

СЕСТРИНСКОЕ

г е л о

2'2019

*IX Форум детских
медицинских сестер*
стр. 4

*Вести Союза
медицинских
профессиональных
организаций*
стр. 13

*Кинестетика:
перемещаем пациента
легко*
стр. 21

*Мультидисциплинарная
бригада
в патронажной службе*
стр. 40

*Корь у детей
и взрослых*
стр. 45



ISSN: 1814-4322

СЕСТРИНСКОЕ

г е л о

2'2019

*IX Форум детских
медицинских сестер*
стр. 4

*Вести Союза
медицинских
профессиональных
организаций*
стр. 13

*Кинестетика:
перемещаем пациента
легко*
стр. 21

*Мультидисциплинарная
бригада
в патронажной службе*
стр. 40

*Корь у детей
и взрослых*
стр. 45





Победители XVII Открытой спартакиады – команда ГБПОУ ДЗМ «Медицинский колледж № 2»



Команду МК № 2 возглавили (слева направо) заместители директора А. Манторова, Е. Воронова, директор образовательной организации И. Тарасова



Соревнования по шахматам



Турнир ГТО

ХОЧЕШЬ НАУЧИТЬ ПАЦИЕНТА БЫТЬ ЗДОРОВЫМ — СТАНЬ ЗДОРОВЫМ САМ!

Под таким девизом уже многие годы работают образовательные учреждения Департамента здравоохранения города Москвы. Большие спортивные игры по 16 видам спорта и «Весёлые старты», квесты на улицах города и военно-туристические слеты, «Московская лыжня» и «Нефромарафон», фестивали ГТО и многие другие мероприятия и соревнования позволяют большому количеству студентов принять участие, завоевать призовые места. Для будущих медиков очень важно на собственном опыте пережить радость победы, ощутить командный дух и чувство локтя, почувствовать приятную усталость после физической нагрузки.

Но, чтобы вовлечь студентов в разнообразную спортивную жизнь колледжа, мало пафосных слов и вдохновенных призывов. Самым действенным является собственный пример. Так 17 лет назад родилась идея организации спортивных соревнований для преподавателей. Идея положила начало ежегодной Открытой спартакиаде преподавателей и сотрудников образовательных организаций ДЗМ. В последние годы спартакиада открывает ежегодный Московский фестиваль в области здравоохранения «Формула жизни».

Менялись подходы, виды спорта, участники, но неизменными оставались радость встречи, здоровое соперничество, спортивный азарт и удовольствие от общения. Спартакиаду ждут, готовятся и тренируются, а победами гордятся! Открытие спартакиады — это всегда праздник с участием именитых спортсменов и ветеранов спорта. Каждую команду возглавляет директор образовательной организации, который обязательно принимает участие в каком-либо виде спорта. Именно директор может принести своей команде бонусные баллы, необходимые для победы в спартакиаде!

26 января 2019 года Медицинский колледж № 2 распахнул

свои двери для участников XVII Открытой спартакиады преподавателей и сотрудников государственных профессиональных образовательных организаций Департамента здравоохранения города Москвы. Команды соревновались в 7 видах спорта: волейбол, настольный теннис, стрельба (пистолет + автомат), баскетбол, дартс, шашки, турнир ГТО.

Все участники состязаний продемонстрировали прекрасную физическую форму и здоровый дух, болельщики активно поддерживали команды своих образовательных учреждений. По итогам спартакиады 1 место в общекомандном зачете заняли спортсмены Медицинского колледжа № 2, 2 место — команда Медицинского колледжа № 7, 3 место — команда Медицинского колледжа № 5.

Как известно, всегда побеждает дружба! Преподаватели и сотрудники образовательных учреждений ДЗМ получили возможность встретиться в неформальной обстановке, ведь спартакиада — это не только спортивные соревнования, но и просто общение преподавателей, которых в этот день объединило стремление к здоровому образу жизни.

Наш корреспондент



Соревнования по настольному теннису



Стреляет директор Медицинского колледжа № 1 А. Геккиева



Турнир ГТО – отжимания

Издатель: ООО «Современное
сестринское дело»

Редакционный совет:

И.С. БАХТИНА, директор
Санкт-Петербургского центра
последипломного образования
работников со средним медицинским
и фармацевтическим образованием

В.А. ВИШНЯКОВА, президент
Забайкальской региональной общественной
организации «Профессиональные
медицинские специалисты»,
вице-президент Союза профессиональных
медицинских организаций

Т.В. ДРУЖИНИНА,
президент Профессиональной
ассоциации медицинских сестер
Кузбасса

Н.Н. КОСАРЕВА, президент
Самарской региональной организации
медицинских сестер, вице-президент
Союза профессиональных медицинских
организаций

И.А. ЛЕВИНА, президент Союза
профессиональных медицинских
организаций, главный внештатный
специалист по управлению сестринской
деятельностью Минздрава РФ в
УрФО, директор Свердловского
областного медицинского колледжа

О.В. ЛОГВИНОВА, заместитель
главного врача по работе со средним
медицинским персоналом Станции
скорой и неотложной медицинской
помощи им. А.С. Пучкова Департамента
здравоохранения города Москвы

Ю.В. МИХАЙЛОВА, первый
заместитель директора ЦНИИ
организации и информатизации
здравоохранения Росздрава

С.А. МУХИНА, кандидат
медицинских наук, заслуженный
учитель России, член Академии медико-
технических наук

И.В. ТАРАСОВА, директор
ГБПОУ «Медицинский колледж № 2»
Департамента здравоохранения г. Москвы

