Ильинка функционировал ПВР. Полным ходом вакцинировали против гепатита А. Информацию о сборе сотрудников для строительства дамб размещала в группах ОБ № 14 начмед Селиванова Т.В., которая курировала противопоаводковые мероприятия в больнице. Не было дня, чтобы медики не трудились на строительстве и укреплении дамб как волонтеры: фельдшера, медсестры, врачи, юристы. Главврач и начмед также были с нами. По-другому и быть не могло – это наша земля, наше село, поэтому и в радости, и в беде – мы вместе!

Машкина Е.Н., медицинская сестра ОБ № 4 (г. Ишим): На работу в г. Ишим добиралась в период паводка на электричке, потому что с. Плешково, где я проживаю, было отрезано от большой земли паводком. Хорошо, что железная дорога выручала. Когда вода реки Ишим стала подступать к селу все ближе, вышли на строительство дамб всем селом, в беде всем удалось сплотиться. Важно было, чтобы дома не затопило. Мужчин было, конечно, больше, так и должно быть, ведь очень нужна была сила. Но мешки наполняли песком и женщины, и даже дети. Выходила помогать сразу после суточных дежурств. Вообще, опасность понимали все.

Боровикова С.А., фельдшер, заведующая Синицинского ФАП ОБ № 4 (г. Ишим): Сама я проживаю в г. Ишим, но обслуживаю два ФАПа – Синицинский и Симановский, где помимо ФАПа есть санаторий и детский дом. Добиралась на моторной лодке, которую по договоренности с администрацией предоставляла МЧС. Проводила подворовые обходы, вакцинировала против гепатита А на дому. Дома, пока был паводок, бывала крайне редко. Потому что дежурила по 2-е суток, не покидая ФАП, затем меня сменяли фельдшера Ершовского или Лозовского ФАПа. С 20 апреля находи-



В областных новостях, а затем и на федеральных каналах более месяца страна переживала за затопленные районы юга Тюменской области, за людей. Под личный контроль ситуацию взял Президент России Владимир Путин. Губернатор Тюменской области Александр Моор вместе с Полномочным представителем Президента РФ в Уральском федеральном округе Владимиром Якушевым ежедневно контролировали ситуацию, регулярно прилетали для координации совместных действий с районными штабами по ЧС.

Объем работы по строительству и укреплению дамб представлял широкомасштабный, без помощи волонтеров было не обойтись. Вода в реках прибывала с катастрофической скоростью. На помощь дорожным службам и местным жителям из Тюмени выдвинулась колонна МЧС с техникой, плавсредствами, личным составом МЧС и курсантами ТВВКУ, которые были задействованы в укреплении дамб. Практически круглосуточно почти месяц они трудились параллельно с гражданским населением, волонтерами. Жители с ведрами и лопатами наполняли и наполняли песком мешки, необходимые при строительстве дамб по берегам рек. А на улицах сел каждый час доносились рвущие душу звуки сирены. Пустые улицы напоминали



кадры военной кинохроники или зону Чернобыля.

А что по медицинской части? Зоны, которые предположительно будут большой водой отрезаны от районных центров, заранее обеспечили необходимым запасом медикаментов, расходных и перевязочных материалов, вакцинами, продуктами питания, питьевой водой. Из населенных пунктов, подпадаемых под затопление, эвакуировали население. На особом контроле были маломобильные жители, пенсионеры, беременные женщины и дети. Для маломобильных пациентов, которым был необходим сестринский уход и наблюдение, в подразделениях больниц (терапевтические стационары, отделения сестринского ухода) в каждом районе были развернуты дополнительные койки. Это было очень важным шагом, предусмотрительно организованным службой здравоохранения. Фельдшерам ФАП, отрезанным от большой земли речным половодьем, в очередной раз довелось подтвердить высокий уровень профессионализма и готовность ко всему: травмам, переломам, родам на дому, сердечной патологии и т.д. Но где наша не пропадала! Это узкие специалисты из врачебного эшелона опасаются взяться за «чужую» сферу деятельности, а у фельдшеров нет выбора: все сферы челове-



ГЛАЗАМИ ОЧЕВИДЦЕВ

лась на ФАП подряд 5 суток. Хотя многие жители выехали из села до подтопления, люди постоянно обращались то за медикаментами, то за листами нетрудоспособности. Был случай, у мужчины развилась хирургическая патология, так «скорая» забирала пациента на переправе, куда его экстренно доставили на моторке. Слава богу, успели!

Метелева Н.Д., главная медицинская сестра филиала ОБ № 4 (г. Ишим) Абатской ЦРБ: *В период паводка водой были отрезаны часть деревень из 5 сельских поселений Абатского района. Было развернуто 5 пунктов временного размещения, 4 – в районе и 1 – в с. Абатское. Всего в ПВР трудились 20 медработников, осматривали поступающих, выполняли термометрию, осматривали кожные покровы, оказывали неотложную помощь, беседовали о профилактике острых кишечных инфекций, гигиене рук, вакцинировали жителей сел против гепатита А. Медработники и члены Молодежного Совета наполняли мешки песком для укрепления дамб, расположенных на федеральной трассе, южной и северной дамб, защищающих село от водной стихии. Не оставили без медицинской помощи территории, отрезанные водой. Выезжали фельдшера, осматривали население, оказывали медпомощь.*

Шульдешова Т.В., врач-методист ОБ № 9 (с. Вагай): *Курирую работу ФАП Вагайского района. Отвечая за организацию работы в период паводка, с раннего утра и до поздней ночи была на связи с коллегами, которые отчаянно сражались с паводком на своих территориях. Заведующая Второсалинским ФАПом Валитова Р.Р. ежедневно, между случаями оказания неотложной помощи населению, работала вместе с односельчанами на заготовке мешков с песком для укрепления дамбы, чтобы отстоять родное село. Сотрудники Карагайского ФАПа Мухаматуллина Л.Ш. и Ниязова Э.Н. с раннего утра проводили подворовые обходы своих односельчан – объясняли, почему важно своевременно эвакуироваться и что с собой необходимо взять. Когда вода прорвала дамбу, фельдшера, собрав все свои силы, помогали населению эвакуироваться с затопленных территорий, переправляя их на лодках и тракторах. Да, конечно же, им было страшно, но все держали эмоции под контролем. Чтобы как-то поддержать их, довезти им что-то необходимое, я практически каждый день выезжала к ним на территорию. Переправлялась по деревне на лодках, так как дороги уже были отрезаны, испытывала гордость за своих коллег. Ситуация в нашем районе была очень тяжелая. ПВР развернули на территории Дубровинской школы, там же организовали медпункт для населения, покинувшего свои дома. Просто добрым словом или ласковым взглядом медицинские работники всегда помогают людям. Оказавшись в такой сложной ситуации, медики показали свою истинную силу духа. Они настоящие герои.*

ского организма – их профессиональная «стеся». Машины «скорой помощи» забирали нуждающихся в экстренной госпитализации пациентов лишь на переправах, куда их в сопровождении фельдшера доставляли на лодках или моторках.

Создание пунктов временного размещения и массовая эвакуация жителей из подтопляемых районов сыграли важнейшую роль. Для временного пребывания людей были созданы все условия, организованы медицинские посты, где круглосуточную вахту несли медицинские сестры и фельдшера, или функционировали врачебно-сестринские посты. Для эвакуированных в ПВР организовали горячее питание, досуг.

В период паводка нагрузка на медиках лежала колоссальная. Можно на всех этапах разными службами сработать грамотно, но если бы подвело здравоохранение, вся общая работа нивелировалась бы. Медики сработали слаженно и четко. Махнув рукой на свое здоровье, все выкладывались, как могли. Из-за плохого качества воды населению было запрещено употреблять ее для питья и приготовления пищи, были высоки риски заражения гепатитом А и кишечными инфекциями. Медицинским сестрам, фельдшерам нужно было в максимально короткие сроки провести массовую прививочную кампанию по вакцинации населения из подтопляемых и близлежащих территорий вакциной против гепатита А. Сотни медсестер с утра до позднего вечера проводили вакцинацию, в результате которой было привито около 30 000 человек.

Ежедневное строительство дамб напоминало со стороны муравейник, где люди трудились, наполняя десятки тысяч мешков песком, спасая от стихийного бедствия свою малую родину. Работали без усталости целыми семьями, но в приоритете была мужская сила. Мешки нужно было грузить на КамАЗы, переносить к берегам реки, строить и укреплять дамбы с помощью них и полиэтиленовой пленки. Нравящиеся владельцы общепитовских точек обеспечивали земляков, взявшихся за тяжелую физическую работу, бесплатным горячим питанием. Это называется человечность.

Великая русская душа, какой меркой можно измерить твою мощь и глубину? Разве могут тебя сломить враги или тяжелые обстоятельства? Рядом с нашей бедой были медицинские сестры со всей России, которые звонили, спрашивали, чем они могут быть полезны, поддерживали морально. Постоянно на связи с ТРОПСА была Российская ассоциация медицинских сестер, которой мы безмерно благодарны за ее участие. Для каждого из нас всегда очень важно, когда есть настоящая человеческая поддержка. От этого у нас открывается «второе» дыхание и добавляются силы. Ну а мы, медицинские сестры, где бы не проживали, являясь неделимой частью своего великого народа, как всегда – на передовой, там, где трудно, где нужна наша помощь!





МЫ С ТОБОЙ ОДНОЙ КРОВИ

ОРГАНИЗАЦИЯ ДОНОРСТВА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ



**Светлана Александровна
АНДРЕЕВА**

Исполнительный директор
АРОО «ПСА», г. Астрахань

*«Размышляя на тему того, быть или
не быть донором, я понял:
в нашей жизни вечно только то, что мы
делаем ради других людей.*

*Это вечная ценность – реальная помощь
ближнему, проявление милосердия и гуманиз-
ма, человеколюбия и патриотизма. Донор-
ство – это почетно и современно».*

Почетный донор Российской Федерации,
врач Максим Сергеевич Горохов

Тихий подвиг во имя других

В последние годы мы очень много слышим о волонтерах, которые помогают людям, нуждающимся в помощи.

Без всякого преувеличения можно сказать, что волонтерство из статуса «воодушевления» отдельных групп людей переросло в массовое движение,

ставшее по-настоящему важным общественным явлением.

Кто же такие волонтеры? Это люди, которые свое свободное время и частичку своей доброты отдают на очень нужное и благородное дело – безвозмездную помощь людям.

Но есть еще одна группа волонтеров – это доноры. В отличие от других волонтеров о них говорят очень мало, и это напрасно. Доноры не только свое время отдают на помощь людям, они отдают частичку себя, своей кровью ежедневно спасая чью-то жизнь.

Зачем становиться донором?

По статистике, в России ежегодно в переливании крови нуждаются более 1,5 миллиона человек (более 4 тысяч ежедневно).

Компоненты донорской крови и изготовленные на основе донорской плазмы препараты используются при сложных оперативных вмешательствах и тяжелых родоразрешениях, при злокачественных заболеваниях крови, анемии, заболеваниях печени. Кроме того, в донорской крови нуждаются пострадавшие в военных действиях и массовых катастрофах (пожарах, авариях, терактах), то есть тогда, когда жизнь можно потерять за считанные минуты. В России более 8 тысяч людей

больных гемофилией, которым жизненно необходимы препараты крови для нормализации свертывания крови в течение всей своей жизни.

Заменить человеческую кровь искусственной невозможно, поэтому единственным источником крови для переливания остается человек.

Маршрут построен

В преддверии Всемирного дня донора крови, который ежегодно проводится 14 июня, мы побывали в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Астраханской области «Областной центр крови».

Главная медицинская сестра Центра Галина Ивановна Васильева провела для нас уникальную экскурсию, рассказав о работе медицинского учреждения и о процедуре сдачи крови – о пути от дома до донорского кресла.

Деятельность Центра крови

Астраханский центр крови наделен государственными полномочиями по организации заготовки, переработки (8000 литров в год), хранения, а также обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов. Центр крови безвозмездно обеспечивает донорской кровью и ее компо-



нентами медицинские организации города и области.

Центр оснащен самым современным специализированным оборудованием, что позволяет добиваться высоких показателей качества выпускаемых компонентов крови.

В своем составе Центр имеет мобильный пункт заготовки крови, позволяющий заготавливать кровь в выездных условиях. Донорские акции осуществляются на Мобильном пункте заготовки крови (далее МПЗК).

МПЗК бессменный участник проводимых донорских акций и Дней донора в сельских и городских поселениях Астраханской области.

Ежегодно Центр крови проводит около 100 выездных донорских акций по взятию крови у потенциальных и регулярных доноров, что обеспечивает заготовку около 2 тонн консервированной донорской крови в год, 30% заготавливаемых ГБУЗ АО «ОЦК» эритроцитсодержащих компонентов и 20% свежзамороженной плазмы приходится на выездные «Дни донора».

МПЗК работает в автономном режиме в районах области в течение 4–5 суток и заготавливает за смену кровь от 60 до 120 доноров. Мобильный пункт заготовки крови оснащен пятью

многофункциональными донорскими креслами, в комплекте каждого имеется монитор пациента (показатели пульса, АД, насыщение крови кислородом).

МПЗК позволяет проводить предварительное обследование доноров, заготовку, хранение и транспортировку консервированной крови с соблюдением обязательных температурных режимов. Благодаря мобильному пункту Центр крови имеет возможность совершать выезды на дальние расстояния и работать на крупных площадках с большим количеством доноров. «Дни донора» на территории Астраханской области проходят согласно плану-графику, ежегодно утверждаемому Министерством здравоохранения Астраханской области.

Путь донора

Ежедневно в ГБУЗ АО «ОЦК» приходят люди разного социального статуса, вероисповедания, материального достатка. А объединяет этих людей одно – желание оказать помощь нуждающимся в ней.

Все донации осуществляются строго по предварительной записи. Записаться можно онлайн на Госуслугах, лично

обратиться в учреждение службы крови в рабочие дни или позвонив по телефону.

Для того чтобы стать донором, человеку необходимо пройти обязательный «путь донора» – от регистратуры до донорского зала.

Главная медицинская сестра провела нас по всем кабинетам, показав, как устроена работа центра, так сказать, изнутри.

Первый пункт нашей экскурсии – регистратура, где регистратор выдает кандидату в доноры бланк-анкету со стандартными вопросами, на которые надо ответить, чтобы врачи оценили состояние его здоровья. На этом первоначальном этапе проходит первая проверка на пригодность к донорству.

Всем известно, что донором может стать любой здоровый человек от 18 лет, весом не менее 50 кг и индексом массы тела от 18,5 до 40.

Но все-таки вопрос возникает сам собой:

– Почему человек весом меньше 50 кг не может сдать кровь, может просто поменьше крови брать? – интересуемся мы.

– В организме взрослого человека количество циркулирующей крови





составляет в среднем от четырех до шести литров. На то, сколько крови находится в организме человека, влияет половая принадлежность (крови в женском организме меньше, чем у мужчин), возраст, масса тела, рост, а также объем мышечной массы (у людей, активно занимающихся спортом, объем крови больше, чем у малоподвижных людей).

Безопасная кроводача составляет около 12% от общего количества крови в организме. Хочется отметить, что стандартная доза во время донации составляет 450 мл, еще около 50 мл идет на анализы. Если донор будет весить менее 50 кг, донация будет небезопасной для его организма. **«Навредить донору мы не имеем права»**, – объясняет главная медицинская сестра.

Второй этап на пути к донорству – это гематологическая лаборатория. Здесь медицинские лабораторные техники возьмут кровь, а гематологические анализаторы за считанные минуты определяют уровень гемоглобина, количество эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов. Допустимый уровень гемоглобина для женщин от 120 г/л, а для мужчин от 130 г/л. Если содержание ге-

моглобина в крови ниже указанных норм, до донации человека не допускают. Кроме форменных элементов учитывают и другие показатели крови. Анализ на группу крови, резус и Kell-фактор выполняют всегда, даже если человек является постоянным донором!

Далее путь лежит в кабинет врача-трансфузиолога.

Врач внимательно изучит заполненную анкету, задаст дополнительные вопросы о здоровье и образе жизни. Проведет общий осмотр, подсчитает пульс, измерит артериальное давление и массу тела. Также осмотрит состояние кожных покровов. Если на теле имеются татуировки или пирсинг, то на четыре месяца донацию придется отложить, так как нет гарантии, что в тату-салоне претенденту на донорство не занесли какую-либо серьезную инфекцию, которая в итоге может передаться реципиенту и навредить его здоровью.

«Человек с хорошими показателями здоровья обычно проходит осмотр за час и идет на донацию», – поясняет нам Галина Ивановна.

Последний и самый приятный этап перед донацией – это буфет для доноров, где вам нальют вкусный сладкий чай. Теплый напиток помогает улуч-

шить кровоток, что благоприятно сказывается на общем состоянии во время и после донации.

Выпив чая, направляемся к донорскому залу и видим там небольшую очередь. Здесь нет ни суеты, ни толчеи, ни разделения на «новичков» и доноров со стажем. Люди сидят и ждут, когда их пригласят в зал для сдачи крови.

– **Доноры к нам приходят по доброй воле, с большим желанием помочь нуждающимся в помощи людям. Если рассматривать возрастной состав, который был лет 15 назад, то больший процент людей был в возрасте 45–60 лет, то сейчас больше молодежи, начиная от 18 лет. Молодые люди организованно или сами, по своей инициативе, приходят из средних и высших учебных заведений. Донорский состав молодеет, и это радует!**

Зал для донации

Бесшумно, чтобы никого не отвлекать и не мешать, мы проходим в зал, где берут кровь.

Зал для донации это довольно большая светлая территория с расположенными на ней многофункциональными донорскими креслами, обеспечиваю-





щими донорам комфорт и безопасность во время процедуры. Зал условно разделен на секции, в зависимости от того, что именно будут брать – цельную кровь или ее компоненты.

Процедура автоматического плазмафереза занимает сорок минут. Инвазивная процедура начинается с обработки кожи локтевого сгиба, венепункции, взятия крови в пробирки для исследования на инфекционные заболевания и дальнейших этапов взятия крови.