А.К. ХЕТАГУРОВА, директор
Медицинского колледжа Российской
академии медицинских наук

СОДЕРЖАНИЕ:

ОТ РЕДАКЦИИ

Доброе дело: начало положено 3

IX ФОРУМ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ МЕДСЕСТЕР

Профессиональное сотрудничество — залог
качественной практики 4-5

ПРОФСОЮЗНАЯ ТЕМА

Здравоохранение должно стать более доступным
и качественным 6-7

ЛИЦО НА ОБЛОЖКЕ

В день юбилея и всегда 8-9

ОБМЕН ОПЫТОМ

Современные аспекты работы операционной медсестры .. 10-12
Три слоя защиты от ИСМП 38-39
Работа медсестры амбулаторной нефрологической
службы 44

ВЕСТИ СОЮЗА МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Региональные профессиональные ассоциации —
члены СМПО 13
Забайкальские медсестры: наши достижения 14-18
Технологии сестринского дела: алгоритмы
и инновации 19-20

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ

Кинестетика: как сделать перемещения более легкими
для ухаживающего персонала 21-23

УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ

О необходимости изучения нормативно-правового
регулирования сестринской деятельности 24-25

АКУШЕРСКИЙ ПРАКТИКУМ

Обезболивание родов 26-27

РЕГИОНЫ РОССИИ

Правила проведения протироопухоловой
лекарственной терапии 28, 42
Ради красивой улыбки 42-43

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА

Профессиональное сотрудничество — залог
качественной практики 29-32

СЕСТРИЧКА 33-36

НОВЫЕ РОЛИ МЕДСЕСТРЫ

Работа мультидисциплинарной бригады на примере
выездной патронажной службы 40-41

ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Корь у детей и взрослых 45-48

ИЗДАТЕЛЬ: ООО

«Современное сестринское дело»

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Наталина КРУШИНСКАЯ

РЕДАКЦИЯ

Ответственный секретарь

Ирина ФЕТИЩЕВА

Обозреватели

Ирина МЫЛЬНИКОВА

Елизавета КЛИППЕЛЬ

Корреспондент

Дмитрий КУБРАКОВ

Технический редактор

Елена СОЛНЦЕВА

Корректор

Анна РЯБОВА

КОММЕРЧЕСКИЙ ДИРЕКТОР

Светлана СПОДОБЕЦ

ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ

Тамара КАШПОРОВА

ОТДЕЛ МАРКЕТИНГА

Людмила ДАГАЕВА

СЕКРЕТАРИАТ

Евгения БЫСТРОВА

Адрес и телефоны редакции:

127254, Москва,
ул. Добролюбова, д. 21А, корп. Б
Тел./факс: (495) 664-20-42

Телефоны отдела маркетинга:

8-916-031-02-83,
8-916-930-11-29

Адрес для писем:

127254, Москва, а/я 59

E-mail: s_delo@inbox.ru

Наш сайт: www.s-delo.com

EDITORIAL

Good deed: a start

IX FORUM OF PEDIATRIC NURSES

Professional Collaboration Key to Quality Care

The IX Forum of Pediatric Nurses was held on February 15-17 as part of the XXI Congress of Pediatricians. The Forum addressed a number of issues such as nursing practice regulation, lean production approaches, care of newborns, communication with parents of children admitted to PICU, and other matters of concern for practicing nurses today.

LABOUR UNIONS

Affordable, Good Quality Healthcare Essential Priority

In his state of the nation address on 20 February 2019, Russian President Vladimir Putin emphasized the Russian public's growing discontent with poor healthcare quality and urged to make healthcare services available «to all settlements without exception,» adopt lean production principles in all public health facilities and allocate at least one trillion rubles to help cancer patients.

FACE ON COVER

Celebrating Anniversary

On February 13, Valentina Vishnyakova — amazing person, excellent professional, talented manager and inspiring leader of the Transbaikal Regional Organization of Medical Professionals — celebrated her anniversary.

LESSONS LEARNED

New Aspects of Operating Nurse Practice

On February 14, St. Petersburg hosted a conference focusing on the use of surgical equipment by operating room nurses. The conference discussed the role of nurses in surgical interventions using ultrasound navigation, in high-tech ophthalmology surgery, and in endovascular treatment of acute myocardial infarction.

Three Layers of HCAI Control

Antibiotic resistance and poor hand hygiene adherence by medical personnel are commonly listed as key causes of healthcare-associated infections (HCAIs). However, there is another factor just as important: inappropriate choice of surgical linen and clothing.

Nurse Roles in Outpatient Nephrology Services

Hospital No. 52 in Moscow was the first to allocate dedicated nephrology beds in 1957. Today, more than 60 years later, the hospital remains the city's leading kidney care provider and has hosted the Moscow City Nephrology Center since 1993.

NEWS FROM HEALTH WORKER ORGANISATIONS UNION

This article starts a new column covering Russia's major professional association of nurses. Established in 2015, the Union of Health Worker Organizations (UHWO) brings together 170,000 medics from 35 professional associations.

Transbaikal Nurses Share Success Stories and Strategies

This report introduces the Transbaikal Regional Organization of Medical Professionals, a UHWO member, and describes major events held by the association last year as well as its strategic development plans.

Nursing Care Algorithms and Innovations

On December 6, the Alexander Hospital in St. Petersburg hosted a conference on Nursing Care Algorithms and Innovations.

CONTINUING TRAINING

Making it Easier for Carers to Move Patients

Moscow healthcare facilities offered a series of training sessions for nurses and junior support staff on how to move patients around safely, including techniques of helping patients to a sitting position, moving them from the bed to a chair, and lifting them from the floor in case of a fall.

MANAGEMENT SOLUTIONS

Why Nurses Need to Know Practice Regulations Well

In addition to professional skills, healthcare workers need in-depth knowledge of the law regulating their practice, including liability for official misconduct or malpractice.

NURSE MIDWIFE HANDS-ON TRAINING

Pain Relief in Labor

This is one in a series of publications on key aspects of healthy motherhood. Prepared by Ob/Gyn Dr. Shalimova, Ph.D., this information can be helpful in providing patient education and counseling.

RUSSIAN REGIONS

Rules for Cancer Drug Therapy

The Clinical Oncology Center in Bashkortostan hosted a seminar for nurses to discuss aspects of cancer drug therapy, use of related technology, and possible complications. The event ended in a master class on vascular access and port system care.

Promoting Beautiful Smiles

Despite advances in dentistry, dental health tends to decline with each new generation. A recent conference in Moscow marking the Dentists' Day discussed ways to reverse this negative trend by promoting preventive dentistry with a special role for nurses.

SESTRICHKA

What "chunking" means; new and fun ways to wear a cardigan; why shopping helps with depression, and whether it makes sense to believe in paranormal phenomena.

NEW ROLES OF NURSES

Multidisciplinary Team Operation in Visiting Nurse Services

Palliative care uses a multidisciplinary approach perhaps more often than any other type of healthcare. A little over a year ago, Maximilianovskaya City Hospital No. 28 in St. Petersburg launched a visiting nurse service for non-cancer patients. The hospital's chief nurse explains the service's operation and the role of nurses in its functioning.

HIGHLY DANGEROUS INFECTIONS

Measles in Children and Adults

In recent years, various media outlets, in particular online-based ones, have announced an impending measles outbreak. Many parents have been asking questions about the disease, and pediatric nurses need to be able to provide accurate and comprehensive answers as part of their health promotion and disease prevention responsibilities.

ДОБРОЕ ДЕЛО: НАЧАЛО ПОЛОЖЕНО

Дорогие читатели! Хотим обсудить с вами одну безусловно хорошую новость. Это не наступление весны, как вы, наверно, подумали, а принятие закона о паллиативной помощи. Хотя будем точными — 21 февраля Государственная Дума приняла, а 27 февраля Совет Федерации одобрил Федеральный закон (от 06.03.2019 №18-ФЗ) «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи». 6 марта закон был подписан Президентом Российской Федерации.

Почему это так важно? Казалось, внесено лишь несколько изменений в пять статей закона. Но таким образом паллиативная медицинская помощь была уточнена, расширена и максимально приближена к понятию медико-социальной помощи, какой она является во всем мире. Пациент в полной мере обрел субъектность, а значит, более осознанными стали его права.

«Паллиативная помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающий медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания», — говорится в новой версии закона. Ранее паллиативная помощь определялась законом как один из видов медицинской помощи, представляющий собой «комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан». Сейчас пациент получил право не только на медицинскую, но и на психологическую помощь, духовную поддержку, участие в его судьбе не только медицинских, но и социальных служб, религиозных организаций, волонтеров.

Теперь паллиативная медицинская помощь может оказываться не только «в амбулаторных условиях и стационарных условиях», но и на дому. И помощь на дому может быть комплексной, поскольку новая версия закона гарантирует обеспечение паллиативного больного лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и средствами ухода даже в том случае, когда он остается дома с родными. Паллиативная помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, и в условиях дневного стационара, стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи. Медицинские организации осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, людьми, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами, а также организациями социального обслуживания, духовными организациями.

Чрезвычайно важно, что прописано право пациента на обезболивание, в том числе опиоидными анальгетиками и психотропными препаратами, и, что весьма существенно, обезболивание полагается не только при медицинских вмешательствах, но и при состояниях. Кроме того, пациенту предоставляются для использо-

вания на дому медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма, то есть помощь осуществляется в полном объеме.

Закон дополнен нормой об оказании больному паллиативной помощи и в том случае, когда он не способен выразить свое согласие и отсутствует его законный представитель. Если раньше паллиативный пациент должен был дожидаться решения врачебной комиссии, а без этого его нельзя было обезболить, то сейчас это ограничение снято — решение может принять лечащий или дежурный врач или консилиум врачей.

Учредитель благотворительного фонда помощи хосписам «Вера», руководитель Московского многопрофильного центра паллиативной помощи Департамента здравоохранения г. Москвы, член центрального штаба Общероссийского народного фронта (ОНФ) Нюта Федермессер назвала данный закон началом новой эры в паллиативной помощи, где есть право на качество жизни до последнего дня.

Конечно, возникает вопрос — а как внедрить все эти замечательные нормы в жизнь? Что делать?

Пока мы пишем эти строки, Министерство здравоохранения Российской Федерации еще должно подготовить нормативные акты в развитие принятого закона. Основными действующими актами в этой сфере остаются Приказ Минздрава РФ «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» от 14.04.2015 № 187н, а также Приказ Минздрава РФ «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям» от 14.04.2015 № 193н.

В настоящее время Минздрав России и Министерство труда и социальной защиты РФ разрабатывают межведомственный акт о взаимодействии в рамках оказания паллиативной помощи. Этот документ должен помочь организовать работу в регионах по данному направлению.