В отличие от сдачи крови, которую можно выполнять раз в два месяца, донации плазмы можно проводить чаще – каждые две недели.

В донорском зале царит полная тишина. Слышно только как работают аппараты. Работа медицинских сестер максимально сосредоточена. Во время взятия крови они обязательно спрашивают у доноров о самочувствии. И это не формальный вопрос. Важно, чтобы донор прислушался к своему внутреннему состоянию. Медицинские сестры следят не только за работой аппаратов, но и за тем, чтобы у донора не наступил обморок.

– Если у донора побледнело лицо, причем, сначала бледнеет кончик носа, уши и носогубная складка, если у него затуманились глаза, или, наоборот, человек чрезмерно разговорчив, медицинская сестра сразу опускает изголовье и поднимает ножную часть кресла, приглашает врача. В зависимости от ситуации мы прекращаем процедуру, – объясняет нам Галина Ивановна.

Несколько кресел и большие аппараты возле них не были задействованы в рабочем процессе, хотя в коридоре доноры ждали своей очереди.

Нам объяснили, что эти места предназначены для донации тромбоцитов.

Процедура тромбоцитофереза проводится только при наличии заявки медицинских организаций Астраханской области на конкретных пациентов.

Кроме того, при острой необходимости доноры приглашаются на донацию по телефону.

Доноры, сдающие кровь на тромбоциты, должны соответствовать следующим критериям:

- преддонационное количество тромбоцитов у них должно быть не менее $250 \times 10^9/\text{л}$;
- если анализ показал количество тромбоцитов $300 \times 10^9/\text{л}$ и более, то во время проведения тромбоцитофереза можно получить две лечебные дозы тромбоцитов.

Астраханский центр крови проводит около 600 аппаратных тромбоцитоферезов в год, выпуская более 830 доз концентрата.

Нам рассказали о методах редукции патогенов, которые позволяют снизить риск передачи инфекции в ходе трансфузии, о сроках годности у компонентов крови. Показали криобанк, где редкие группы крови могут храниться десятилетиями при температуре -86°C . А в случае срочной необходимости высокоценные компоненты крови размораживаются, отмываются и выдаются в медицинские организации.

Костяк трудового коллектива

В продолжение нашего визита главная медицинская сестра рассказала про ценную трудовую составляющую Центра крови.

– В нашем медицинском учреждении трудится большая, дружная команда специалистов со средним профессиональным медицинским образованием. Это медицинские се-

стры процедурной, медицинские лабораторные техники, лабораторные технологи, фельдшеры-лаборанты. Коллектив большой и есть в нем сотрудники, которые работают уже долго, более 25 лет.

Да и сама Галина Ивановна не новичок в своем деле, в Центр крови пришла работать сразу после окончания Астраханского медицинского училища.

В трудовой книжке новые записи появлялись лишь в 1994-м и в 2012 годах, тогда, когда менялось название этой организации.

Ее трудовой путь начался 20 марта 1975 года. Галине было 18 лет, когда она пришла работать на станцию переливания крови.

– Да так на 49 лет и осталась здесь, – скромно улыбаясь, говорит Галина Ивановна.

Работа медицинских сестер в Службе крови довольно-таки специфична. Сестрички не делают инъекции, не раздают таблетки и не делают перевязки.

У них своя, особая роль. Заготовка крови и ее компонентов требует создания и поддержания асептических условий на всех этапах донации – начиная от обработки аппаратуры до процедуры взятия крови от донора.

Это сейчас весь процесс полностью автоматизирован и все изделия медицинского назначения одноразового использования. А когда Галина Васильева начинала работать – иглы, системы, флаконы для сбора крови приходилось стерилизовать.

Здоровье донора и здоровье пациента напрямую зависело от добросовестной работы медицинских сестер.

Все без исключения медицинские сестры, работающие в донорском зале, владеют техникой работы от эксфузии

крови до процедуры аппаратного тромбоцитозереза, плазмофереза, техникой разделения цельной крови на компоненты на механических и автоматических плазмозэкстракторах.

Центр крови постоянно модернизируется, оснащая службу новейшими технологиями и оборудованием. Обучение работе с новыми медицинскими аппаратами медицинские сестры проходят на рабочем месте, так сказать без «отрыва от производства». Обучение проводят представители фирм-поставщиков оборудования.

Если в коллектив вливается новый сотрудник, его обучением занимается опытная медицинская сестра – наставник.

Наставник не только адаптирует новичка, он передает интерес и любовь к выбранному делу, заражает своим стремлением к самосовершенствованию и знаниям.

Медицинские сестры регулярно обучаются на курсах повышения квалификации по профилю «Трансфузиология», проходят обучение по дополнительным профессиональным програм-

мам повышения квалификации: «Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской помощи. Профилактика ИСМП», «Практические аспекты работы медицинской сестры процедурного кабинета», «Актуальные вопросы сестринской деятельности в трансфузиологии».

Медицинские сестры Центра крови без проблем работают как в самом медицинском учреждении, так и в выездных условиях во время донорских акций. Они не только умело выполняют этапы технического процесса донации, но и, что немало важно, умеют найти общий язык с любым донором. Ведь от их профессионализма, от искренней улыбки, от умения расположить донора к себе зависит весь процесс донации, а это напрямую влияет на то, с каким внутренним настроем человек покинет медицинское учреждение, захочет ли сдать кровь повторно, а возможно, рассказав не только про профессиональное мастерство работников Центра, но и про добродушное отношение, привлечет к донорству своих родных, друзей, коллег.

Донор – это не профессия

«Почетный донор» – это звание, которым награждаются доноры, безвозмездно сдавшие кровь или ее компоненты определенное количество раз.

В ГБУЗ АО «Областной центр крови» этого звания удостоены 8 медицинских сестер.

Идея стать донором, как правило, не возникает спонтанно. Все решает какой-либо непредвиденный несчастный случай. Так было и с нашими героинями, которые некогда, просто желая помочь, спасли человеческую жизнь. С тех пор они начали сдавать кровь на постоянной основе. Они не видят в этом чего-то героического, для них донорство – это доброе дело, ставшее привычным.

Донор – это не профессия и не работа, это возможность поделиться своей кровью во спасение чьей-то жизни.

Побывав в Астраханском центре крови, мы не только узнали, как получают и хранят компоненты крови, но и сами смогли совершить донацию и поддержать донорское движение.

Оптическая когерентная томография: нюансы, частые ошибки, требования к персоналу



**Виктория Александровна
ЖАВОРОНКОВА**

Медицинский оптик-оптометрист,
клиника ООО «АВА -Петер»

Современная офтальмология развивается стремительными темпами, требуя от медицинских специалистов непрерывного совершенствования своих знаний и навыков.

Оптическая когерентная томография позволяет визуализировать струк-

туру сетчатки. Метод был разработан еще в конце 80-х годов XX века.

Оптическая когерентная томография (ОКТ) – это вспомогательное диагностическое исследование структур глаза с использованием когерентного томографа (рис. 1).

На томограмме заднего отрезка глаза можно увидеть стекловидное тело, заднюю гиалоидную мембрану, структуру сетчатки в норме и при патологии. С помощью ОКТ переднего отрезка можно оценить строение роговицы, радужки, угол передней камеры.

В зависимости от способности отражать световые лучи все структуры глазного яблока окрашиваются на полученной оптической томограмме в разную цветовую гамму.

Например, стекловидное тело имеет черный цвет, так как представляет со-

бой прозрачную неотражающую среду. Анатомические структуры глаза, обладающие высокой степенью отражения, дают на томограмме красный цвет или его оттенки. Гипорефлективные структуры окрашиваются в более холодные оттенки (рис. 3–5)



Рис. 1. Прибор Оптический когерентный томограф Zeiss Cirrus HD-OCT

Показания к процедуре ОКТ

ОКТ не является самостоятельным методом исследования и применяется для диагностики, скрининга и мониторинга при различных глазных заболеваниях, таких как:

- глаукома;
- патология сетчатки;
- отек макулы, макулярные разрывы;
- ретинопатия (посттромботическая, диабетическая и др.);
- заболевания зрительного нерва;
- миопия высокой степени;
- заболевания переднего отрезка глаза (в том числе оценка роговицы после рефракционных хирургических вмешательств).

Также ОКТ обязательно проводится перед операцией по замене хрусталика для выявления патологии сетчатки и зрительного нерва.

Абсолютных противопоказаний к процедуре **нет**, но качество и точность исследования снижается при:

- нарушении светопроводимости прозрачных сред глаза (отеке и рубцах роговицы, помутнениях хрусталика и стекловидного тела);
- высокой степени миопии (близорукости);
- размере зрачка менее 3 мм.

В таких случаях решение о проведении оптической когерентной томографии принимает врач.

Четкость изображения зависит не только от возможностей и модели самого прибора, но и от навыков медицинского персонала.

Выполнить процедуру правильно несложно. Работать на диагностическом офтальмологическом оборудовании, использовать медицинские изделия, предназначенные для обследования взрослых и детей с рефракционными нарушениями и признаками зрительной дезадаптации, является одним из необходимых умений медицинского оптика-оптометриста, согласно приказу № 347 «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области медицинской оптики и оптометрии» от 31 мая 2021 года.

В клинике «Скандинавия» исследование проводит специалист, прошедший обучение по оптической когерентной томографии – оптометрист, медицинская сестра или, при их отсутствии, врач-офтальмолог.

Диагностика проводится бесконтактно и безболезненно для пациента, занимает несколько минут вместе со сканированием. Поэтому данный метод широко используется для скрининга, в том числе и детям. Специальной подготовки пациента перед исследованием не требуется.

Алгоритм проведения исследования

- Идентифицировать пациента: сверить Ф.И.О., дату и год рождения, № ЭМК.
- Создать в программном обеспечении прибора учетную запись пациента.
- Усадить пациента перед прибором.
- Проинструктировать, как будет проходить исследование.
- Зафиксировать голову и направление взгляда пациента (специальная метка в приборе). Если острота зрения пациента недостаточна для фиксации метки, то рекомендуется смотреть прямо перед собой. Также имеется специальный внешний мигающий датчик для направления взгляда в стороны (рис. 2).

- Выбрать нужную программу для данного пациента.
- После настройки прибора и получения на экране нужного изображения пациента просят не моргать, и начинается сканирование данного участка глаза. Это занимает не более 5 секунд. Важно, чтобы пациент в это время не моргал и не двигал глазом.
- Аналогично проводим исследование второго глаза.

После проведения исследования прибор генерирует изображение с помощью встроенного программного обеспечения и проводит анализ результата (рис. 4).

Описание структур глаза и интерпретацию полученных данных выполняет врач.

В случае, если исследование было проведено с ошибками или не точно, специалист повторяет процедуру.

В зависимости от режима сканирования может быть получен широкий спектр диагностических данных. Изображения сканов и количественный анализ морфологических параметров выводятся в протокол исследования, который распечатывается и отдается на руки пациенту вместе с заключением врача. Эти карты необходимы для оценки динамики заболевания и определения тактики лечения. Результаты всех исследований пациента сохраняются в памяти прибора, что удобно для последующего автоматического сравнения. Если же пациент делал ОКТ в другой клинике, то рекомендуется взять на прием предыдущие данные.

Нюансы проведения сканирования периферических отделов сетчатки

Если есть патологический участок, его нужно полностью просканировать, не оставляя его за пределами исследования (рис. 3).

Самые частые ошибки при исследовании:

- неправильно посадили пациента (неудобно по высоте или со смещением в какую-то сторону);
- не проверили, как пациент зафиксировал голову (подбородок не на специальной подставке, лоб не прижат);

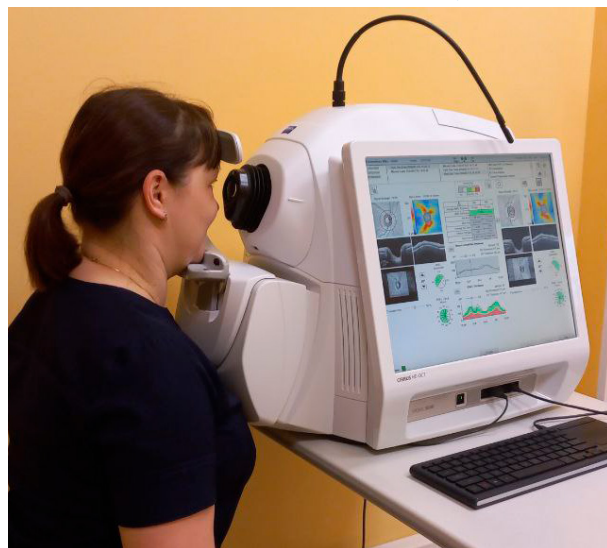


Рис. 2. Правильное расположение пациента для проведения исследования

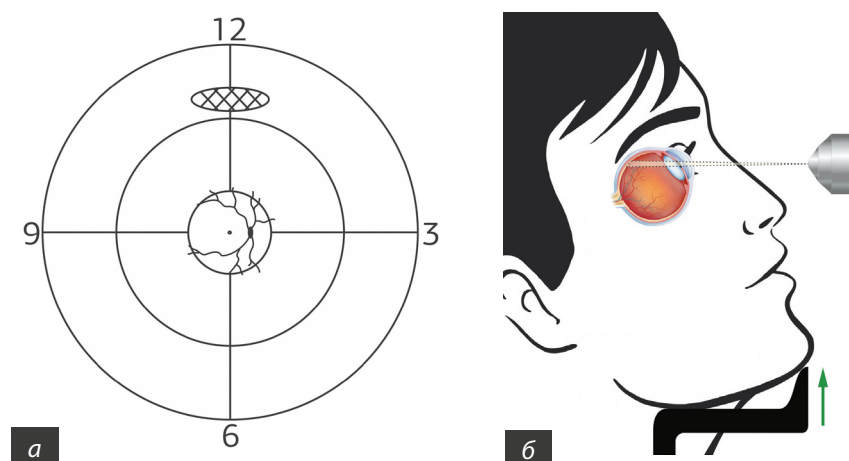


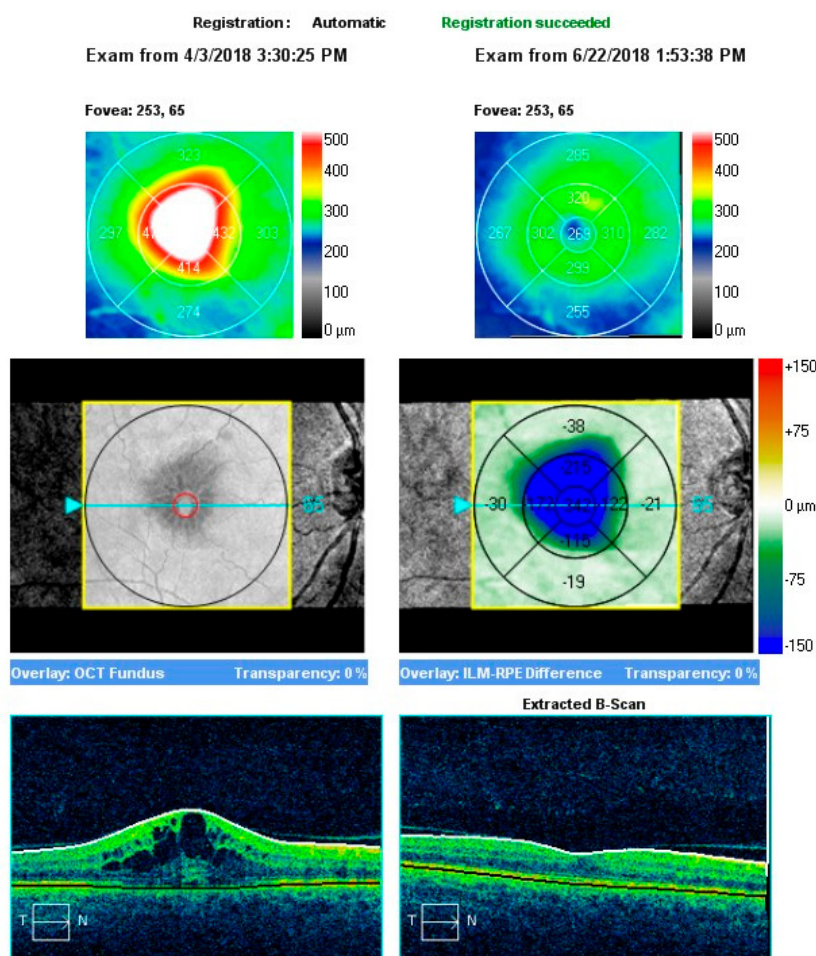
Рис. 3. Сканирование периферии сетчатки согласно локализации дистрофии: а – схема расположения дистрофии; б – положение головы пациента при сканировании дистрофии, расположенной в верхнем сегменте периферии сетчатки

Name:		Previous	Current	
ID:		Exam Date:	4/3/2018	6/22/2018
DOB:		Exam Time:	3:30 PM	1:53 PM
Gender:	Female	Serial Number:	400-14917	400-14917
Technician:	Operator, Cirrus	Signal Strength:	8/10	8/10



Macular Change: Macular Cube 512x128

OD ☒ OS ☐



Comments

Doctor's Signature

Analysis Edited: 10/18/2019 5:23 PM

SW Ver: 6.5.0.772
Copyright 2012
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved
Page 1 of 1

- не объяснили, куда и как смотреть пациенту (пациент смотрит не на точку фиксации, а двигает глазами в разные стороны);
- не учли аметропию и длину глаза пациента (при высоких степенях аметропии увеличивается или уменьшается длина глаза, что приводит к появлению артефактов и ошибкам в постановке диагноза). У пациентов после лазерной коррекции зрения необходимо учитывать рефракцию, которая была до операции.

Требования к персоналу, выполняющему исследование ОКТ

Чтобы вероятность ошибок была минимальна, специалист должен:

- иметь среднее профессиональное образование по специальности «Медицинская оптика» или «Сестринское дело» с повышением квалификации по офтальмологии;
- пройти обучение по программе ОКТ (как в виде стажировки на рабочем месте в той клинике, где сотрудник планирует работать, так и на курсах по ОКТ в рамках непрерывного медицинского образования);
- хорошо знать анатомию глаза (в особенности строение сетчатки, роговицы и т.д.);
- любить и уважать свою профессию.

На сегодняшний день ОКТ – доступный для большинства офтальмологов, информативный, быстрый и неинвазивный метод диагностики, позволяющий выявлять на ранних стадиях многие заболевания глаз, проводить дифференциальную диагностику и оценку динамики различных патологических процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Свирин А.В., Кийко Ю.И., Обруч Б.В., Богомолов А.В. Спектральная оптическая когерентная томография: принципы и возможности метода // Клиническая офтальмология. 2009. № 2. С. 50.
2. Шпак А.А. Новая номенклатура оптической когерентной томографии.
3. Оптическая когерентная томография/ под ред. Джея С. Дакера, Надии К. Вэхид, Дэрина Р. Голдмана. – Носенко И.А.
4. Основы оптометрии (практикум).
5. Фотографии взяты из руководства по ОКТ.

Рис. 4. Слева – Кистозные изменения сетчатки; справа – через 2 месяца после проведения лечения

ПОД НАДЕЖНЫМ КРЫЛОМ СОВЫ



Ирина Викторовна ЯНМИНКУЛЬ
Пресс-секретарь ТРОО ТОПСА

Свой путь в медицине Юля начала с нуля, с должности младшей медсестры в реанимации новорожденных, где проработала 7 лет. Там, насмотревшись на работу медицинских сестер со стороны, просто влюбилась в профессию и решила примерить ее на себя. Так и стала совмещать работу, семью и учебу в колледже на вечернем отделении. Уставала дико, но стать хорошей, профессионально грамотной медицинской сестрой уже было ее главной мечтой. Через тернии она упорно пробиралась к своим звездам. Когда Юля уже училась на 4 курсе медицинского колледжа, по собственному желанию перевелась в моногоспиталь, где проработала полгода в реанимации до самого получения диплома. Вот так, неожиданно для себя, волею судьбы Юля перебралась из Ишима в Тюмень. Уже там, в моногоспитале, она научилась практически всем манипуляциям. Как я заметила, именно моногоспиталь в жизни героинь моих очерков стал некой отправной точкой и величайшей Школой жизни. Объяснимо, что к студентам там, на сложнейшем и ответственнейшем участке работы, относились поначалу настороженно. Задавали множество профессиональных вопросов, а потом принимали в свою надежную семью и трудились, полностью доверяя друг другу все на равных. Позже, когда ковид удалось победить, была работа в Госпитале ветеранов войн и урологическое отделение Медсанчасти «Нефтяник». Какие замечательные коллективы, как же ей тогда хотелось бежать на работу и, ощущая тепло от коллег, получать истинное удоволь-



ствие от своего труда. И все же чего-то ей не хватало. Словно душа после работы в ковидном моногоспитале требовала новых испытаний.

В зоне СВО Юля оказалась потому, что ей хотелось увидеть «всю кухню» изнутри. Когда в их Госпиталь ветеранов войн стали поступать подлеченные после сложных ранений бойцы, Юля узнала, что ТАМ остро не хватает медицинских рук. Медикам приходится сутками работать, не покидая поста. После услышанного с решением она затягивать не стала. Просто поняла, что хочет и может помогать бойцам именно там.

Муж предсказуемо и упорно отговаривал, понимая, что груз забот о двух детях ляжет только на его плечи. Так,

16-летний сын и 11-летняя дочь оказались только под папиным крылом, вдали от ласковой и нежной мамы.

О своем желании поехать в зону СВО она неоднократно делилась со своей лучшей подругой, такой же медсестрой, проживающей в Армизонском районе. В один из дней подруга позвонила и сообщила, что уже в Ноябрьске, откуда формируется команда, и даже уже успела купить билеты в нужном направлении. Юля немедленно придала своей затее ускорение, собрала необходимые вещи и рванула вслед за подругой в ЯНАО. Верная подруга, воодушевленная надежной поддержкой, ее дождалась. Медосмотр и подписание контракта много времени не заняли. А то, что вдвоем в не-

знакомом и опасном месте будет легче, понимали обе.

Так и случилось, по их просьбе, подруг направили ТУДА вместе. Так начался их боевой путь, которым они теперь шагают рука об руку, рядом, вместе. Не все получилось так гладко, как им представлялось. В войсковой части в Тоцком для них не оказалось вакансии. Добравшись до Миллерово, разместились в здании старого клуба среди парней из разведки. Ребята, прибывшие из Чувашии, побратски радушно приняли подруг-сибирячек, накормили сытным обедом, выделили им отдельную комнатуху и даже поделились своими спальными мешками. Даже в спальниках спать на полу девочкам было жестко и холодно. Но ведь подруги изначально понимали, что не на курорт едут, поэтому такой жест от ребят приняли с большой благодарностью. Ну, на то они и мужчины, чтобы, если нужно, уступить слабому полу последнее. Так, в ожидании своего распределения, девочки провели несколько дней и ночей.

Сутки трудись на эвакуации раненых, затем сутки в реанимации анестезисткой, а следующие сутки, если очень повезет, – выходной.

С прибытием медиков, входящих в состав медроты, Юлю с подругой распределили в медицинский взвод и транспортировали в лесополосу к боевым ротам. Работы хватало. Двигались под непрерывающимися обстрелами и массивными взрывами вслед за бригадой, по лесам, полям, блиндажам. Поначалу было очень непривычно в тяжелых бронежилетах, касках, с автоматом через плечо, но показывать, что тебе страшно, там не принято. Потому что там одинаково страшно всем. Такие ситуации и проверяют людей на вшивость... А уже 24 августа их посадили в кузов КамАЗа, и машина двинулась через границу. В лес приехали уже затемно, непослушные ноги упрямо проваливались в песок, мешая передвигаться. Ночевать пришлось прямо под деревьями, вповалку в спальниках, под открытым небом. Уже утром, обстоятельно осмотревшись, выбрали место

стоянки подальше от дороги. Так и начали потихоньку осваивать территорию, обосновываться. Подкупили походные плитки, чтобы варить хотя бы незамысловатую еду. Воду, слава богу, хотя и периодически, но все же подвозили. Человек ко всему привыкает, привыкли и девочки к таким условиям. И мыться холодной водой приспособились. Со сменой позиции бригады продвижение началось все ближе и ближе к линии фронта.

Так, в непростых походных условиях пролетели два месяца. Хотя сказать, что они пролетели, будет, пожалуй, очень опрометчиво. Работа 24/7 кого хочешь может выбить из колеи, хотя Юля никакой работы, в общем-то, не боялась. Подработка помимо основной работы в других больницах была для нее делом хронически привычным. Вот и здесь в любой момент могли вы-

дернуть в помощь в любую роту. А по прошествии двух месяцев оказалось, что их потеряли там, в Тоцком, где изначально не приняли из-за отсутствия рабочих мест.

Поначалу были на подхвате. Это теперь подруги ощущают свою значимость, ведь работа в анестезиологии и реанимации – это, считай, элитное подразделение. Но скучать не приходится, ведь смена рода деятельности не дает расслабляться: сутки трудись на эвакуации раненых, затем сутки в реанимации анестезисткой, а следующие сутки, если очень повезет, – выходной, когда можно просто отоспаться. При большом потоке раненых выходной уходит в область фантастики. Такой светлой, но недостижимой.

Там, на фронте, она «Сова». Почему «Сова»? Ведь зачастую позывной человек сам себе придумывает, а уже жизнь



дальше распоряжается, приживется новое имя или другое лучше подошло бы... В прошлом, на гражданке, Юля привыкла спать ложиться поздно. Психологика у нее такая, что силы мобилизуются ближе к ночи, но зато утро, если бы позволяло время, могло бы плавно перетекать в полдень. А еще у нее большущие зеленые глаза, занимающие почти пол-лица. И когда она чему-либо удивляется или входит в состояние возмущения, они готовы покинуть свои природные орбиты. Даже хочется ее в такой момент немного поддразнить мультяшным голосом: «Безвозвратно, то есть дадом!»

Несмотря на небольшой медицинский стаж, «Сова» как универсал многое умеет: и ЭКГ, и капельницы, и уколы, и взятие анализов, и перевязки. Да разве все перечислишь об умениях наших российских медсестричек? Коллектив в их госпитале профессиональный и очень сплоченный, ведь цель у всех общая и дело они делают одно, большое, общее. И все же те позиции, когда они помогали раненым непосредственно на передовой, несмотря на полное отсутствие комфорта, Юля вспоминает с грустью. Там они были еще более полезны и востребованы, нежели здесь, в госпитале, где все относительно упорядоченно. Вообще, находясь в зоне военных действий, мировоззрение у людей диаметрально меняется. Так подмечает каждый, из побывавших там, за чертой. Она даже мысленно старается не вычленять себя из своих рабочих будней, когда на операционном столе мучаются от боли совсем мальчишки, которым в 20 с небольшим из-за осколочного ранения ампутируют руку или ногу. Фантомные боли еще долго отзываются у них злым эхом и слезами на глазах. Таковы суровые реалии боевых действий.

Легко живущим на гражданке рассуждать, лениво потягивая сигарету, о том, каково там нашим солдатам. Рассуждать, не зная правды, делая выводы по роликам из новостей или политических передач. Юля знает не из чужих уст, она это видела собственными глазами, как они, наши парни, там работают. Постоянно. Без всяких выходных. Вот она, правда...

Часто «мудрой Сове» вспоминаются слезы мамы в тот момент, когда сооб-

щила ей о своем решении, но уже после подписания контракта. Мама плакала долго и обреченно, понимая, что уже ничего не может изменить. Отец тоже сильно переживал, но держался изо всех сил, играя желваками. В этот момент они оба поняли, что их малышка уже давно повзрослела и сама вправе выбирать себе дорогу в жизни. Конечно, в глубине души они ею и ее поступком гордятся, но куда девать этот не дающий жить спокойно, закравшийся в душу, липкий страх за свою



Мы здесь ради мирного неба над головами наших детей и близких.

родную девочку... «Сова» по возможности выходит на связь с родителями, но ее сердце рядом с детьми. Как же она по ним скучает, не передать. Но она не может расслабляться, собирать в кучу потом себя тяжело.

«Сова» с детства знает и мужскую, и женскую работу по дому. Поскольку у них с сестрой брата не было, отец мужскую науку девочкам передавал. И как гвоздь забить, и шалаш в лесу построить, и костер быстро развести, и воды натащить, и баню растопить, — все это она с детства умеет. И эта простая наука очень даже пригождается ей в разных жизненных ситуациях. Вообще детство, которое проходит в деревне, закаляет человека и делает гораздо сильнее, чем городских ребят.

Один огород чего стоил, прополка которого почти полностью была на Юле с сестренкой. А уход за птицей, коровами, поросятами, хоть и тяжелый деревенский труд, зато любовь к животным должна прививаться с детства. Так правильно. Вкусно готовить тоже с детства мамой приучена. Только теперь уже помимо вкуснейшего борща «Сова» виртуозно умеет делать роллы, которые так любят дети. Свой чудоборщ Юля варила однажды даже в блиндаже на плиточке, когда были на передовой. Надо было видеть восторг на лицах солдатиков, лучшим комплиментом которых было: «Словно дома у мамы побывал». Постоянно помнит она и о своем двоюродном брате с позывным «Веля», который также служит в зоне СВО в инженерно-саперных войсках. Встретиться там им пока не довелось, хотя связь по переписке поддерживают. И это тоже греет ей душу, что она там не одна. И хотя их разделяет большое расстояние, есть родная душа, о которой она беспокоится...

«Сова» с большим пиететом отзывается о работе хирургов в госпитале: «Когда присутствуешь на операции и видишь осколочные проникающие ранения в область брюшной полости, а врач-хирург начинает виртуозно сшивать артерии, вставлять всевозможные переходники, накладывать заплаточки и спасать, спасать... Мы команда. Механизм. Все профессионалы своего дела. Злости нет, ее хватает нашим ребятам на передовой. А мы дарим им милосердие, окутываем добром и позитивом, и у ребят снимается скованность и блок. Еще поначалу непривычным было видеть вокруг руины, разрушенные дома, изрытые взрывами дороги. И мысли о том, что там жили мирные люди, кого-то из них уже нет в живых, очень угнетали. Теперь глаза привыкли. И осталась только вера в нашу общую большую Победу. Мы здесь ради мирного неба над головами наших детей и близких. Мы здесь для того, чтобы враги не пришли в наши дома!»

В одном из четверостиший Т. Якубинской прозвучали горькие, но очень правдивые строки: «Не для женщин страшная война, что приносит горести и беды, но на ней без женщин никуда. И без них бы не было Победы!»

ГЛАВНОЕ В ЧЕЛОВЕКЕ — СИЛА ДУХА

МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
ИЗ СМОЛЕНСКА НАГРАДИЛИ
МЕДАЛЬЮ ЛУКИ КРЫМСКОГО

*А ну-ка девушки! А ну красавицы!
Пушкой поет о нас страна!
Из звонкой песнею пушкой прославятся
Среди героев наши имена!*
В.И. Лебедев-Кумач

В мирной жизни работа операционной медицинской сестры требует не только ответственности, знаний хода операции, исполнительской дисциплины, но и выполнения целого ряда профилактических мероприятий, направленных на безопасную и качественную медицинскую помощь. Для всех очевидно, что операционные сестры – медицинские работники высокой зоны ответственности.

В ФГБУ «ФЦТОЭ» МЗ РФ (г. Смоленск) в пяти операционных залах работает одиннадцать операционных медицинских сестер. Операционная медсестра на самом деле – правая рука хирурга и душа пациента.

Когда началась специальная военная операция, одним из первых «десантов» в Луганскую Народную Республику стали наши операционные медицинские сестры – Ирина Старченкова, Елена Князева, Ольга Зверева. Таких, как наши медицинские сестры, не так много. Первыми отозвались на обращение главного врача центра и в команде с врачами травматологами-ортопедами стартовали в ЛНР.

На месте организовали госпиталь, в которых условия работы действительно были близки к полевым. Отсутствие достаточного количества воды, света, продолжительные артобстрелы а наши девчата часами работают с ранеными бойцами. Психологически было очень тяжело, но они честно и достойно выполняли свой профессиональный долг. «Помогать пациентам облегчить их страдания – это мое при-

звание», – говорит Елена Князева. Она ни одного дня не пожалела о выбранной профессии и специальности.

Одной из главных задач Ольги Зверевой стала организация обучения операционных медицинских сестер, которые в мирной жизни не работали с огнестрельной травмой, с рваными ранами, не имели опыта работы в горячих точках. Плечом к плечу оттачивали навыки асептики и антисептики, понимая, что в одиночку ни у кого ничего не получится. У нее за плечами уже был большой опыт участия в боевых действиях, сейчас пригодился. Со знанием дела и скоростью звука Ольга находила решения в сложных условиях и вселяла уверенность в молодых специалистов. Настоящие соратники способны достичь целей независимо от наличия ресурсов и, как говорил наш земляк, первый космонавт планеты Юрий Гагарин, главная сила в человеке – это сила духа.

Ирина Старченкова – большой профессионал, прекрасный специалист

и очень скромный в жизни человек, который через себя пропускает человеческие страдания. Умеет слушать, умеет говорить и находить слова самые главные, которые именно в эту минуту нужны больше всего. Перенести физическую боль порой легче, чем моральную. Вот и тяжелораненым защитникам Отечества справиться морально с ранениями непросто. Профессиональная помощь, материнская забота и поддержка Ирины многим исцелила раны и телесные, и душевные.

За большой вклад в организацию и оказание медицинской помощи, самоотверженность, высокий профессионализм при лечении пациентов в сложных условиях, спасение их жизни и сохранение здоровья операционные медицинские сестры Ирина Старченкова, Елена Князева и Ольга Зверева были удостоены Государственной награды Российской Федерации за заслуги в области здравоохранения – Медалью Луки Крымского.

Поздравляем наших коллег и гордимся их высокой наградой!



ВЕС ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

ОПЫТ НАСТАВНИЧЕСТВА
В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

В этом году Ассоциация медицинских сестер России совместно с Высшей медицинской школой впервые провела конкурс «Лучший наставник». Его участниками стали 55 специалистов, практикующих в разных сферах здравоохранения. По итогам оценки конкурсных работ на первой ступеньке piedestала оказались два наставника, в том числе героиня этой публикации – Белякова Наталия Николаевна, медицинская сестра палатная (постовая) отделения новорожденных БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь», с которой нам удалось побеседовать при подготовке выпуска «Вестника» и узнать о том, что привело ее в профессию и могло стать специалистом экстра-класса.

– Наталья Николаевна, во-первых, разрешите еще раз поздравить Вас с безоговорочной победой! Члены жюри были единодушны, а мы счастливы, что Вы решились принять участие в конкурсе!

– Спасибо, мне очень приятно и до сих пор не верится. Главная сестра сказала – надо, ну как тут откажешь, хотя особо мы ни на что не рассчитывали. Все-таки федеральный уровень, а мы даже не Перинатальный центр и не столица. Но старались и стараемся каждый день.

– Расскажите, как Вы пришли в профессию? Судя по Вашей анкете, до медицины было что-то еще.

– Верно (смеясь, отвечает героиня конкурса). Я ведь седьмой ребенок в семье. Выросла – получила специальность кондитера, устроилась поваром в детский сад у нас в Череповце. Потом решила сменить работу и, пока искала, на время пошла санитаркой в родильный дом. И так мне понравилось, что передать не могу. Честное слово, я даже забыла, что была поваром. Гордилась, не представляете как. Работала и абсолютно все меня устраивало. А заведующая у нас была Иванова Ирина Александровна, так вот она просто заставила меня пойти учиться. Я сомневалась, не хотела, мне ведь уже тридцать исполнилось. Но все же согласилась, закончила вечернее отделение, получила специальность. Теперь я каждый день Ирину Александровну вспоминаю и благодарю. Сначала работала медсестрой палатной в отделении «Мать и дитя». Но мне нравится активная работа, поэтому перешла в палату реанимации. В 2012 году на ее базе открылось уже отделение реанимации.