ОНФ отобрано 25 пилотных территорий, где специалисты МЗ РФ и Фонда «Вера» будут создавать и апробировать региональные программы паллиативной помощи.

Проблем, связанных с оказанием паллиативной помощи, остается великое множество. Это и дефицит подготовленных кадров, и незакрытый вопрос с уголовной ответственностью за ошибки медиков в работе с наркотиками, и отсутствие стандартов и протоколов помощи, и проблемы с детскими лекарственными формами — всего не перечислишь! Но прогресс есть — принят хороший закон. Надо следовать по этому пути дальше.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО — ОСНОВА КАЧЕСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

15-17 февраля в Москве прошел XXI Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», крупнейшее событие в сфере детской медицины. Ежегодно в нем участвуют более 5000 экспертов и ученых, преподавателей высшей школы и студентов, педиатров, медицинских сестер и фельдшеров из России и зарубежья.

На конгрессе обсуждались профилактика заболеваемости, охрана репродуктивного здоровья, питание ребенка, высокотехнологичные методы диагностики и лечения болезней, включая онкологические заболевания, школьная медицина, хирургия, проблемы детской инвалидности, роль медицинских сестер в педиатрии и др.

В рамках конгресса прошли I Всероссийский форум «Волонтеры-медики — детям России», I Национальная ассамблея «Защищенное поколение», I Всероссийский семинар «Страховая медицина в охране здоровья детей», VII Всероссийская конференция «Неотложная детская хирургия и травматология», VIII Евразийский форум по редким болезням, IX Форум детских медицинских сестер.

Организаторами выступили Минздрав России, Министерство науки и высшего образования и науки РФ, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и др.

Девиз сестринского форума — «Профессиональное сотрудничество как залог успеха работы детских медицинских сестер России» был выбран в этом году не случайно. Реалии здравоохранения быстро меняются, изменяется и роль медсестры в оказании медицинской помощи детям, поэтому обмен опытом и информацией важен сегодня как никогда.

В ходе форума говорили о нормативном регулировании, технологиях бережливого производства в сестринской практике, правовых вопросах, принципах коммуникации с родителями пациентов и других актуальных аспектах современного сестринского дела. Уровень докладов был традиционно высоким.

В работе форума приняли участие 288 специалистов сестринского дела из Читы, Москвы, Чебоксар, Краснодара, Оренбурга, Курска, Самары, Уфы, Ижевска, Екатеринбурга, Новосибирска, Тюмени, Казани и других регионов.

Мероприятие было организовано лабораторией «Организация сестринского дела в педиатрии» Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей (НМИЦЗД) Минздрава России во главе с ее руководителем Еленой Бирюковой.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ

Работу форума детских медсестер России открыл доклад главного внештатного специалиста по управлению сестринской деятельностью МЗ РФ,

директора Института сестринского дела Самарского государственного медицинского университета Сергея Двойникова. Доклад был посвящен проекту приказа Минздрава России, устанавливающего общие правила работы педиатрических медсестер.

Целью разработки документа является упорядочивание работы сестринской службы в педиатрии, создание правовой основы для проведения проверок контролирующими органами. В приказе предстоит учесть уже существующие стандарты в сфере здравоохранения, в частности, принципы оснащения кабинетов и рабочих мест персонала, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи, а также специфику работы педиатрических медсестер в организациях разного профиля на территориях с разной плотностью населения.

Авторы документа работают в жестких рамках — все регламентируемые новым приказом обязанности и функции должны выполняться сестринским персоналом исключительно по назначению врача, под его контролем и при условии наличия лицензии на соответствующий вид деятельности. Такие условия не могут не вызывать беспокойства сестринской общности, заметил С. Двойников. В последние годы много внимания уделяется инновационным сестринским технологиям, расширению функционала медсестры, ее профессиональной самостоятель-

ности, совершенствованию сестринского образования, поэтому трудно воспринимать подобный подход иначе, как шаг назад.

Согласно приказу, детская медсестра должна уметь работать в команде с врачом-педиатром и другими членами междисциплинарной бригады, проводить санитарно-просветительскую работу, вакцинопрофилактику, динамическое медицинское наблюдение и уход за новорожденным и детьми раннего возраста, диспансеризацию, медико-социальную подготовку детей к школе и др.

Она будет обязана пройти процедуру аккредитации и соблюдать стандартные операционные процедуры (СОПы), принципы безопасности медицинской помощи, этики и деонтологии, заниматься профилактикой возможных конфликтов и др.

Завершая свое выступление, Сергей Двойников призвал собравшихся принять участие в обсуждении проекта. Он отметил, что приказ выдвигает новые требования к специалистам и для их выполнения важно создание школы педиатрических медицинских сестер, в рамках которой медсестры смогли бы обмениваться передовым опытом, выстраивать траекторию профессионального развития.

Качество оказания медицинской помощи зависит не только от уровня материально-технической оснащенности медицинских организаций и профессиональной подготовки

На церемонии открытия конгресса были подведены итоги конкурсов Союза педиатров России: «Детский врач 2018 года», «Детская медицинская сестра 2018 года», «Медицинская организация педиатрического профиля 2018 года», «Лучший художественно-исторический очерк по истории российской педиатрии».