– Как Вы решили именно в эту сферу пойти? Не все ведь могут? Опасений не было? Страх выполнения манипуляций?

– Страх? Даже не знаю. Я всегда молодым девочкам говорю, вот ты представь, что кроме тебя никого больше нет, надо сделать, без тебя ребенок не справится, не выживет. Поначалу да, технически страшно что-то не так сделать.



Белякова Наталия Николаевна, медицинская сестра палатная (постовая) отделения новорожденных БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь», г. Череповец, Вологодская область. Победитель Всероссийского конкурса РАМС «Лучший наставник»

Но потом до автоматизма доведешь манипуляцию, и все получается. А другие страхи и переживания на потом надо оставлять. Сначала надо назначения выполнить.

– Какие детки у Вас в отделении, много недоношенных?

– Как открылся Перинатальный центр, глубоко недоношенных стало меньше. Но бывают и после 30 недель, и 27-недельный недавно поступил. Но в основном самые сложные случаи на другой уровень направляют. А до центра были детки и очень малых сроков. Есть у нас и стена с фотографиями, до сих пор общаемся с мамочками, следим за судьбой своих выпускников. Недавно списывалась с мамой двойняшек, родились на 32-й неделе с осложнениями – порок сердца. Хирурги приезжали из Санкт-Петербурга, у нас оперировали. И вот все хорошо, в этом году идут в школу.

– Как проходят Ваши дни? Часто ли поступают новенькие?

– По-разному, день на день не приходится. Иногда не сразу после родов, а уже из палаты – вроде бы все неплохо, родился ребеночек, уже в палату его перевели, и вдруг резкое ухудшение – экстренно переводят в реанимацию.

– Эмоционально Вы переживаете такие экстренные моменты?

– Эмоции отключаем. Есть страх, что не успеем, не пойдем в чем дело. Все нацелены на то, чтобы не упустить ничего. А эмоции, сожаления, сострадание на потом. Мне наших мам как женщин очень жалко. Доктора по-своему го-

ворят, медицинскую часть освещают, а мне по-женски хочется их успокоить. Ведь пройти через болезнь своего ребенка – это очень тяжело. А в моменте экстренной помощи думаю только о том, чтобы в вену попасть, все манипуляции выполнить, все успеть.

– **За то время пока Вы работаете, много изменений произошло в оказании сестринской помощи новорожденным?**

– Целая революция! Когда я пришла, все еще было по старинке: мамы отдельно, новорожденные отдельно. Запеленали, на каталку, к мамам отвезли на кормление, потом вернули. Такой был циклический процесс. А потом Ирина Александровна съездила на учебу по проекту «Мать и дитя» и буквально одним днем совершила переворот. Специалистам в возрасте было очень тяжело адаптироваться, а нам тогда было очень интересно. А потом в палату реанимации стали закупать новое оборудование, инфузоматы, новые расходники, и мы все это с огромным интересом осваивали. Знаете, не только помощь другая стала, даже дети стали другие. Они сейчас ранние, активные.

– **Наталья Николаевна, а как Вы стали наставником?**

– Объяснять другим, как что-то делать, мне всегда нравилось. Девочки даже говорили: Наталья Николаевна, вам учителем надо быть. А потом опыт накопился, все манипуляции я освоила. Эти знания большим трудом достались. Мы все новое кропотливо изучали, ведь до этого простыми иглами работали. Нельзя все это не передать молодым. Мне нравится обучать, находить подход к каждому. И молодые специалисты обращаются, иногда просят просто рядом постоять, посмотреть.

Года два назад в медсанчасти «Северсталь» проводился конкурс наставников, я участвовала, но не выиграла. А вот сама тема наставничества меня тогда сильно заинтересовала. Как правильно обучать, как лучше это делать. Стала много читать на эту тему, разбираться во всех тонкостях.

– **Вы считали, сколько молодых специалистов довелось обучить?**

– Нет, очень много их было. Иногда ведь быстро учеба заканчивается. Не каждый может, не все у нас в итоге остаются. Однажды пришла девочка,

вышла в первую смену и через несколько часов говорит, все, не могу я здесь, ухожу. А вот если человек зацепится сердцем, почувствует, что это «его», тогда уже навсегда. В этой работе и детей любить надо, но что-то должно зацепить. Нас ведь человек пять осталось моего поколения. Мы молча не работаем, все время с детьми говорим, нам от них просто не оторваться.

– **Как у Вас с докторами взаимоотношения строятся, с коллективом?**

– У нас все очень хорошо. Кто из докторов остается, с теми хорошо работаем и понимаем друг друга. В самых сложных ситуациях очень помогает, когда понимаешь, что рядом такие профессионалы. Но молодые доктора тоже не всегда у нас остаются. Работа такая, что все ей надо отдать. Доктора всегда на работе, – если не в отделении, то на учебе, если не на учебе, то на конференции.

Знаете, коллектив – это невероятная сила. Мне очень хочется поблагодарить всех, кто вводил меня в профессию, с кем вместе изучали новые процедуры и разрабатывали алгоритмы, на кого можно было опереться все эти 30 лет работы. Понимаю, что в медицине не бывает побед в «одно лицо». За любым достижением стоит труд десятков и сотен людей. Огромное спасибо моему непосредственному руководству за помощь в подготовке к участию в этом конкурсе: главному врачу БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь» Жукову С.Ю., главной медицинской сестре БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь» Кононовой И.Е., главной акушерке родильного дома Манякиной О.А., старшей медицинской сестре отделения новорожденных Кругловой Л.Н.

– **Конкурс, в котором Вы приняли участие, инициировали Ассоциация медицинских сестер России и Высшая медицинская школа. Когда Вы вступили в Ассоциацию? Что Вас привлекло в членстве?**

– Это было около 10 лет назад. Хочу сказать, что это здорово, что есть такая организация, где могут общаться тысячи медицинских сестер, фельдшеров, акушерок. На платформе ассоциации проводится бесконечное число обучений, вебинаров, семинаров. Всегда есть возможность обсудить волнующие и животрепещущие темы.



– **Наталья Николаевна, Вы давно в профессии и, думаю, сможете ответить еще на один вопрос, как раз из числа животрепещущих. Сейчас стоит задача пересмотра системы аттестации на квалификационную категорию. Хотелось бы узнать Ваше мнение, какой могла бы быть идеальная система?**

– Может я что-то не то скажу. Но знаете, нужно, чтобы человек себя уважал в профессии. Я считаю, что все должно быть ступенчато, но стаж не так важен. Некоторые и 30 лет работают, но не развиваются. А некоторые через 10 лет уже могут все, но продолжают расти. Надо пройти все категории, требования к каждой должны быть серьезные, но если человек заслуженно получил высшую категорию, зачем ее подтверждать? Ведь забыть то, что ты каждый день делаешь, невозможно.

Наставничество – это судьба

Сейчас Наталья Николаевна с благодарностью вспоминает заведующую отделением, которая когда-то настояла

на ее обучении, сама все время училась новому, совершила революционный переворот по проекту «Мать и дитя» – Ирину Александровну, а также всех своих наставников и учителей, которые каждому старались привить любовь и глубокое уважение к профессии.

А недавно наша героиня еще кое-что узнала – нашла трудовую книжку

своего отца с множеством записей, хотя всю жизнь он отработал на одном месте. Оказалось, что все записи – благодарности за наставничество, за рационализаторство.

В конкурсной работе Наталья Николаевна представила методику подготовки медицинских сестер, принятых на работу в отделения новоро-

жденных, которая может использоваться как при индивидуальной, так и при групповой работе. А представленный кейс может послужить примером совершенствования работы наставника, применимым далеко не только при подготовке молодых специалистов ОАРИТ новорожденных.

МЕТОДИКА НАСТАВНИЧЕСТВА

При поступлении молодого специалиста на работу наставник на собеседовании оценивает личностные особенности специалиста, его отношение к этическим нормам, а также проводит тестирование для проверки профессиональных знаний.

В процессе обучения наставник опирается на СОПы, разработанные в медицинской организации, а также действующие нормативно-правовые акты по вопросам организации работы с лекарственными препаратами.

Промежуточные итоги наставничества подводятся на основе оценочного листа знаний и включают:

- решение задач по расчету дозировки и прочтению назначений врача;
- проверку ситуационной задачи с заведомо неправильным ее решением. К задаче прилагаются фотоматериалы для оценки действий медицин-

ской сестры. Молодой специалист должен найти ошибку и устранить.

Основным критерием оценки является правильное выполнение молодым специалистом задания с соблюдением всех правил и инструкций.

Молодой специалист проходит анкетирование, отмечает как свою удовлетворенность работой с наставником, так и личную оценку полученных знаний.

Итоговая оценка усвоенных знаний и навыков проводится на основании чек-листов (например, чек-лист по порядку оказания помощи новорожденному при анафилактическом шоке).

Молодому специалисту также дается практическое задание, которое он выполняет в присутствии наставника. По результатам итоговой оценки наставник делает заключение о готовности молодого специалиста к самостоятельной работе.

Компетентность наставляемого по завершению работы оценивается по пятибалльной шкале. Оценку проводит ответственный за наставничество по медицинской организации. Учитываются:

- отзыв наставника о молодом специалисте;
- готовность к самостоятельному выполнению должностных обязанностей;
- отсутствие жалоб со стороны пациентов;
- отсутствие дисциплинарных взысканий у молодого специалиста за период наставничества;
- мнение коллектива отделения о молодом специалисте;
- лояльность молодого специалиста по отношению к медицинской организации и его готовность продолжить трудовую деятельность в данном отделении.

КЕЙС «ВЕС ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ!»

Цель кейса: обучение молодого специалиста навыкам прочтения назначений врача по дозировкам вводимых лекарственных препаратов и фармакологическому действию препаратов.

Методы и инструменты реализации: индивидуальная работа с молодым специалистом по решению ситуационных задач на основе примеров из медицинских карт; коллективная работа с молодым специалистом в виде лекций при участии в конференции по теме «Особенности работы медицинской сестры с лекарственными препаратами в неонатологии».

Примененная тактика: диагностика затруднений и ошибок, решение практических задач по расчету дозировки лекарственных препаратов новорожденному, тестирование молодого специалиста, отработка

практических навыков под руководством наставника.

Результаты: восстановлены пробелы в знаниях по дисциплине «фармакология», отработаны практические навыки набора лекарственных препаратов на основе назначений врача. Закреплены знания молодого специалиста по фармакологическому действию препаратов. Определена готовность молодого специалиста к самостоятельной работе.

Случай из практики наставника

Работа в неонатологии обязывает иметь дополнительные теоретические знания и, безусловно, определенные практические навыки. Она предполагает внимательность, точность, собранность и терпение. В лечении новорожденных используют практически все

известные способы введения лекарственных средств. Это и внутривенное, и внутримышечное введение, сублингвальное и эндотрахеальное, пероральное и ректальное, подкожное, ингаляционное, местное и интраназальное. У новорожденных используют также те способы введения лекарств, которые применимы только в этот период онтогенеза – введение лекарственных средств в сосуды пуповины.

Огромное значение имеют и дозы лекарственных средств, назначаемые врачами. Выполняя назначения, следует быть предельно внимательными. Дозировка препарата может составлять не только миллилитры, а и десятые части миллилитра, порой даже сотые.

Занимаясь наставничеством, я всегда уделяю большое внимание обуче-

нию правильному прочтению врачебных назначений и набору лекарственных препаратов. Почему я так подробно описываю необходимость заострять внимание обучаемых на этой теме? Вот об этом я и хочу рассказать.

Мне довелось быть наставником молодой медицинской сестры, пришедшей к нам в отделение после окончания медицинского колледжа. Обучение проходило по плану, разбирали много тем, много практиковались. Работали мы в одной смене, что, несомненно, делало наставничество более комфортным и доступным. Прошло достаточно времени. Она стала работать самостоятельно, но я продолжала ее курировать.

В одну из ночных смен врач дал ей назначение для ребенка. Это была постановка капельной системы. В состав инфузии входил раствор магния сульфата в дозировке 1,5 мл. На мой вопрос: «Ты справишься? Или тебе помочь?», она ответила, что, конечно, справится и помощи не нужно. Я продолжила заниматься делами на своем медицинском посту. Но недаром говорят: «Ребенку бог постельку стелет». Не понимаю, какое чувство повело меня в процедурный кабинет. Медицинская сестра набирала лекарственные препараты для капельницы, ничего необычного. Но количество вскрытых ампул на столе в процедурном кабинете резало глаз, – их было очень много.

Я спросила: «Таня, а что такое ты набираешь?» Она ответила: «Капельницу. Все по листу назначений». Я в ужасе говорю: «А почему так много ампул? Про-

читай мне назначение врача, пожалуйста». Она открывает историю развития новорожденного и читает: «Так, 1,5 ампулы магнeзии и 20 ампул глюкозы». А в назначениях у врача было указано всего лишь 1,5 мл магния сульфата и 20,0 мл глюкозы! Медицинская сестра, не разобравшись в почерке врача, не поняла, в каких единицах назначены лекарственные препараты для капельницы, и почему-то решила, что их количество измеряется в ампулах. Приготовленный ею раствор превышал назначенную дозировку в 100 раз!

Оправившись от шока, мы набрали лекарственные препараты для инфузии повторно и правильно выполнили назначение врача. Страшно представить, что могло бы произойти, если бы ребенку прокапали данный раствор. Случилось бы непоправимое...

Для меня набор лекарственных препаратов был обычным делом, поэтому я не заострила на этом внимание и даже не могла подумать, что у молодого специалиста возникнут такие трудности. Обучение проходило по типовому плану, мы разбирали много тем и клинических случаев, решали ситуационные задачи и разбирали реанимацию новорожденных, осваивали пункцию вен и внутримышечные инъекции, учились разводить смесь и проводить фототерапию, но мне даже в голову не пришло, что медицинская сестра может таким образом прочесть назначение врача.

Не знаю, для кого был большим опытом этот случай, на основании кото-

рого мною были сделаны соответствующие выводы.

Выводы

1. Всем молодым специалистам проводить первичное тестирование по вопросам расчета дозы лекарственных препаратов с учетом веса новорожденных для определения «белых пятен» – пробелов в знаниях.

2. В индивидуальный план обучения каждого молодого специалиста обязательно включить раздел о правилах дозировки новорожденным и фармакологическому действию лекарственных препаратов.

3. Наставнику не стоит полагаться на уверенность молодого специалиста в своих действиях, даже тогда, когда он не просит о помощи и думает, что все выполнит правильно. В этом случае применять последовательно методики:

- Я покажу, ты посмотри;
- Я сделаю, ты повтори;
- Сделаем вместе;
- Сделай сам, я подскажу.

4. Оценку знаний молодого специалиста проводить на основе анализа ошибок, в том числе выполненных молодым специалистом в процессе обучения.

5. Наставнику процесс обучения приносит не менее необходимый опыт, чем его обучаемому. Это позволяет наставнику стать более «гибким». Подходить индивидуально к каждому молодому специалисту.

Алгоритм



ДОМ, КОТОРЫЙ ПОСТРОИЛ ТЫ

АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ УЧАСТВУЕТ В ОБСУЖДЕНИИ ПРОЕКТА ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ БЕЗ ОПРЕДЕЛЕННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА



**Валерий Валерьевич
САМОЙЛЕНКО**

Исполнительный директор Ассоциации
медицинских сестер России

В январе 2024 года Президент России Владимир Путин поручил Правительству изучить тюменский опыт помощи бездомным людям. В рамках этого поручения в Тюмени прошла конференция, где собрались люди, которые занимаются проблемой медицинской, социальной, духовной и общечеловеческой помощи бездомным не один год.

Масштабы проблемы

Точного количества бездомных в стране не знает никто, но по одной из последних оценок в Петербурге их более 65 000, то есть с учетом численности населения Санкт-Петербурга, бездомных – 1% (а, наверное, больше). Получается, что в масштабах страны таких людей около 1,5 миллионов. И это далеко не всегда опустившиеся, дурнопахнущие люди, которых мы с вами видим около подвалов и теплотрасс. Многие люди, потерявшие дом, ничем не отличаются от нас, так же одеваются, подстрижены, работают... Но у них нет дома. А иногда и прописки. А иногда и документов... Хотя, справедливости

ради, да, значительная доля бездомных – люди с опытом тюремного заключения, потерявшие документы, злоупотребляющие алкоголем... Но это люди.

В рамках сегодняшнего законодательства бездомные, не имеющие документов и прописки, не имеют права на медицинскую помощь, кроме экстренной и очень ограниченно госпитальной. Они не могут прийти к терапевту, гинекологу, стоматологу. Наряду с очевидными для нас педикулезом и гнойными ранами, они, так же как и благополучные граждане, страдают диабетом и язвенной болезнью, переносят инфаркты и инсульты, страдают онкологическими и психическими заболеваниями. Но помощи нет.

И мы должны ответить на один из самых острых этических вопросов современности: как общество относится к тому, что миллион его граждан остались без базовой медицинской помощи. Отвернувшись, мы утратим право называться гуманным обществом, а, признав проблему, будем вынуждены вынести вердикт о том, что современная модель здравоохранения не готова.

Почему Тюмень? Потому что это единственный регион России, где помощь бездомным людям под контролем региональной власти, где поликлиники принимают бездомных на приеме, где на лекарственные препараты выделяется пусть недостаточная пока, но значительная и растущая год от года сумма. Где в содружестве между органами государственной власти и сильными НКО сформирована работающая модель, в которой каждый человек даже совсем без документов может получить

помощь от поликлинического приема до паллиативного ухода. Где для желающих вернуться к нормальной жизни сформирована понятная возможность, но и остающиеся на улице всегда уверены, что им есть к кому обратиться...

Конференция в рамках исполнения поручения Президента РФ была организована Международной благотворительной организацией «Справедливая помощь доктора Лизы», чей руководитель, замечательный врач (и добрый друг РАМС – с ней мы проводили самые первые вебинары в далеком 2018 году) Ольга Юрьевна Демичева возглавляет Рабочую группу по здравоохранению и народосбережению Совета по правам человека и развитию гражданского общества при Президенте России. Конференция называется «Дом, который построил ты».