В номинации «Старшая медсестра с высшим образованием» победила старшая медицинская сестра гастроэнтерологического отделения Самарской областной детской клинической больницы им. Н.Н. Ивановой Елена Гордеева; в номинации «Старшая медсестра отделений для новорожденных» первенствовала старшая медицинская сестра отделения патологии новорожденных и недоношенных детей Забайкальского краевого перинатального центра Ольга Фролова; в номинации «Старшая медицинская сестра дома ребенка» победу одержала старшая медицинская сестра специализированного дома ребенка (г. Курск) Вера Хохлова. Лучшей старшей медсестрой хирургического отделения стала старшая медицинская сестра отоларингологического отделения Детской республиканской клинической больницы республики Марий Эл Екатерина Евдокимова.

Благодарность Министерства здравоохранения Российской Федерации за заслуги перед российским здравоохранением получила медицинская сестра Детского клинического медицинского центра г. Читы Мария Прокофьева.



Награду Вере Хохловой вручает Александр Румянев, президент Национального медицинского исследовательского центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева



Слева направо: Екатерина Евдокимова, Вера Хохлова, Ольга Фролова и Елена Гордеева

медицинских работников, но и от юридической грамотности медиков. Как сообщила в своем выступлении заведующая кафедрой гражданского и предпринимательского права Всероссийского государственного университета юстиции (г. Москва) Марина Илюшина, постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28 июня 2012 года «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» установило новые принципы правового регулирования предоставления гражданам медицинских услуг. Сегодня в этой сфере применяется законодательство о защите прав потребителей.

А это значит, подчеркнула докладчик, что предоставлению услуги должно предшествовать информирование пациента о сути вмешательства, его особенностях, возможных рисках и осложнениях, наличии противопоказаний. Важно, чтобы информация была предоставлена в полном объеме, а пациент ее правильно понял. Современная судебная практика показывает, что недостаточное информирование пациента может стать основным аргументом в пользу пациента-истца.

Применение современных инструментов качества, таких как корпоративная культура, технологии бережливого производства, поможет не только повысить эффективность медицинской помощи, но и установить между пациентом и ме-

диком доверительные партнерские отношения.

Об этом говорила в своем докладе главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Министерства здравоохранения Российской Федерации в Уральском Федеральном округе и Министерства здравоохранения Свердловской области, директор Свердловского областного медицинского колледжа Ирина Левина.

Корпоративная культура призвана сохранить доверие между пациентом и медицинским сотрудником, основанное на уважении ценностей друг друга, своевременно выявить и решить возникающие в этой сфере проблемы. Среди основных норм корпоративной культуры И. Левина выделила гибкий подход к решению проблем, уважение к пациентам, соблюдение отраслевых стандартов, открытое обсуждение проблем, приверженность целям организации, создание атмосферы взаимного уважения руководства и сотрудников.

Реализация этих норм должна опираться на принципы бережливого производства, которые предполагают непрерывное совершенствование процессов управления, организации труда и других аспектов деятельности. Такое постоянное совершенствование дает медицинской организации неоспоримые преимущества: снижение потерь в процессе оказания услуг, а значит, и сокращение затрат, рост качества труда и

заинтересованности сотрудников в улучшении своей работы.

Инструменты бережливого производства с успехом внедряются сегодня во многих медицинских организациях в России, например, они были использованы при внедрении «московского стандарта поликлиники». Об этом рассказала старшая медицинская сестра филиала Научно-практического центра специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого (г. Москва) Елизавета Бирюкова.

Краудсорсинг-проект «Московская поликлиника» стартовал в 2015 году. По итогам более чем 27 тыс. предложений участников проекта Департамент здравоохранения Москвы разработал программы «Московский стандарт поликлиники» и «Московский стандарт детской поликлиники». Были учтены особенности оказания амбулаторно-поликлинической помощи детям: малая доля хронических заболеваний, большой объем профилактической работы (вакцинация, патронажи), высокий риск распространения инфекционных заболеваний (многие дети посещают образовательные учреждения).

Стандарт предполагает меры по сокращению очередей, улучшению работы регистратур, повышению комфорта. Была упрощена процедура выписки льготных рецептов, созданы кабинеты здорового ребенка,

(Окончание на с. 29)

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ БОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ И КАЧЕСТВЕННЫМ

Президент России Владимир Путин в своем послании Федеральному собранию 20 февраля отметил рост доступности медицинской помощи, но вместе с тем указал на растущее недовольство граждан качеством медицинского обслуживания.

Об этой системе судят, как правило, по первичному звену — поликлиникам, амбулаториям, фельдшерско-акушерским пунктам, отметил глава государства, именно к их работе у людей больше всего претензий. Зачастую к нужному специалисту многодневная очередь, невозможно быстро и бесплатно пройти необходимое обследование, а в отдаленных населенных пунктах проблематично даже попасть к медицинскому работнику.

В связи с этим президент призвал к 2020 году сделать медпомощь доступной «во всех без исключения населенных пунктах». Также глава государства попросил правительство распространить опыт пилотного проекта по внедрению принципов бережливого производства на все поликлиники страны. «Главное, чтобы люди почувствовали

уважительное, по-настоящему бережное отношение к себе, к своему здоровью со стороны государства», — подчеркнул В.В. Путин.

Детские поликлиники необходимо будет перевести на новые стандарты к 2021 году, а в ближайшее время предстоит создать, по меньшей мере, два детских реабилитационных центра мирового уровня.

В течение 2019 — 2020 годов будут построены 1590 врачебных амбулаторий и фельдшерских пунктов.

Необходимо снять возрастные ограничения для участников программы «Земский доктор», чтобы специалисты старше 50 лет могли получить единовременную выплату при переезде на работу в сельскую местность или в малый город, сказал Президент России.

Кроме того, президент предложил выделить на помощь онкобольным не менее 1 трлн рублей, «в корне изменить систему помощи людям, нуждающимся в долговременном уходе», а также как можно скорее принять закон о паллиативной помощи тяжелобольным людям.

ВЫСОКИЕ ЗАРПЛАТЫ В МЕДИЦИНЕ — МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

По данным Росстата, средняя зарплата врачей в России в 2018 году составила 75 007 рублей, что на 24% больше, чем годом ранее (56 445 рублей). Самые высокие зарплаты на Чукотке и в Ямало-Ненецком АО: более 180 тыс. рублей в месяц, чуть меньше получают медики в Ненецком АО (158 тыс.), Магаданской области (143 тыс.) и Москве (138,6 тыс.). Самые низкооплачиваемые врачи работают в Дагестане, Кабардино-Балкарии, Ингушетии, Северной Осетии и Карачаево-Черкесии. Их зарплаты составляют около 43 тыс. рублей.

Цифры впечатляют, однако медицинское сообщество, когда слышит о таких показателях, недоумевает. В реальности большинство врачей получают совсем другие деньги.

Дело в том, что данные Росстата — это средняя зарплата, поясняет заместитель председателя профсоюза работников здравоохранения Геннадий Щербаков. Она совершенно не гарантирована каждому врачу, медсестре или санитарке, ведь стаж работы, уровень квалификации и должности у всех разные, на нее можно ориентироваться только как на статистическую информацию.

Чтобы реально показать выполнение указа президента, нужно считать среднюю зарплату не на физическое лицо, а на единицу штатного расписания, подчеркивает Г. Щербаков. Штатное расписание — это ставки. А физическое лицо, при условии дефицита медицинских кадров, считается с учетом всех видов дополнительных работ, например, совместительства, то есть на 1,5-2 ставки. А если считается оплата труда на Севере, то там заложена не только зарплата, но и «северные» надбавки.

Выполнение майских указов осуществлялось в условиях недостаточного финансирования оплаты труда, поясняет заместитель председателя профсоюза. И чтобы достигнуть нужных статистических показателей, в некоторых регионах шли на разные ухищрения: закрывались медицинские организации; сокращались коечные места в стационарах, количество фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских работников; изменялись штатные расписания — некоторые категории работников сокращались или переводились на должности немедицинского персонала.

СТОЛИЧНЫЙ ПРОФСОЮЗ ЗАЩИТИЛ ПРАВА РАБОТНИКА

В декабре 2018 г. в юридический отдел правовой инспекции труда профсоюза обратилась член профсоюза, заведующая эндокринологическим отделением одной из больниц Минздрава России, расположенных в Москве, с заявлением о нарушении ее прав при увольнении по сокращению штата работников.

В целях защиты трудовых прав работника правовым инспектором труда профсоюза была проведена внеплановая выездная целевая проверка. В ходе проверки было установлено, что работодателем при принятии решения об увольнении заведующей эндокринологическим отделением по сокращению штата работников была нарушена статья 179 Трудового кодекса РФ — не были учтены положения части 1

о преимущественном праве на оставление на работе при сокращении численности или штата работников. Кроме того, работодателем был нарушен порядок учета мнения выборного органа первичной профсоюзной организации, установленный частью 1 статьи 373 Трудового кодекса РФ.

По результатам осуществления контроля за соблюдением трудового законодательства и иных актов, содержащих нормы трудового права, представителю работодателя выдано обязательное для исполнения Представление об устранении выявленных нарушений.

Нарушение было устранено работодателем в полном объеме, заведующая эндокринологическим отделением восстановлена в должности.

ТАТЬЯНА СЕМЕНОВА: ПОНЯТИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ОБЕСЦЕНИЛОСЬ

Активнее участвовать в оценке квалификации врача призвала профессиональное сообщество директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семенова в своем выступлении на XXI Конгрессе педиатров России.

Т. Семенова обратила внимание участников конгресса на весьма слабый прирост, а по некоторым специальностям и на значительное уменьшение высококвалифицированных специалистов — врачей, которым присвоена высшая, первая или вторая категории. Президент Национальной медицинской палаты Леонид Рощаль также поднял этот вопрос недавно, назвав одним из наиболее болезненных вызовов обесценивание понятия квалификации, сообщила Татьяна Семенова.

«Наше профессиональное сообщество состоит из высококвалифицированных специалистов и может нормально саморегулироваться», — убеждена руководитель департамента МЗ РФ. «Попытайтесь пойти к вашим руководителям в органах власти субъектов, — обратилась она к главным специалистам региональных министерств. Обязательно нужно донести, что ключевое в оценке квалификации — это участие профессионального сообщества. Вы не можете, будучи членами Союза педиатров России, Национальной медицинской палаты, не участвовать в профессиональной деятельности у себя на территориях. Профессиональное сообщество должно определять, кто врач высшей категории, кто первой, кто второй. Только специалисты могут оценить коллегу, который работает рядом».

СПОРНЫЕ ПЕРИОДЫ РАБОТЫ ВКЛЮЧЕНЫ В ТРУДОВОЙ СТАЖ

В Тамбовскую областную организацию профсоюза обратилась медицинская сестра одной из организаций региона с просьбой помочь ей включить в стаж, дающий право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, следующие периоды деятельности в льготном исчислении (1:1,6): отпуск по беременности и родам (до 06.10.1992 г.); отпуск по уходу за ребенком до 1,5 лет (до 06.10.1992 г.); отпуск по беременности и родам (после 06.10.1992 г.); а также в календарном исчислении курсы повышения квалификации. Ранее медсестре было отказано Пенсионным фондом во включении в стаж этих периодов.