В работе конференции приняли участие статс-секретарь, заместитель Министра здравоохранения Олег Салагай, главный государственный санитарный врач по Тюменской области Галина Шаруха и директор Департамента социального развития Тюменской области Дмитрий Грамотин, другие ключевые фигуры государственной власти региона.

Тон профессионального обсуждения задавала блестящая пара единомышленников – Лариса Коновалова, начальник управления организации медицинской помощи региона и Андрей Якунин, директор центра «Милосердие» – по сути идеологи и авторы представленной модели.

К обсуждению подключились эксперты и специалисты медицинских и благотворительных организаций из Казани, Уфы, Москвы, Санкт-Петер-



бурга, Новосибирска и Хабаровска. Но безусловным лидером, конечно, была команда Тюмени: социальные патрули и негосударственные больницы, центры временного размещения и приюты, волонтеры юристы и волонтеры, которые кормят, психологи, парикмахеры, священники.

Медицинские сестры участвуют?

Приглашение РАМС на конференцию, имеющую шанс стать стартовой в большом деле, очевидно оправдано. Помимо того, что значительная часть медицинской помощи, в том числе тем, кому нужна помощь не была оказана ранее, лежит в сфере сестринского ухода; будем честными, построение но-

так, чтобы наше мнение о возможности реализации проекта, о необходимых решениях, уровне подготовке, обязательных социальных гарантиях для работников, которые в перспективе будут оказывать помощь, было услышано на самом начальном этапе. Чтобы сам проект создавался с учетом нашего мнения, опыта и профессиональных знаний.

В завершение конференции перед участниками выступили люди, которые смогли разорвать порочный круг. Один из них имел 20-летний стаж употребления наркотиков, другой – более 20 лет прожил на Казанском вокзале Москвы, третий – потерял руку на фоне употребления алкоголя. Сегодня все они – успешные

с того света (в медицинском, социальном и человеческом плане) тех, от кого уже отказались все.

В Центре работают люди, когда-то опустившиеся на дно, а теперь вернувшиеся к настоящей полноценной жизни. Повар Валера пил с 14 лет, почти 30 лет не работал, более 20 лет бродяжничал, но теперь он уже более 4 лет не пьет и готовит для центра. И таких здесь много.

Вдумайтесь – ни один бездомный в Тюменской области не выписывается «на улицу», информация о каждом передается в центр «Милосердие», каждого встречают. Каждый может рассчитывать на лечение, еду, одежду и проживание, даже на модельную стрижку (от девушек-волонтеров) так долго, как это будет необходимо (без всяких «стандартов» и «законченных случаев»). Но и это еще не все. Потому что в Тюмени:

- поликлиники по договору с регионом (и, соответственно, с финансированием) принимают бездомных для амбулаторного лечения и назначения препаратов;
- регион выделяет деньги для закупки необходимых по рецептам врачей медикаментов;
- тот, кто готов вернуться к полноценной жизни, после реабилитации может поехать в деревни, созданные центром в соседней Курганской области, получить жилье, работу и новую жизнь.

У этого чуда есть создатель, его зовут Андрей Якунин, именно с ним мы беседуем на одной из фотографий. Открытый, улыбчивый, честный, сильный... Ему тоже говорили «невозможно» – он не поверил.

Это сделано уже сегодня.

Сотни и тысячи людей получили поддержку за 7 лет. Их не бросили. Но сотни тысяч людей такой поддержки лишены.

Каждый из нас думает, что его такая беда никогда не коснется: мы уверены, самодостаточны и твердо стоим на ногах. Впрочем, также думали сотни людей, единственное жилье которых было уничтожено или приведено в полную негодность минувшими паводками. И это только один, самый последний пример.



«У меня от нашей конференции появилось оптимистическое настроение, что лед, наконец, тронулся. Но мы должны понимать, что ключевую роль в процессе медицинского сопровождения наших непростых пациентов будут играть именно медицинские сестры. Там, где более всего требуется милосердие, забота, уход, надежда на вас, дорогие коллеги!»

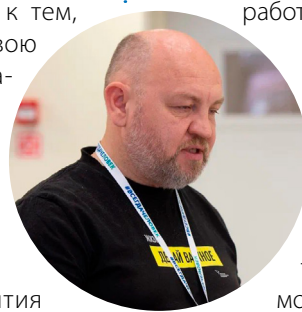
О.Ю. Дёмичева

вой системы здравоохранения не обойдется без специалистов со средним образованием (как и любой большой проект). Если оказание стационарной помощи более-менее понятно, и вскоре первая больница для бездомных откроется в Москве, то оказание амбулаторной помощи (а это основа) – пока вопрос спорный. В действующую модель амбулаторной помощи вписать новую категорию пациентов не получится по эпидемиологическим, социальным и иным причинам. Для РАМС очень важно, что в новом проекте эксперты Ассоциации были приглашены в самом начале пути

люди, реализовавшиеся в профессиональном и человеческом плане, сохранившие благодарность к тем, кто им помог, и теперь, в свою очередь, помогающие благотворительным организациям.

Тюменский опыт глазами очевидцев

Второй день мероприятия прошел вне конференц-зала. Нам удалось познакомиться с уникальным в масштабах страны центром для бездомных. Центр – это три подразделения, одно из них для женщин в сложной ситуации, в том числе с детьми (а сложные ситуации это и «сгорел дом», и «сбежала от мужа», и многое другое). Центр объединил силы региональной государственной власти, русской православной церкви, благотворителей, волонтеров... получил медицинскую лицензию. В составе Центра 160 коек, и здесь вытаскивают



Одна из обсуждаемых мер – создание в городах фельдшерских пунктов, связанных с поликлиниками, но территориально обособленных от них.

Тактика работы медицинской сестры с пациентами, страдающими депрессивными расстройствами



Татьяна Валериевна ЮРЧУК

Участковая медицинская сестра ПДО
ГБУЗ МО «ПБ им. Т.Б. Дмитриевой»



Депрессивное расстройство, также называемое депрессией, является распространенным нарушением психического здоровья. Оно характеризуется длительными периодами подавленного настроения либо утраты интереса к привычной деятельности или способности получать от нее удовольствие.

Перепады настроения и эмоций, вызванные депрессивным состоянием, негативно влияют на все сферы жизни человека, в связи с чем могут возникать проблемы в учебе, на работе, конфликты с окружающими нас людьми.

Депрессии подвержен любой человек. Чаще всего она развивается в социально неблагополучных семьях, где присутствует насилие, безнравственное (аморальное) поведение кого-то из членов семьи. Потеря близких людей, часто повторяющиеся стрессовые ситуации в нашей повседневной жизни также приводят к нарушениям психического здоровья.

Как проявляется депрессия? Она может выражаться в отсутствии интереса к происходящему, подавленности, упадке сил, проблемах со сном, питанием и вниманием и, самое опасное, в мыслях о самоубийстве.

Несмотря на наличие проверенных и эффективных методов лечения психических расстройств депрессивного характера, более 75 % людей в странах с низким и средним уровнем дохода не получают квалифицированной медицинской помощи. Нельзя самостоятельно пройти новомодный тест и по-

ставить себе диагноз, так как только специалист может определить расстройство и степень его тяжести, правильно подобрать лечение. Поэтому так важно обратиться на прием к врачу-психиатру.

Диагностика депрессии. При сборе анамнеза заболевания на приеме у врача-психиатра выясняется, что первоначально пациенты обращаются к врачам общей практики, при этом ссылаясь только на соматические жалобы, характерные для вегетативных расстройств. Нередко это приводит к неверной постановке диагноза, в связи с чем депрессивное состояние может прогрессировать и усугубляться.

Предполагать присутствие признаков депрессии у человека во врачебной практике помогает психологическая диагностика. Для этого пациенту предлагают пройти обследование у психолога. При таком исследовании специалисты применяют специальные шкалы и опросники, с помощью которых выявляется не только само заболевание, но и происходит оценка степени его выраженности, определяется вид депрессии. Такие методы также позволяют контролировать сам процесс лечения. К ним относятся: шкала Гамильтона, Монтгомери-Асберга, Раскина, опросники В.М. Бехтерева и Аарона Т. Бека.

Время (длительность) пребывания человека в депрессивном состоянии влияет на сроки лечения заболевания,

а позднее обращение способствует длительному приему поддерживающей терапии в амбулаторных условиях. Лечение депрессии предполагает применение комплексного подхода, что способствует достижению устойчивого и эффективного результата, поэтому чаще всего при затяжных депрессиях мы рекомендуем пациенту пройти стационарное лечение в специализированных клиниках, так называемых отделениях неврозов. Преимущества стационарного лечения заключаются в правильном подборе лекарственных средств и их дозировок, в использовании широкого спектра таких методов лечения, как психотерапия, инструментальная терапия, физиотерапевтические процедуры и психообразовательная работа с пациентами.

Помощь со стороны медицинской сестры может потребоваться, когда одним из факторов стресса для пациента становятся его близкие люди. В таких ситуациях медицинская сестра может провести просветительскую, **психообразовательную работу с родственниками пациента**, что поможет родным и близким лучше сориентироваться в данной ситуации, выработать правильные способы поведения и реагирования на те или иные проблемы, особенности поведения близкого человека, страдающего депрессией. Профилактические же беседы с самим пациентом способствуют приобретению им навыков самопомощи при изменении состояния, научат его отслеживать



нежелательные эмоциональные проявления и противостоять им.

Характеризуя тактику среднего медицинского персонала в работе с пациентами, страдающими психическими расстройствами поведения и эмоций, можно выделить некоторые составляющие.

Например, медицинскому сотруднику нужно уметь выстраивать доверительные отношения с пациентом, расположить его к откровенному разговору с врачом.

Следует исключить возможные раздражающие факторы на приеме: ограничить доступ других сотрудников в кабинет, не создавать лишнего шума, без надобности не вступать в диалог во время беседы врача и больного – создать комфортную обстановку, кото-

рая будет способствовать вниманию, а значит, правильной диагностике со стороны специалиста.

За пределами рабочего кабинета медицинской сестре не следует давать какие-либо советы пациенту, высказывать свое пренебрежение к его проблемам, такими фразами, как «возьмите себя в руки», «не гневите Бога, у Вас и так все хорошо».

Будет правильным предложить пациенту обсудить все непонятные моменты с лечащим врачом в рамках приема.

Таким образом, к качествам профессионального поведения участковой медицинской сестры можно отнести: тактичность, терпимость, психическую устойчивость. Врач лечит таблетками, а медицинская сестра словами, участием, добротой и терпением. Это то, что люди все меньше получают в общении сегодня. Поэтому так важны и необходимы эти качества в процессе лечения подобных состояний со стороны медицинского персонала. Этика и деонтология являются не только частью лечебного процесса, они позволяют также создать необходимые условия для

всего комплекса современной медицинской помощи.

Повысить свой уровень квалификации, приобрести умение «правильно» себя вести с пациентами, страдающими психическими расстройствами, можно на специализированных курсах, программах повышения квалификации. Поэтому, когда руководство больницы предлагает вам посетить подобные мероприятия, по возможности не отказывайтесь от участия в них, относитесь к обучению серьезно, со всей ответственностью.

Главное для медицинской сестры любить свою работу, принимать участие в выздоровлении конкретного человека, испытывать желание помочь ему. В ответ за заботу мы получаем слова благодарности от людей, их светлые лица и улыбки при встрече в коридоре поликлиники или в кабинете на приеме. Этот взгляд доверия, искренней благодарности не сравнить ни с чем, он дорогого стоит, поверьте. И тогда домой идти легче, и часы рутинной работы меркнут, и понимаешь, что ты горда собой, что ты отработала «на пять!».

Роль фельдшера во внедрении новых технологий по лечению пациентов с ОРВИ



Марина Андреевна КОЛЕСНИКОВА

Фельдшер амбулаторного центра
ГБ № 3, член Молодежного совета
Омской профессиональной
сестринской ассоциации, г. Омск

В соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением, меняются функции и организационные формы деятельности сестринского персонала. Укреплению роли специалистов сестринского звена в здравоохранении способствует внедрение в профессио-

нальную деятельность инновационных технологий лечения, диагностики и ухода. Внедрение инновационных технологий – это практика, опирающаяся на объективные данные о наиболее эффективных путях решения проблем пациентов.

Острая респираторная вирусная инфекция является наиболее распространенным инфекционным заболеванием. В среднем взрослый человек переносит ОРВИ от 2 до 4 раз в год. Становится все более актуальной проблема высокой устойчивости микроорганизмов к противовирусным препаратам, что приводит к снижению трудоспособности населения. Нередко течение ОРВИ осложняется, особенно у пациентов с коморбидной патологией. Учитывая широкую распространенность респираторных инфекций и высокий риск осложнений,

актуальным направлением в медицине остается оптимизация существующих и разработка новых эффективных средств и схем их применения с использованием инновационных технологий, а также внедрение этих средств и схем в клиническую практику.

Современная медицина не стоит на месте. Каждый день открываются новые подходы в лечении и диагностике различных заболеваний. С целью сокращения общей продолжительности течения ОРВИ, уменьшения риска развития осложнений, мне, как фельдшеру, было интересно принять участие в открытом сравнительном исследовании эффективности и безопасности применения противовирусных препаратов в комплексной терапии острого назофарингита у взрослых.

Решение о проведении исследования было принято обществом с ограниченной ответственностью «ФЕРОН» (ООО «ФЕРОН») по согласованию с главным врачом «Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Городская больница № 3».

Проведение данного научного исследования было одобрено Независимым этическим комитетом «БиоЭТИКА».

Структура и документация исследования соответствуют нормативно-правовым документам Российской Федерации.

Пациент подписывает информированное добровольное согласие на участие в исследовании в соответствии с Законом РФ № 152-ФЗ «О персональных данных» и «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Цель – изучение эффективности и безопасности применения препарата рекомбинантного человеческого ИФН альфа-2b (суппозитории ректальные) в комплексной терапии острого назофарингита средней тяжести у взрослых пациентов.

Задача – изучение эффективности комплексной терапии препаратом ИФН альфа-2b и безопасности его применения по сравнению с препаратом Умифеновир.

Данный интерес к изучению применения противовирусных препаратов возник на фоне опыта моей работы в амбулаторном центре COVID-19 в период пандемии. В то время эта вспышка заболевания была для всех новой, не изученной, никто не понимал, как и чем лечить, препараты и вакцины разрабатывались параллельно. В наш амбулаторный центр обращались больше 100 человек за смену. Остро не хватало врачей. И тут наша помощь, помощь фельдшера, на которого были возложены функции врача, была как никогда кстати. Мне было важно изучить более подробно действие лекарственного препарата на практике, чтобы в будущем установить такую схему лечения противовирусными препаратами, которая бы в кратчайшие сроки помогла пациентам выздоравливать и, самое главное, была бы безопасной. Для этого мы набрали пациентов и распределили их на 3 группы.

Группа 1 (стандартная терапия) – симптоматическая терапия и терапия препаратом ИФН альфа-2b, суппозитории ректальные 500000 МЕ (2 раза в сутки каждые 12 часов в течение 5 суток).

Группа 2 (модифицированная терапия) – симптоматическая терапия и терапия препаратом ИФН альфа-2b, суппозитории ректальные 3000000 МЕ (2 раза в сутки каждые 12 часов в течение 5 суток; затем 1 раз в сутки в течение 5 суток; общая продолжительность терапии – 10 суток).

Группа 3 (контрольная) – симптоматическая терапия и терапия препаратом с МНН: Умифеновир 200 мг 4 раза в сутки каждые 6 часов в течение 5 суток.

Распределение пациентов по группам осуществлялось случайным образом. В данном исследовании участвовало 249 пациентов, в каждой группе по 83 человека. Пациентам были выданы противовирусные лекарственные препараты.

Отбор пациентов осуществлялся по определенным критериям.

Критерии включения пациента:

- амбулаторные пациенты обоих полов в возрасте от 18 до 55 лет включительно;
- отсутствие COVID-19 и вируса гриппа А, В по результатам экспресс-теста;
- подтвержденный диагноз острый назофарингит среднетяжелого течения по данным осмотра врача;
- начало проявления симптомов острого назофарингита не позднее 36 часов до включения в программу исследования;
- повышение температуры тела пациента не позднее 24 часов до включения в программу исследования;
- максимальная зафиксированная за период заболевания температура тела выше 38,5;
- наличие как минимум одного респираторного симптома (заложенность носа, насморк, кашель, боль в горле);
- присутствие одного симптома гастроинтестинального расстройства (боль в животе, тошнота, рвота, диарея);
- наличие одного симптома, составляющего синдром интоксикации (боль в мышцах, головные боли, слабость, отсутствие аппетита, озноб, потливость);

– согласие пациента на использование надежных методов контрацепции на протяжении участия в программе и в течение 3 недель после окончания исследования;

– подписанное и датированное информированное согласие пациента на участие в программе;

– согласие на выполнение условий и требований исследования.

Критерии не включения:

- наличие любых декомпенсированных хронических заболеваний;
- легкое или тяжелое течение острого назофарингита;
- острые состояния, способные существенно повлиять на результат программы;
- повышенная чувствительность к компонентам применяемых препаратов;
- ВИЧ-инфекция, прием иммунодепрессантов, сифилис, гепатит В и С;
- применение иммуностимуляторов/иммуномодуляторов, противовирусных препаратов за 14 дней до включения в программу;
- хроническая почечная или печеночная недостаточность;
- подозрение на COVID-19;
- клиническое подозрение на бактериальную инфекцию;
- вакцинация меньше чем за 90 дней от начала участия в программе;
- беременность или период грудного вскармливания, несогласие соблюдать контрацепцию во время всего периода прохождения исследования;
- наркомания, алкоголизм в анамнезе;
- одновременное или ранее за три месяца участие в другой программе;
- нежелание пациента четко соблюдать назначение врача;
- прочие условия, которые, по мнению исследователя, препятствуют включению пациента в программу.