Правовым инспектором труда было подготовлено исковое заявление в суд, в котором указывалось на обоснованность отказа ПФ РФ.

Период нахождения истицы в отпуске по уходу за ребенком имел место до 6 октября 1992 года, таким образом, данный период подлежит включению в стаж работы по специальности независимо от времени обращения работницы за назначением пенсии и времени возникновения права на досрочное назначение пенсии по старости.

Отпуск по беременности и родам после 6 октября 1992 года также должен быть включен в стаж работы по специ-

альности, так как данный период следует рассматривать как период получения пособия по беременности и родам в период временной нетрудоспособности, что является основанием для включения его в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости.

Периоды прохождения курсов повышения квалификации должны быть включены в стаж, дающий право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, так как повышение квалификации является обязанностью медицинского работника для допуска к осуществлению лечебной работы.

Суд, рассмотрев дело, принял решение в пользу истицы. Все спорные периоды были включены в стаж. Таким образом, по состоянию на день обращения истицы за назначением пенсии в Управление Пенсионного фонда РФ стаж лечебной деятельности составил 29 лет 2 месяца и 6 дней. В будущем, набрав недостающий стаж практической деятельности (9 месяцев 24 дня) медицинская сестра сможет обратиться в Управление Пенсионного фонда за назначением досрочной трудовой пенсии по старости в соответствии с пп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 г. № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в РФ».

ДЛЯ БРЯНСКИХ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ ПЛАНИРУЮТ ЗАКУПИТЬ БОЛЕЕ 500 КВАРТИР

В Брянской области планируют решать проблему дефицита кадров, предоставляя молодым медикам жилье. Местные власти намерены приобрести для этих целей свыше 500 квартир. Об этом сообщил губернатор региона Александр Богомаз.

По его словам, в прошлом году была принята областная программа по покупке жилья для молодых специалистов-медиков. Из бюджета региона выделили 1 млрд рублей. В 2018-м власти уже закупили 41 квартиру, и этот шаг дал хорошие результаты. «Мы уже имеем результат, когда к нам начали приезжать молодые специалисты, которые

учатся в различных вузах нашей страны», — рассказал губернатор.

Кроме того, он считает, что результатом реализации программы станет не только решение проблемы нехватки врачей, но и обновление их действующего кадрового состава. По словам А. Богомаза, программа будет продолжена, пока не удастся обновить состав врачей на 30 %. Предполагается, что, набравшись опыта и поучившись у опытных врачей, молодые специалисты смогут в будущем возглавить медицинские организации Брянской области.

В ДЕНЬ ЮБИЛЕЯ И ВСЕГДА



13 февраля отметила круглую дату со дня рождения Валентина Александровна Вишнякова — замечательный человек, профессионал с большой буквы, талантливый управленец, идейный вдохновитель и лидер Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональные медицинские специалисты». В этот день и правление, и все члены Забайкальской профессиональной организации хотели бы рассказать всем о своем руководителе и учителе, одной из лучших представителей сестринской профессии. Слово — им.

Валентина Александровна — принципиальный и целеустремлённый человек; её личностные качества — энергичность, отзывчивость, трудолюбие, оптимизм — уже давно снискали ей авторитет. Понятно, что руководителями не рождаются, ими становятся, поднимаясь по карьерной лестнице. Однако отметим закономерность: вести за собой людей способны лишь инициативные, активные, неординарные личности. Именно такой и является Валентина Александровна.

После окончания Читинского медицинского училища Валентина Александровна на протяжении 20 лет работала в Областной клинической больнице им. В.И. Ленина. Сначала в должности медицинской сестры, старшей медицинской сестры ортопедо-травматологического отделения, затем как старшая медицинская сестра отделения принимала личное участие в открытии и становлении нового для забайкальской медицины направления — детской нейрохирургии.

Работая главной медицинской сестрой, в период с 1988 по 1990 годы, В.А. Вишнякова исполняла обязанности главного внештатного специалиста по сестринскому делу Областного комитета здравоохранения. В январе 1990 г. Валентина Александровна была назначена главной медицинской сестрой Комитета здравоохранения Читинской области.

За время работы в данной должности ею была создана вертикаль управления сестринским делом в регионе. В целях обеспечения управления деятельностью специалистов сестринского дела В.А. Вишнякова разработала и внедрила в работу медицинских организаций региона многоуровневую организационную структуру управления сестрин-

скими службами с рациональным распределением функций и полномочий: от главного специалиста по сестринскому делу Комитета здравоохранения до медицинской сестры, находящейся рядом с пациентом. На основе ежегодного мониторинга всего кадрового состава был создан банк данных по среднему медицинскому персоналу. Разработанные и внедренные на практике формы годового отчета главных медицинских сестёр помогли своевременно принимать меры по сохранению кадровых ресурсов, осуществлять набор в учебные заведения, обеспечивать их подготовку и переподготовку.

В 1990 году было открыто училище повышения квалификации средних медицинских работников, а в 1996 году — отделение высшего сестринского образования на базе Читинской государственной медицинской академии, благодаря чему наш регион вошел в число территорий РФ, где реализуется концепция непрерывного многоуровневого сестринского образования.