Пациенты проходили обследования, которые включали в себя ПЦР СКРИН на вирусные инфекции (РНК респираторно-синцитиального вируса, РНК метапневмовируса, РНК парагриппа типов 1,2,3,4, РНК коронавируса, РНК риновирусов, ДНК аденовирусов групп В, С, Е, ДНК бокавируса), COVID-19 и грипп А и В, общий клини-



Интегрированная система менеджмента сертифицирована на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001:2015, ГОСТ Р ИСО 15189:2015, ГОСТ Р ИСО 14001:2016, ГОСТ Р ИСО/МЭК 27001:2006, OHSAS 18001:2007, SAI SA 8000:2014

№ направления: 1024264987 Дата: 04.05.2023
ЛПУ:

Фамилия:

Имя:

Отделение:
Врач: Колесникова
Адрес пациента:

Дата рождения:

Пол: Мужской

Дата взятия образца: 04.05.2023 11:48
Дата поступления в лабораторию: 04.05.2023 11:57
Дата поступления
в лабораторию выполнения: 05.05.2023 17:39

Наименование исследования	Результат	Ед.изм.	Нормальные значения
МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕТОДОМ ПЦР			
Биоматериал: Мазок из ротоглотки (ПЦР)			
РНК респираторносинцитиального вируса	не обнаружено		не обнаружено
РНК метатемновируса	не обнаружено		не обнаружено
РНК парагриппа (типов 1, 2, 3 и 4)	не обнаружено		не обнаружено
РНК коронавируса	ОБНАРУЖЕНО (!)		не обнаружено
РНК риновирусов	не обнаружено		не обнаружено
ДНК аденовирусов (групп В, С и Е)	не обнаружено		не обнаружено
ДНК бокавируса	не обнаружено		не обнаружено

Фото 1

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА

Инициалы пациента, дата рождения

ОТКРЫТОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ИНФ альфа-2b, СУППОЗИТОРИИ РЕКТАЛЬНЫЕ, В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО НАЗОФАРИНГИТА У ВЗРОСЛЫХ

Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Дата открытия больничного листа	Дата закрытия больничного листа

Группа терапии (заполняет врач)

группа 1 (стандартная) – симптоматическая терапия и препарат ИНФ альфа-2b, суппозитории ректальные 500 000 МЕ 2 раза в день, каждые 12 часов, в течение 5 дней.	
группа 2 (модифицированная) – симптоматическая терапия и препарат ИНФ альфа-2b, суппозитории ректальные 3 000 000 МЕ 2 раза в день, каждые 12 часов, в течение 5 дней, затем 3 000 000 МЕ 1 раз в день, в течение 5 дней. Общая продолжительность терапии составит 10 дней.	
группа 3 (контрольная) – симптоматическая терапия и препарат умифеновир 200 мг 4 раза в день, каждые 6 часов, в течение 5 дней.	

Уважаемый пациент!

Перед Вами ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА, который нужно вести в течение 10 дней Вашего участия в исследовании ежедневно утром и вечером, начиная с первого дня, когда Вы приняли первую дозу исследуемого препарата.
Лечащий врач, который проводит это исследование, подробно объяснит Вам, как заполнять этот дневник, в соответствии с приложенной ниже инструкцией.

Фото 2

ческий и биохимический анализы крови в первый день визита, а также спустя 5–7 дней при повторном приеме. Экспресс-тесты на грипп А, В и COVID-19 я проводила непосредственно на рабочем месте, ПЦР СКРИН на другие вирусные инфекции мы направляли на исследование в стороннюю лабораторию, общий и биохимический анализы крови исследовались в клинической лаборатории БУЗОО «ГБ № 3» (фото 1).

Пациентам также были выданы дневники наблюдения, которые ими велись ежедневно, оценивая тяжесть симптомов по бальной системе. На 5–7-е дни пациенты приглашались на повторный очный прием, где мы оценивали общее состояние, результаты анализов и обследований (фото 2).

По результатам данного исследования ожидается: сокращение общей продолжительности болезни на фоне

изменения дозы и режима применения противовирусного препарата и уменьшение риска развития осложнений.

Помимо применения этиотропной терапии, важно применять и симптоматическое лечение, ведь комплексное применение лекарственных препаратов значительно повышает качество жизни, снижает тяжесть клинических симптомов, риск развития осложнений. В качестве симптоматической терапии мной использовались жаропонижающие, отхаркивающие и противокашлевые препараты, интраназальные препараты и препараты для местной обработки слизистой ротоглотки.

Важную роль в моей работе играет не только консультирование пациентов на очном приеме, но и контроль состояния их здоровья с помощью телемедицинских

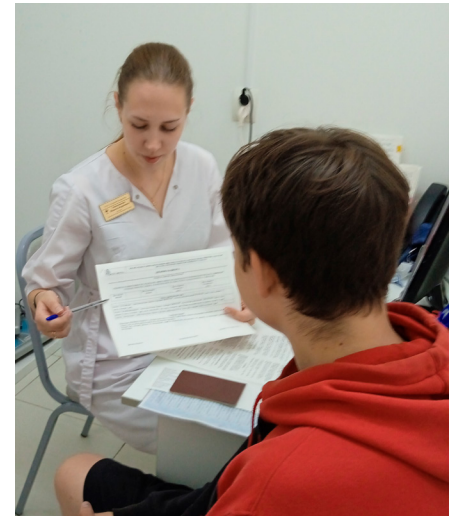


Фото 3



Фото 4

технологий. Общение с пациентами я проводила ежедневно при помощи аудио- и видеомониторинга, что позволяло мне оказать помощь на расстоянии, заподозрить симптомы осложнения течения ОРВИ. Использование в работе программ АРМ врача и РТ МИС позволяло мне на рабочем месте ознакомиться с результатами обследования пациентов, консультациями врачей иных специальностей, установленные ранее острые и хронические диагнозы. Представленную информацию я использовала для обобщения и уточнения данных о состоянии здоровья пациента, получения необходимого материала для уточнения диагноза, определения прогноза и тактики обследования и лечения (фото 3, 4).

После общения с пациентом заполняла индивидуальную регистрационную карту. Это помогало мне

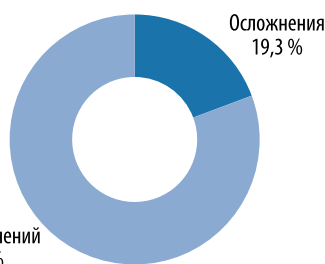


Рис. 1. Частота осложнений острого назофарингита в 1 группе (83 пациента) составило 16 случаев (19,3 %)

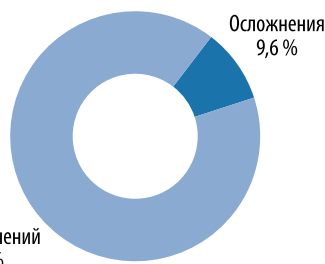


Рис. 2. Частота осложнений острого назофарингита во 2 группе (83 пациента) – 8 (9,6 %)

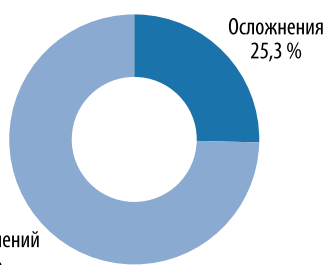


Рис. 3. Частота осложнений острого назофарингита в третьей группе (83 пациента) – 21 (25,3 %)

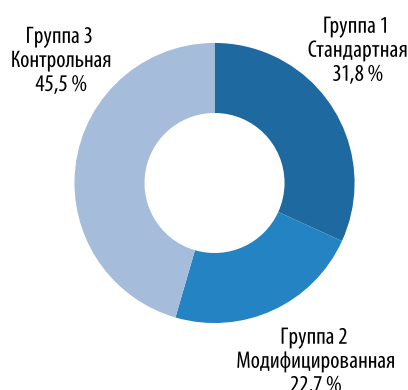


Рис. 4

контролировать в динамике самочувствие пациента, оценить в балльной системе каждый симптом болезни, а также корректировать дозы препаратов, кратность применения и назначение новых лекарств (фото 5).

Вывод: по результатам исследования было установлено, что во 2 группе, где применялась модифицированная терапия, разрешение всех симптомов

ФИО пациента											
Дата включения в исследование		03.05.2023		Группа терапии [1-стандартная; 2-модифицированная; 3-контрольная]			1-стандартная				
Скрининг. Визит 0.											
Дата визита [день, месяц, год полностью]		03.05.2023									
Демографические данные											
Дата рождения [день, месяц, год полностью]		Полных лет		33	Пол [М или Ж]		М	Рост, см	180	Вес, кг	62
Принем препарата											
Дата приема первой дозы препарата		03.05.2023		Время приема первой дозы препарата					23:00		
Анамнез заболевания											
Контакт с больным +/-		Нет		Переохлаждение +/-					Нет		
Дата появления первых симптомов заболевания [день, месяц, год полностью]		03.05.2023		Время появления первого симптома заболевания					00:00		
Анамнез жизни и другие данные											
Сопутствующие заболевания [Да/Нет]		Да		Краткий перечень сопутствующих заболеваний: 1. Гастрит 2. Место для ввода текста. 3. Место для ввода текста. *При наличии заполнить соответствующую форму на стр.11							
Аллергоанамнез отягощен [Да/Нет]		Нет		1. Наблюдалось ли у пациента аллергические реакции на пищевые продукты, бытовые аллергены, пыльца? [Да/Нет]					Нет		
				2. Наблюдалась ли у пациента непереносимость каких-либо лекарственных препаратов? [Да/Нет]					Нет		
				*При наличии заполнить соответствующую форму на стр.10							
Принимал ли пациент лекарственные препараты [Да/Нет]		Нет		Краткий перечень принятых лекарственных препаратов: 1. Место для ввода текста. 2. Место для ввода текста. 3. Место для ввода текста. *При наличии заполнить соответствующую форму на стр.12							
Анамнез жизни отягощен [Да/Нет]		Нет		Наркомания, алкоголизм?					Нет		
				Наличие психических расстройств?					Нет		
Вакцинация гриппа [Да* /Нет]		Нет		Место для ввода текста.		Дата вакцинации Место для ввода даты. Дата вакцинации Место для ввода даты.					

Фото 5

Таблица 1

Группа	Длительность терапии до разрешения всех симптомов назофарингита				
	3 день	4 день	5 день	7 день	10 день
1 Стандартная	2 чел.	66 чел.	15 чел.	0	0
2 Модифицированная	66 чел.	5 чел.	3 чел.	7 чел.	2 чел.
3 Контрольная	20 чел.	5 чел.	58 чел.	0	0

назофарингита наступает значительно раньше.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что во 2 группе частота осложнений острого назофарингита значительно ниже.

Время нетрудоспособности пациентов (в днях) по листку нетрудоспособности составляло в 1 группе – 7 дней (31,8%), во 2 группе – 5 дней (22,7%), в 3 группе – 10 дней (45,5%). Во 2 группе время нетрудоспособности пациентов (в днях) по листку нетрудоспособности значительно короче.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что на фоне приема препарата ИФН альфа-2b 3000000 ME суппозитории ректальные (группа 2) значительно раньше наступает улучшение самочувствия пациентов, отмечается низкая частота осложнений, значительно уменьшается время нетрудоспособности пациентов.

Набор пациентов проводился в течение 2 месяцев, все пациенты выполняли рекомендации по лечению, соответствовали критериям включения, 1 пациент был исключен из исследования ввиду нежелательного явления от применения препарата. Исследование пациентов методом ПЦР скрин ОРВИ выя-

вил следующих возбудителей: РНК парагриппа (1 человек), РНК коронавируса (1 человек), РНК риновирусов (4 человека). ДНК аденовирусов (2 человека). РНК респираторно-синцитиального вируса, РНК метапневмовируса и ДНК боксавируса выявлено не было. У остальных исследуемых данных возбудителей не было обнаружено.

Проведение исследования поддерживает профессиональную деятельность и инновационную практику в лечении пациентов с ОРВИ. Применение ее в ежедневной практической деятельности фельдшера обеспечивает безопасность лечения пациентов, позволяет быстро и качественно реализовать лечебно-диагностический процесс.

Совершенствование профессиональных навыков, расширение функциональных полномочий сестринского персонала даст значительный толчок в преобразовании системы здравоохранения в будущем.

Чтобы стать успешным специалистом, нужно заниматься любимым делом. Любить свое дело – значит понимать то, как сделать благо для пациента. Ведь самая главная заповедь для каждого медицинского работника: «Не навреди!»



НА СТРАЖЕ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ



Ирина Николаевна ЧЕРНАЯ
Старшая медицинская сестра
отделения профилактики
Городской больницы № 3,
член специализированной секции
ОПСА «Сестринское дело в первичном
здравоохранении»

В России 2024 год официально объявлен Годом семьи. Ключевыми задачами года являются создание условий для рождения детей в молодых семьях и укрепление репродуктивного здоровья населения. Проблема длительного отсутствия детей беспокоит многие семейные пары, а причиной не всегда становятся женские заболевания. Репродуктивное здоровье мужчины – немаловажный аспект физического, умственного и социального благополучия, иными словами, это отсутствие заболеваний, которые влияют на деторождение, гармоничное душевное состояние и возможность самостоятельно решать, когда и сколько иметь детей.

По данным статистики, частота выявления мужских болезней в послед-

нее десятилетие увеличивается. Ухудшение мужского здоровья объясняется многими причинами, среди которых неблагоприятные условия жизни, хронические стрессы, снижение иммунитета, несбалансированное питание, гиподинамия. Большое значение для мужского здоровья имеют также несоблюдение личной и сексуальной гигиены, беспорядочные сексуальные связи, нерегулярная половая жизнь, самолечение.

В Городской больнице № 3 г. Омска организована работа мужского смотрового кабинета, задача которого профилактика, раннее выявление различных патологий мужской половой сферы и дальнейшее направление пациентов к специалистам по профилю заболевания, раннее выявление опухо-

левых и предопухолевых заболеваний визуальных локализаций (наружные половые органы, грудная железа, щитовидная железа, прямая кишка, губы, органы полости рта, кожные покровы, периферические лимфатические узлы), возможность решить деликатные вопросы, предупредить развитие серьезных заболеваний.

Мужской смотровой кабинет входит в структуру отделения профилактики, работа которого организована в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Кабинет размещен в отдельном помещении с хорошим освещением, оснащен специальным оборудованием и инструментарием.

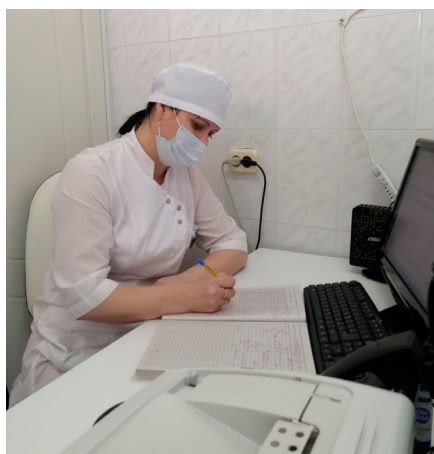


Фото 1



Фото 2

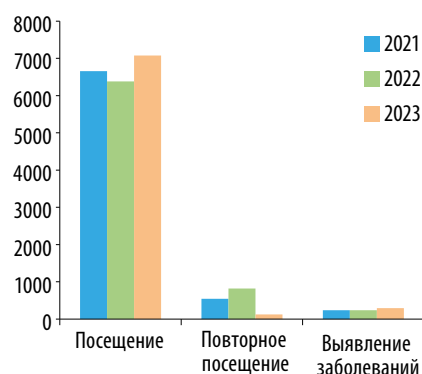


Рис. 1. Показатели посещений мужского смотрового кабинета

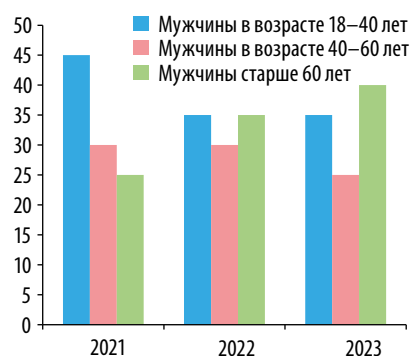


Рис. 2. Посещение мужского смотрового кабинета по возрастам



Рис. 3. Заболевания выявленные при профилактических осмотрах

Рабочее место специалиста компьютеризировано, подключено к локальной сети для обмена информацией с другими лечебными учреждениями. Методическое руководство работой кабинета и отчетно-учетный контроль осуществляет Омский областной онкологический диспансер. Прием в смотровом кабинете проводят специально подготовленные по диагностике ЗНО медицинская сестра и акушерки с большим опытом работы (фото 1 и 2).

Необходимым условием допуска к работе в смотровом кабинете является подготовка специалистов (повышение квалификации в объеме не менее 72 часов) на базе Омского областного онкологического диспансера, имеющего лицензию на образовательную деятельность, где проводится обучение основным диагностическим навыкам и методам выявления предопухолевых заболеваний и ЗНО наружных локализаций. Профессиональная подготовка медицинских работников смотровых кабинетов повышает эффективность профилактических об-

следований. Все сотрудники смотровых кабинетов являются членами Омской профессиональной сестринской ассоциации, коллективного члена Ассоциации медицинских сестер России, на платформе которых идет подготовка по непрерывному медицинскому образованию.

На долю обслуживаемого населения Городской больницы № 3 приходится 46 591 человек, из них 26 220 женщин и 20 371 мужчин.

При первичном обращении мужчины за медицинской помощью, регистратура направляет его в смотровой кабинет с целью профилактического онкологического осмотра. Ежедневно за рабочую смену медицинская сестра смотрового кабинета осматривает 28–35 мужчин.

Посещаемость смотрового кабинета обеспечивается объявлениями о необходимости профилактического обследования, которые размещены в регистратуре и холлах. Перед смотровым кабинетом имеется стенд с информацией о профилактике онкологических заболеваний.

Для активного привлечения пациентов в смотровой кабинет сотрудники отделения профилактики проводят разъяснительную работу (лекции, индивидуальные беседы, оформляют брошюры и буклеты), во время проведения акций и мероприятий по пропаганде здорового образа жизни и профилактике хронических неинфекционных заболеваний, при проведении диспансеризации взрослого населения.

Анализ показателей посещения мужского смотрового кабинета (рис. 1) свидетельствует о значительном росте профилактических посещений мужчинами и выявляемой патологии в 2023 году в сравнении с предыдущими годами. После длительной изоляции в период пандемии люди стали уделять больше внимания своему здоровью.

Специалисты смотрового кабинета проводят опрос пациентов, измеряют температуру, артериальное давление, проводят профилактический осмотр, а при подозрении на злокачественные новообразования берут на анализ цитологический материал. Это позволяет еще на этапе опроса установить те или иные проблемы пациентов, выявить жалобы, характерные для онкологических заболеваний, генетическую предрасположенность к онкозаболеванию.

Профилактический осмотр мужчин в смотровом кабинете включает следующие методы обследования:



Фото 3



Фото 4

- осмотр кожных покровов и видимых слизистых (полости рта, языка и десен) (фото 2);
- осмотр и пальпация наружных половых органов;
- пальпация периферических лимфоузлов, щитовидной железы, грудных желез (фото 3 и 4);
- пальцевое исследование прямой кишки и области предстательной железы.

Большая часть мужчин в возрасте от 18 до 40 лет обращаются в смотровой кабинет с целью прохождения профилактического, периодического или предварительного осмотров (рис. 2). Реже мужчины задумываются о репродуктивном здоровье. На втором месте мужчины старше 60 лет, имеющие ряд сопутствующих заболеваний.

На основании осмотра выявляются симптомы, характерные для того или иного заболевания. За последний год осмотрено 7076 человек, на дообследование к врачам-специалистам направлен каждый пятый пациент (рис. 3).

В последние три года неуклонно растет выявляемость таких заболеваний, как полип прямой кишки, ЗНО кожи, аденомы предстательной железы и предопухолевые заболевания наружных половых органов.

Профилактический осмотр мужчин в смотровом кабинете необходим ввиду бессимптомного течения начальных форм злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний, своевременное выявление и лечение которых предотвращает возникновение рака. Среди мужчин широко распространено мнение о том, что мужские болезни – удел мужчин в возрасте 55–60 лет. На самом деле, вероятность появления аденомы или рака простаты с возрастом значительно увеличивается, но эти заболевания также выявляют у мужчин среднего возраста 30–40 лет, а воспалительные заболевания половых органов встречаются у мужчин всех без исключения возрастных групп.

Чаще всего пациенты обращаются в смотровой кабинет с целью ежегодного профилактического осмотра, не имея жалоб, но в ходе осмотра выявляются серьезные заболевания.

Например: пациент Б. в возрасте 37 лет был по собственному предположению простужен, с осиплостью

голоса. Медицинская сестра направила пациента к врачам оториноларингологу и эндокринологу. По результатам обследования выставлен диагноз доброкачественное образование щитовидной железы. Пациент взят на диспансерное наблюдение.

В период прохождения периодического осмотра у медицинской сестры мужского смотрового кабинета возникли подозрения на новообразование сразу у двух пациентов. Мужчины были отправлены на консультацию к врачу-дерматологу и урологу, в дальнейшем проконсультированы врачом-онкологом с заключительным диагнозом ЗНО предстательной железы и ЗНО кожи. Установлено диспансерное наблюдение.

Вовремя не диагностированные, а значит, своевременно не вылеченные болезни органов мочеполовой системы нередко приводят к серьезным осложнениям. Большинство болезней не имеют половой дифференциации, то есть диагностируются как у мужчин, так и у женщин. С этой целью тесно взаимодействуем со специалистами онкологического кабинета, урологом, оториноларингологом, эндокринологом, хирургом.

При выявлении патологического состояния у пациента медицинская сестра мужского смотрового кабинета незамедлительно определяет актуальность специализированного приема или дообследования (рис. 4).

На данной диаграмме показано, что частота выявлений мужских болезней за последние три года увеличилась.

За первый квартал 2024 года обследование на содержание в сыворотке крови простатспецифического антигена прошли 1467 мужчин в возрасте 50 лет и старше, из них 194 обследованы впервые. По результатам обследований 19 подозрений на ЗНО предстательной железы, 5 пациентов не дообследовано, подтверждено 3 случая злокачественного новообразования предстательной железы.

Большую роль в целенаправленной и качественной профилактической работе в смотровом кабинете выполняет анкетирование мужчин при прохождении диспансеризации с оценкой репродуктивного здоровья. За первый квартал 2024 года анкетирование про-

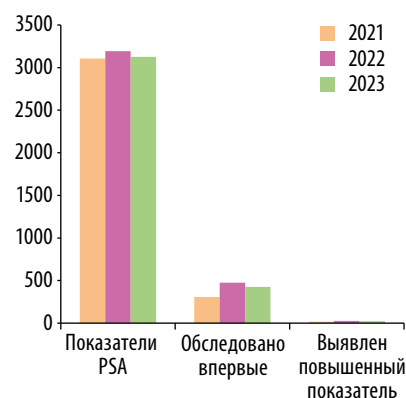


Рис. 4. Обследование населения на простатспецифический антиген

шли 281 человек из 804 человек, посетивших мужской смотровой кабинет, что составляет 35 % от общего числа. Результаты опроса указывают на высокую распространенность половых взаимоотношений с низкой социальной ответственностью и слабыми репродуктивными установками. Поэтому, чтобы избежать появления запущенных заболеваний мочеполовой сферы и их осложнений, каждому мужчине без исключения следует позаботиться о собственном здоровье, для чего необходимо проходить ежегодный профилактический осмотр у специалиста в мужском смотровом кабинете.

Тема о мужском здоровье в настоящее время актуальна как никогда, так как в России отмечается тенденция роста заболеваемости злокачественными новообразованиями мужской мочеполовой системы. Настороженность каждого, явка на профилактические медицинские осмотры, терпение и упорство в лечении хронических воспалительных заболеваний, совместная борьба за мужское здоровье, достаточный уровень онкологической грамотности и профилактическая ориентация медицинских работников мужского смотрового кабинета являются основой раннего выявления заболеваний.

Одно простое обследование – залог мужского здоровья. Думаю, отличный лозунг в Год семьи, объявленный Президентом России. Я уверена, что полученные знания и большой, многолетний профессиональный опыт специалистов мужского смотрового кабинета в сочетании с желанием помочь каждому мужчине принесут много положительных перемен в семейную жизнь омичей.

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

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

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

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

Преимуществами аэрозольного метода дезинфекции являются:

- Высокая скорость распыления – 60 мл/мин с эффективностью – 99,99% при обработке помещений больших объемов до 300 м³, в том числе труднодоступных и удаленных мест.

- Размер аэрозольных частиц – 10–30 мкм позволяет проводить одновременное обеззараживание воздуха и поверхностей в помещениях медицинских организаций согласно «Методическим рекомендациям по аэрозольной дезинфекции в медицинских организациях МР 3.5.1.0103–15».

- Важно! Микрочастицы аэрозоля, легкие размером до 15 мкм, хаотично перемещаясь, долго висят в воздухе, взаимодействуют с микроорганизмами и распадаются на безопасные составляющие: кислород и воду, не достигнув поверхности предметов; тяжелые микрочастицы (15–30 мкм), покинув сопло форсунки, изначально стремятся вниз и обеззараживают поверхности, без эффекта смачивания.

- Применяемое в аппарате дезсредство – перекись водорода 6%, эффективно, экономично и бюджетно в сравнении с другими дезсредствами российских и тем более зарубежных производителей.

- Важно! Наши исследования по эффективности обеззараживания аэрозольным методом перекисью водорода 6% с добавлением ионов серебра и без не выявили различий.

- Гарантированная защита персонала (обработка проводится строго в отсутствие людей).

- Экологичность за счет повышения эффективности дезинфекции аэрозольным методом и низких норм расхода дезсредства (расход перекиси водорода 6% – 3 мл / 1 м³), снижается нагрузка на окружающую среду. К примеру, для операционной объемом 100 м³ необходимо 300 мл перекиси водорода 6% (H₂O₂).

- Минимизация урона для объектов обработки (ультрамалые дозы аэрозоля не портят изделия из стекла, пластмасс, резины, керамики, коррозионностойкого металла, хирургическое и анестезиологическое оборудование).

- Безопасность: не прореагировавшие гидроксид ионы распадаются на составляющие воздуха воду и кислород ($2\text{H}_2\text{O}_2 = 2\text{H}_2\text{O} + \text{O}_2$), агрессивное воздействие на человека отсутствует.

- Для создания равномерных концентраций дезсредства в единице объема одновременно с компрессором включается вентилятор активного перемешивания воздуха. Концентрация дезсредства в разных уголках обрабатываемого помещения уже через 3 минуты после окончания процесса распыления становится одинаковой.

- Для защиты форсунки и компрессора установлен минифильтр, замена один раз в год.

- Аппарат АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ» запатентован на территории Российской Федерации.

Эффективность применения аппарата автоматического для аэрозольной дезинфекции АЭРО-ДЕЗ-

«КРОНТ» подтверждена в ходе проведения испытаний в федеральных медико-биологических учреждениях г. Москвы: ФБУН НИИДезинфектологии Роспотребнадзора и клинических испытаний в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Противопоказаний к применению не выявлено.

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

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





КАК, ЗАЧЕМ И ПОЧЕМУ?

НУЖНО ЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ ПИСАТЬ СТАТЬИ?



■ Лариса Геннадьевна РОНЖИНА
Почетный член, член правления
общественной организации
«Профессиональная ассоциация
средних медицинских работников
Чувашской Республики»

Несмотря на большое количество информации в интернете, тема публикации авторских статей в профессиональных журналах остается актуальной. К сожалению, активность медицинских сестер в качестве авторов статей и публикаций в периодических профессиональных изданиях остается низкой. Анализ публикаций в журналах показал, что в настоящее время объем статей, посвященных различным аспектам деятельности медицинских сестер, значительно уступает количеству публикаций по клиническим вопросам, опубликованным врачами. Одной из причин этого является то, что медицинским сестрам зачастую не хватает знаний и умений по написа-

нию статей. Этому не учат ни в медицинском колледже, ни в медицинском вузе. Попробуем этой публикацией убедить вас в том, что писать статьи совсем не страшно, но для этого необходимы определенные знания.

Зачем медицинской сестре публиковать статьи в журнале?

Сначала давайте разберемся, для чего вообще в наше столь бурное время публиковать статьи в каких-то журналах? Как показывает практика, статья в журнале, несмотря на наличие интернета, до сих пор является мощным инструментом продвижения. Некоторым даже может показаться, что все вокруг уже оцифровано, и журналы, следовательно, не нужны. Они глубоко ошибаются. И сейчас есть достаточно много популярных журналов и в нашей стране, и за рубежом.

Для чего же нужны публикации медицинским сестрам?

1. Повысить узнаваемость среди коллег/престиж

Публикация в профессиональном издании повышает имидж медицинской сестры среди коллег и профессионального сообщества. Для медицинской сестры эти факторы тоже имеют значение. К тому же автор статьи получает еще дополнительную возмож-

ность пообщаться на написанную тему со своими коллегами. Если журнал профессиональный, то обсудить опубликованную статью можно просто при встречах с коллегами на всевозможных конференциях и симпозиумах, форумах, саммитах. О вашем опыте и о вас узнают другие люди.

2. «Застолбить» тему

Сейчас уделяется много внимания организации внутреннего контроля качества в медицинской организации. Качество определяют стандарты, востребованы грамотно разработанные стандартные операционные процедуры. Если вы обратили внимание на разработку СОПов для младших медицинских сестер, то почему бы об этом не рассказать и не поделиться опытом на страницах журнала, пока это не сделал кто-нибудь другой?

3. Повысить квалификацию и самооценку

Статьи – это удачный инструмент для развития грамотности, логики и мышления. Когда вы пишете, приходится опираться не только на свои мысли, но и на опыт других людей. Вы начнете искать информацию в своей сфере. Чтобы написать статью, нужно собрать и обработать информацию, разложить ее по полочкам, чтобы она стала понятной и структурированной. Когда вы сами наполнены информа-

цией, переосмыслили ее и решили поделиться, это дает возможность подержать свое мнение, свою точку зрения сильными аргументами. Вы смело сможете опираться на свое мнение и отстаивать его. Таким образом, повышается ваша самооценка как специалиста. Написание статей позволяет эффективно изучить и освоить тему, по которой вы пишете.

4. Передать опыт

Многие из медицинских сестер накопили достаточный опыт в своей сфере деятельности, и наступает период, когда возникает желание передать его другим людям.

А знаете ли вы, что передача опыта молодым коллегам в качестве наставника, публикация статей в журналах помогает избежать профессионального выгорания?

5. Укрепить значимость и престиж профессии

Рассказывая о своей работе с пациентами в статьях, медицинские сестры формируют общественное мнение о значимости профессии в здравоохранении.

6. Подойти к защите диссертации

Получение высшего образования по специальности «Сестринское дело» дало возможность выпускникам проводить научные исследования в сестринском деле, претендовать на более высокий уровень квалификации в связи с получением ученой степени кандидата медицинских наук и доктора медицинских наук.

7. Поддерживать имидж медицинской организации

Имидж – это не только внешний вид, это, прежде всего, доступная информация.

Связь с медицинскими изданиями со средствами массовой информации, публикация статей формирует внешний имидж организации.

Позитивный имидж организации является важной составляющей успеха.

8. Приобрести дополнительный заработок

Публикация статьи, это еще и возможность заработать деньги, так как существуют и платные публикации.

Итак, надеюсь, вы уже ответили для себя на поставленный вопрос о том, зачем публиковать статьи в журнале! Значит, вы уже на верном пути. Но здесь

нас поджидает следующий вопрос – о чем писать?

В любом новом деле самое сложное сделать первый шаг. Первый шаг не определяет всего пути, но задает направление. О чем писать?

Шаг первый: выбираем тему

Помните: тема – это то, о чем говорится в тексте, а основная мысль – это то, для чего он написан.

Найти тему для своей статьи можно среди тех проблем, которые сейчас являются важными и значимыми. Тема, связанная с той или иной злободневной проблемой, точно будет актуальной. Темой статьи могут стать темы презентаций и выступлений на конференциях, темы лекций для обучения студентов, ваши наблюдения за пациентами и опыт работы с пациентами с учетом специфики, изменение подхода к решению проблем, освещение событий (проведение конференций, конкурсов, внедрение новых технологий, изделий медицинского назначения), обучение пациентов.

Темой может стать ваш опыт работы: реальный случай решения той или иной проблемы. Решая вопрос, какую тему выбрать для статьи, можно использовать медицинские журналы.

Важно, чтобы статья была актуальна и в ней была новизна.

Совет! Если вы только начинаете писать статьи, никогда ранее не занимались ничем подобным, выбирайте темы, которые вам хорошо знакомы.

Иногда авторы сталкиваются с противоположной проблемой – пытаются в одной статье написать обо всем сразу, а получается из этого лоскутное одеяло из коротких и поверхностных отрывков, которые не приносят читателю пользы. Сравните, что бы вы предпочли прочитать – меню уникального ресторана или рецепт одного из блюд, одобренный секретами шеф-повара? Ведь в действительности читатели в сестринских статьях ищут рецепты – профессиональные рецепты и секреты качественной помощи, организации труда, решения сложных практических задач.

Тема выбрана, но как же ее описать в статье?

Шаг второй: изучаем тему

Подберите материал по выбранной теме: в профессиональных журналах, сборниках конференций, тематических интернет-источниках.

Обязательно обратите внимание на публикации по вашей теме за последние 2–3 года. Главное, используйте достоверные источники.

Для начала определите, для чего будете писать статью, кому она будет адресована, какого результата и каким образом можно с помощью вашей статьи добиться.

После того как ответы на эти вопросы будут получены, работа пойдет проще: определена целевая аудитория, а значит, и стилистика написания.

Если тема понятна, то нужно проанализировать и систематизировать собранную информацию, сформировать свое представление.

Это будет ваша заготовка (конспект), которая поможет написать текст.

ШАГ третий: подготовка плана

Наличие плана – обязательное условие хорошей статьи!

Составление плана – неотъемлемая часть создания устного или письменного текста. Даже когда человек не пишет плана, у него в голове приблизительно складывается порядок того, о чем он будет говорить или писать, формируются некоторые примеры и доказательства выдвигаемых мыслей и идей. Это необходимый этап работы над статьей. Он позволяет добиться ясности и цельности информации.

План – последовательность пунктов, по которому и пишется статья.

Структура статьи состоит из четырех основных элементов:

- Заголовок.
- Введение.
- Основная часть (здесь могут использоваться подзаголовки, разбивающие статью на логические блоки).
- Заключение.

Работать по плану намного проще. План помогает выстроить стройную и логичную структуру, не упустить важную и ценную информацию.

ШАГ четвертый: приступаем к написанию текста

Выбор заголовка

От заглавия материала зависит, захочет ли пользователь перейти по ссылке и прочитать всю статью, остановить свой взгляд на тексте, перелистывая страницы журнала, или пойти дальше.

Важный момент! Заголовок должен точно соответствовать тексту.

Не стоит делать заглавия слишком длинными. Стоит подумать о том, чтобы заголовок был емким и кратким.

Введение

Введение состоит из двух-трех небольших абзацев. Этого зачастую достаточно, чтобы ввести читателя в курс дела, подвести к раскрытию темы. Конечно, возможны исключения, но они бывают не так уж и часто.

Во введении нужно кратко обозначить проблематику, указать на ее актуальность и показать, на какую целевую аудиторию ориентирован материал.

На что обратить внимание при написании основной части текста?

Основная часть текста

Чтобы правильно написать статью, необходимо выбрать соответствующий формат. Важно, чтобы он идеально подходил под тематику статьи.

Приведу пример нескольких форматов:

– **проблема и решение** – вначале выявляется конкретная проблема, а потом описываются пути ее решения: как вы сами столкнулись с трудностями и как преодолели их, либо как вы помогли другим.

Например: дефицит кадров младшего медицинского персонала – проблема, вы делитесь опытом, как вы ее решаете, что для этого предпринимаете.

– **инструмент для...** – подразумевается применение определенного метода, предназначенного для определенной ниши.

Например: актуальная тема: «Бережливая поликлиника». Для наведения порядка, экономии рабочего времени, сокращения сроков приема пациентов используется инструмент «Система 5С». Вы рассказываете, как организовали работу, что это дало пациентам, а что – медицинским работникам;

– **алгоритм, инструкция:** как сделать что-то, с конкретными шагами, подробностями, нюансами, советами экспертов.

Например: как вы внедряли стандартные операционные процедуры;

– **вопрос и ответ** – вначале статьи автор задает вопрос, а в тексте подробно на него отвечает.

Например: почему медицинские секстры мало пишут авторских статей в профессиональные журналы;

– **экспертная оценка** – например, оценка оборудования, медицинского изделия, технологии или определенного практического решения проблемы. В такой статье вы рассматриваете продукт или нововведение со всех сторон, честно высказываете мнение.

Например: Внедрили mop-метод уборки помещений. Вы даете экспертную оценку, в чем ее преимущества и недостатки;

– **советы и рекомендации** – они должны быть практическими, подробно описывающими процесс решения проблемы. Советы могут быть как для медицинских работников, так и для пациентов. Берете популярные вопросы от потенциальных пациентов и отвечаете на них как эксперт.

Крайне важно, чтобы в каждой статье была именно практическая, ценная и полезная информация. Текст должен быть читабельным.

Приступаем к написанию статьи.

Разбиваем статью подзаголовками на небольшие логические/смысловые блоки. Просто переходим от блока к блоку и рассказываем читателю письменно ту информацию, которой вы владеете.

Если вам сложно подобрать правильные слова к тексту, то начните писать самыми простыми словами. Пишите и не останавливайтесь, в какой-то момент вы заметите, что статья пошла, что у вас получается. Главное, не критиковать себя с первой фразы и первой строчки, ведь поставив точку во всей статье, вы еще вернетесь к ее началу и, возможно, напишете вступление иначе.

Добиться ясности изложения помогут следующие правила:

– используйте короткие предложения, чтобы читатель не потерял мысль;

– делайте короткие абзацы в 3–5 строчек;

– не соединяйте разные мысли в один абзац;

– проанализируйте свое предложение и посмотрите, какие слова в нем являются обязательными. Если вы поймете, что предложение сложное, убедите лишние слова и посмотрите, сохранило ли оно заложенный вами смысл;

– не употребляйте сленг, жаргонизмы, выражения, которые не смогут понять люди;

– при использовании аббревиатуры не забывайте раскрыть ее содержание: рядом с сокращаемым названием при первом его упоминании в тексте аббревиатуру следует указать в скобках;

– вычеркивайте по всему тексту все общие слова: «очень», «немного», «на самом деле», а также слова, которые мало о чем говорят. Уберите фразы, типа: «нам кажется, что...», «я думаю...» и т.д.

В заключение статьи следует подвести итоги, акцентировать внимание на главном.

ШАГ пятый: сделайте перерыв

Дальше нужно сделать перерыв. Дать статье отлежаться. Отлично, если у вас есть запас времени, и вы можете вернуться к ней только на следующий день. Но если такой возможности нет, отвлекитесь хотя бы на час или минут на 15. Сделайте что-то другое. После этого нужно перечитать текст и оценить, все ли хорошо, удалось ли вам передать свою мысль.

ШАГ шестой: вычитка статьи

Проверьте статью на грамотность и уникальность. Обязательно!

Несколько раз перечитайте статью. Исправьте грамматические и стилистические ошибки. Если не уверены, что сможете сделать это самостоятельно, попросите помощи у других или используйте интернет-ресурсы. После правки перечитайте статью еще раз.

Вычитка позволяет устранить ошибки, опечатки, повторы и тавтологии.

Если вы не очень опытный автор:

– попросите коллег прочитать статью и высказать свое мнение;

– сравните ее с уже опубликованными статьями по этой же теме.



ШАГ седьмой: выбор журнала для публикации

Необходимо не только написать статью, но и правильно выбрать журнал для публикации.

Редакции как электронных, так и печатных журналов тщательно анализируют поступающие к ним материалы. Поэтому, чтобы статью напечатали, в ней должно содержаться что-то по-настоящему значимое. Это вовсе не значит, что вы заранее опускаете руки, однако желательно трезво оценивать свои возможности, чтобы потом не разочаровываться, коль журнал отвергнет ваш труд.

Если вы решили отправить статью в профессиональный журнал, то необходимо правильно оформить статью.

Некоторые издания предъявляют свои требования к оформлению. Всегда внимательно читайте правила оформления статей, так как в разных изданиях требования могут отличаться. Обращайте внимание на формат страницы (обычно А4 или А5), поля, вид и размер шрифта, междустрочный интервал, абзацный отступ, оформление таблиц и подрисовочных подписей. Иногда в таблицах шрифт может отличаться от шрифта основного текста. Обратите на это внимание.

В начале статьи необходимо указать: название статьи, инициалы и фамилии авторов, учреждение.

В конце статьи должны быть полностью указаны фамилии, имена и отчества автора (авторов), точный адрес,

телефон, адрес электронной почты автора, с которым может связаться редакция. В статье следует указать всех авторов, причастных к ее подготовке.

Таким образом, вы получили ответы на несколько вопросов, которые помогут вам сделать первый шаг в написа-

нии статьи для профессионального журнала. Начните развивать новые навыки прямо сейчас! *Желаю вам творческих успехов.* Пусть любое начинание радует и дает новые импульсы к развитию. Верьте в себя и не бойтесь совершать первые шаги.

ОТ РЕДАКЦИИ

Благодарим Ларису Геннадьевну – опытного эксперта, руководителя, педагога, которая с большой заботой о профессии и ее будущем подготовила эту статью! Добавим несколько рекомендаций от нашего издания:

- Определите, в каком журнале вы хотите опубликовать статью, ознакомьтесь с требованиями к тексту, иллюстрациям, графикам и схемам. Такие требования всегда можно найти на сайте издания.
- Полистайте этот журнал, посмотрите, какие статьи больше всего притягивают ваше внимание. Познакомьтесь с этими публикациями в качестве читателя, а затем посмотрите на них глазами критика. Ответьте себе на вопрос, чего не хватает в публикации, что бы вы сделали иначе.
- Подумайте, какую важную управленческую или практическую задачу успешно удалось решить вам и вашим коллегам в текущем году и подготовьте статью, придерживаясь простой схемы: проблема – идея – реализация – результат.
- Описывая проблему, ее актуальность и остроту, не забудьте о данных статистики – они должны быть точными, ошибки недопустимы.
- Описывая идею и реализацию, думайте о тех, кому предстоит повторить ваш опыт, пройти по вашему пути. Ваша статья – ориентир и модель для тиражирования лучшего опыта.
- Описывая выводы, обязательно продемонстрируйте качественные и/или количественные показатели, достигнутые вашим коллективом, в сравнении с тем, что было ранее.
- Редакция «Вестника РАМС» принимает статьи по адресу: Natalia@medsestre.ru, а с требованиями к публикациям в нашем издании можно ознакомиться здесь: <https://medsestre.ru/vestnik-rams/>



БЕЗОПАСНОСТЬ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ И АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ



Людмила Юрьевна ДВОРЯШИНА
Психолог, методист ГБПОУ «ЦНМО ЛО»

В предыдущем выпуске журнала «Вестник» («Вестник РАМС» № 2/2024) мы опубликовали очередной кейс для совместного обсуждения. Напомним о его содержании.

«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?»

Что ж, давайте его обсудим, тем более что с такой ситуацией или подобной могут столкнуться многие специалисты.

Начну с напоминания о том, что предложенные в данной рубрике кейсы несут в себе сложные этические ситуации, встречающиеся в работе медицинских сестер стационарного и амбулаторного звеньев.

В чем же этическая сложность данного кейса? Если мы вспомним предыдущие ситуации, то в большинстве из них мы рассматривали две стороны или двух участников процесса: медицинская сестра и пациент (пациенты как единая группа или другой сотрудник). В данном кейсе мы видим трех участников: опытная медицинская сестра (вы), молодой специалист и пациентка. Попробуем рассмотреть данную ситуацию, учитывая интересы всех сторон.

Вариант первый. Вы не реагируете и продолжаете заниматься своими делами, так как знаете, что у молодого сотрудника есть куратор (наставник), пусть он с ним и разбирается.

Вариант второй. Вы проявляете активность и влияете на ситуацию. И вот тут придется выбирать.

Если Вы решите привлечь внимание молодого специалиста, например, позвав его к себе, то можете натолкнуться на реакцию: «Не отвлекайте! Сейчас закончу и подойду». Вы можете настаивать: «Это очень срочно!», сделав некий намек в голосе. Возможно, он отвлечется и подойдет к Вам. Что вы будете делать дальше? Объяснять негромким голосом в чем его ошибка? Или предлагать свою помощь?

Если Вы решите подойти сами, то молча (или с комментариями) отклеивать на глазах молодого сотрудника неправильно прикрепленные им электроды, думается, не совсем корректно (хотя я и такое наблюдала). Итак, вы подошли к кушетке с пациентом. Что дальше? А дальше – этическая проблема. Как расставить приоритеты? Кто сейчас важнее? Пациент и результаты исследования? Или молодой сотрудник, который может обидеться так, что решит уволиться (знаю, молодежь ныне очень чувствительна к критике).

Кто-то из читателей скажет, что, конечно, пациент! Ради них и существует наша профессия, а миндальничать с молодыми сотрудниками – никаких сил и нервов не хватит! Профессия у нас такая! Неженкам тут не место! А кто-то выскажет озабоченность сохранением кадров: их и так не хватает, а исследование можно сделать и еще раз, объяснив пациенту некорректность полученных результатов техническими сбоями.

В любом случае мы не должны забывать, что пациент является не только наблюдателем, но и активным участником рабочего процесса. Если Вы замените молодого сотрудника, па-

циент решит, что тот делал что-то не правильно и, выйдя из кабинета, понесет эту информацию с собой. Хорошо, если не встретит по дороге этого молодого специалиста, но уж расскажет другим всенепременно.

Если Вы начнете что-то шептать молодому коллеге в уголке или на ухо, пациент так же может отвлечься и начать прислушиваться, успев напридумывать, что с ним самим что-то не так. А беспокойство пациента может исказить результаты исследования.

Как же быть? Как сделать так, чтобы и достоинство молодого сотрудника не пострадало, и с пациентом было все хорошо? Есть ли такой вариант?

Предлагаю начать с азов.

Если жизни и здоровью пациента в данный момент ничто не угрожает, вмешиваться в процесс, который уже идет, нежелательно.

Мы не говорим сейчас о неправильной постановке периферического доступа, инъекции или хирургическом процессе. В таких случаях моральный долг медицинской сестры предотвратить нанесение пациенту вреда. Согласитесь, снятие ЭКГ к подобным ситуациям не относится.

Таким образом, наиболее грамотным, с точки зрения этики, может быть третий вариант.

Вы дожидаетесь окончания исследования и просите пациентку подождать у двери кабинета, чтобы проверить, все ли данные корректно отобразились. После того как пациент выйдет, Вы объясняете молодому сотруднику, в чем была его ошибка. Например: «Наташа, мы сейчас пригласим пациентку еще раз и переснимем ЭКГ. Скажем, что некоторые данные плохо отобразились, возможно, произошел небольшой технический сбой аппаратуры, и что отправлять ЭКГ в таком виде врачу на расшифровку нельзя. Вспомни, как мы ставим электроды женщинам с большим избыточным весом? Да, умница. Мы ставим их именно так... (например, под грудью,

а не на нее). Сама будешь ставить или мне постоять рядом?»

После этого необходимо поставить пациентку в известность о том, что исследование желательно повторить, так как некоторые данные отобразились некорректно. Если в коридоре очередь, попросите ее подождать до первой паузы между пациентами.

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.

Предполагая взаимодействие с вами по решению кейсов, мы подготовили поощрительные призы! Самые активные авторы, предлагающие правильные решения кейсов, опубликованных нами в «Вестниках», будут вознаграждены:

- благодарностью редакции;
- годовой подпиской на журнал «Вестник РАМС»;
- участием в онлайн-курсе «Скорая помощь при стрессе на работе и дома».



Павлюченко Ирина Фёдоровна, медицинская сестра диагностического отделения ГБУЗ ТО «Областная больница № 3» (г. Тобольск)

Итоги читательского конкурса

В адрес редакции поступило несколько ответов на кейс № 4. Их авторами стали Елена Буценина, Виктория Гапонова (победитель прошлого тура читательского конкурса), Ирина Бескровных, Дарья Беша, Елена Карнаухова. А наиболее близким к предпочтительному варианту действий стал ответ Ирины Павлюченко из Тобольска Тюменской области.

В данной ситуации не нужно при пациенте критиковать молодого специалиста и указывать на его ошибку. Ни в коем случае нельзя кричать через весь кабинет специалисту, что он делает что-то неправильно. Молодой специалист может ошибаться и переживать.

Надо просто вспомнить себя в первые рабочие дни. Если совершенная молодым специалистом ошибка не противоречит принципу «не навреди» и не представляет угрозы для жизни пациента, то идеальный вариант не заметить ее, промолчать и сделать вид, что ничего не случилось, но не оставлять данную ситуацию без корректировки.

Если же ситуация противоположная (несет риск жизни и здоровью пациента), то необходимо подойти и исправить данную ошибку, при этом не допускать лишних высказываний и не критиковать молодого специалиста. В таких ситуациях всегда надо помнить, что нас слушает пациент, который может сделать свои выводы.

В дальнейшем следует найти время, деликатно и в отсутствии других людей поговорить со специалистом, постараться ответить на все его вопросы, объяснить ему, какие ошибки он совершил, какие трудности могут возникнуть и как с ними справиться. Будет полезно поделиться собственным опытом ошибок. Например, в таких случаях я рассказываю, как сама переживала, как искала решение в сложных ситуациях.

ВНИМАНИЕ, КЕЙС № 5

Кейс: Вы – старшая медицинская сестра стационарного отделения. Вам поступает звонок от старшей медицинской сестры приемного покоя. Она просит вернуть каталку, на которой в ваше отделение привезли пациента.

Вы просите одну из медицинских сестер спустить каталку в приемное отделение. Через некоторое время к вам в кабинет стучится другая медицинская сестра и жалуется: «Вы сказали той медсестре спустить каталку в приемное, а она отправила меня! И она все время так делает, кого-то отправляет, а мы за нее пашем!»

Ваши действия?



Редакция ждет ваших ответов в срок до 10 сентября 2024 года по адресу: natalia@medsestre.ru

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

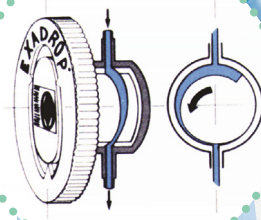
Эксадроп

Точность, безопасность
и эффективность
инфузионной терапии
Б. Браун

Дозирующее устройство
для инфузионной терапии
(регулятор скорости потока
прецизионный) **Exact Dropping**

На сегодняшний день рынок устройств для гравитационной инфузии разнообразен. Помимо стандартных капельниц, существует специальное устройство — Эксадроп, которое представляет из себя инфузионную систему со специальным регулятором скорости.

Основной принцип работы — перекрытие диаметра трубки, а не ее пережатие. Перекрытие канала устраняет риск слипания и повреждения трубки, тем самым снижается риск изменения точности инфузии. Данная система имеет плоский, дискообразный регулятор скорости с нанесенными на него метками*, которые позволяют медицинскому персоналу легко отрегулировать скорость потока, а также точно возобновить параметры инфузии после ее прерывания. Погрешность введения при использовании системы Эксадроп — **не более 20%**, при этом использование систем с роликовым зажимом может давать погрешность до 60%. Кроме того, система Эксадроп имеет в своем составе скользящий зажим для надежного кратковременного прерывания инфузии.



Система **Эксадроп** представлена в различных вариантах исполнения и может иметь в своем составе безыгольный порт для болюсного введения, возвратный клапан для использования при параллельной инфузии, а также может быть выполнена из полиуретана для введения совместимых лекарственных средств.

** Шкала регулятора откалибрована в мл/ч для введения 0,9% раствора NaCl через внутривенный катетер Вазофикс Браунюля 18G 45 мм при установке флакона на высоте 76 см над пациентом. Изменение этих условий влечет за собой изменение скорости инфузии, поэтому необходимо устанавливать скорость капель, сравнивая показания шкалы с данными стандартной методики.*



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

АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ»

Аппарат автоматический для аэрозольной дезинфекции



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

Полный спектр антимикробной активности: вирулицидная, бактерицидная, фунгицидная, спороцидная.

Дезинфицирующее средство — перекись водорода 6% (H_2O_2) полностью разлагается на воду и кислород.

Принудительная циркуляция воздуха, создаваемая встроенным вентилятором, повышает эффективность обработки.

Объем обрабатываемого помещения: до 300 м³.

Гарантированная обработка труднодоступных мест.

Установка УФ бактерицидная для экстренной дезинфекции **ОДНОВРЕМЕННО** воздуха и поверхностей помещений в отсутствие людей

ДЕЗАР-ОМЕГА-02-«КРОНТ»

Бактерицидная эффективность 99,9%

Объем помещений 130 м³

Гарантия 2 года

Время обработки 7 минут

Мощность 950 ВА

Режим работы Автоматический

Ресурс УФ ламп 9000 часов

Применение

Предназначена для экстренной дезинфекции **ОДНОВРЕМЕННО воздуха и поверхностей** помещений всех категорий в отсутствие людей. Подтвержденные режимы применения от бактерий (включая микобактерию туберкулеза), вирусов (включая КОРОНАВИРУС), грибов и плесени.

Удобство эксплуатации

Автоматическая установка не требует предварительного ввода данных. Основным запрограммированным циклом дезинфекции – **7 минут** с эффективностью **99,9%**, что соответствует помещениям **чистоты класса А**. Запускается нажатием одной кнопки – «Пуск» (для высокорезистентных штаммов – два дополнительных режима: 12 и 20 минут). Легко транспортируется благодаря четырем колесным опорам диаметром 125 мм.

Реклама

Официальные сайты: kront.com, kront.ru
Телефон +7 (495) 500 4884 (многоканальный)