Под руководством Валентины Александровны Вишняковой впервые были организованы профессиональные конкурсы на звание «Лучший по профессии». Все это положило начало единению сестринского персонала в профессиональную команду. Так, в 1993 году была создана Ассоциация средних медицинских работников Читинской области, которая в настоящее время насчитывает в своих рядах около 11 000 медицинских специалистов со средним и высшим медицинским образованием и является одним из самых сильных профессиональных сообществ в России.

Формируя региональное ядро медицинских сестер новой формации, Валентина Александровна одной из

первых медицинских сестер получила высшее сестринское образование в Читинской государственной медицинской академии.

По инициативе В. А. Вишняковой, в современную структуру ЗРОО «ПрофМедСпец» входят профессиональные комитеты по всей номенклатуре специальностей, в том числе комитеты профессиональной этики, защиты и права, ревизионный, учебный, контроля за инфекционной безопасностью и т.д. Такая вертикаль организации работы помогла по-настоящему объединить, заинтересовать и защитить специалистов сестринского дела, учитывая особенности каждой специальности.

Комплекс проводимых мероприятий способствовал быстрому развитию сестринского дела в регионе, и край был выбран для участия в международных проектах.

Валентина Александровна более 25 лет организует и проводит аттестацию специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием на квалификационную категорию. Вначале широко использовались выездные заседания аттестационной комиссии в районах края (от 15 до 20 в год), а теперь аттестация проводится с помощью видеоконференцсвязи. Все специалисты проходят предаттестационную подготовку в профессиональных комитетах организации по всей номенклатуре специальностей. В результате с 1999 года процент аттестованных повысился с 29,9% до 73,5% (1 место из 12 территорий СФО на протяжении 10 лет), сертифицированных — с 17% до 96,4% (2 место по СФО).

Непрерывно учиться, быть в курсе мировых медицинских инноваций,

актуальных нормативных документов, так необходимых для работы, интересоваться событиями в сестринском мире — все это стало реальностью для медицинских сестер, работающих в Забайкальском крае благодаря Валентине Александровне Вишняковой, настоящему лидеру сестринского дела.

Профессиональную подготовку специалистов Валентина Александровна считает одним из основных направлений своей деятельности.

Одной из первых в России общественная профессиональная организация в Забайкалье под руководством В.А. Вишняковой начала эксперимент по внедрению кумулятивно-зачетной (накопительной) системы повышения квалификации медицинских сестер.

С 2005 года все проводимые конференции по специальностям носят не только обучающий, но и оценочный характер благодаря тестированию по федеральным тестам. Участникам выдаются сертификаты, где указаны темы, количество часов и результаты тестирования. Если набрано необходимое количество часов обучения за 5 лет, это позволяет не проходить обучение на базе факультета повышения квалификации и сэкономить денежные средства лечебного учреждения по статье обучение.

Под руководством Валентины Александровны Вишняковой специалисты сестринского дела Забайкальского края вошли в состав 5 территорий России по разработке простых медицинских услуг по всей номенклатуре специальностей. В 2009 году Экспертным советом по проблемам качества оказания

медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях Забайкальского края были утверждены поданные на рассмотрение 21 стандарт профессиональной деятельности и 447 стандартов технологий выполнения простых медицинских услуг по всей номенклатуре специальностей.

Специалисты среднего звена Забайкальского края ежегодно участвуют во Всероссийских конкурсах (каждый раз завоевывая призовые места и звания лауреатов конкурса), что позволяет повышать престиж профессии и формировать портфолио специалистов.

Валентина Александровна Вишнякова — инициатор и организатор:

- мероприятий по выполнению приказа МЗ РФ №309 «Дорожная карта по расширению функции специалистов со средним медицинским образованием» — медицинской сестры «универсальной», акушерки с расширением функции — выполнением обязанностей медицинской сестры по уходу за новорожденными. Данный принцип работы внедрен и продолжает работать в медицинских организациях края. Представлены доклады на заседаниях Профильной комиссии по управлению сестринской деятельностью МЗ РФ в городах Петрозаводске, Ялте, Казани.

- реализации совместных проектов ЗРОО «ПрофМедСпец» и Министерства здравоохранения Забайкальского края: по внедрению телекоммуникационных технологий; проекта «Координаторы здоровья»; развития пациентоориентированного направления в работе специалистов среднего

звена путем проведения краевого конкурса «Я работаю для пациента» (с 2014 года ежегодно) с выделением призового фонда профессиональной организации.

На протяжении 20 лет В.А. Вишнякова — активный член Координационного Совета по сестринскому делу МЗ РФ. Имеет более 30 публикаций в профессиональных изданиях, входит в состав редакционного совета журнала «Сестринское дело» и рабочих групп по созданию методических материалов для медицинских сестер различных специальностей.

В.А. Вишнякова за многолетний добросовестный труд, заслуги в области здравоохранения награждена почетными грамотами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзора), Государственной Думы, грамотой директора Департамента Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Минздрава ЗК. Она — заслуженный работник здравоохранения Забайкальского края и заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации. В.А. Вишнякова — член рабочей группы профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения МЗ РФ по специальности «Управление сестринской деятельностью», возглавляет подкомиссию №4 «Совершенствование профессиональной деятельности», председатель аккредитационной комиссии средних медицинских работников Забайкальского края, вице-президент Союза медицинских профессиональных специалистов.

Уважаемая Валентина Александровна!

Примите самые искренние поздравления от правления и всех членов Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональные медицинские специалисты» в день Вашего юбилея!

Профессиональный подход к делу, активная жизненная позиция, требовательность в работе и, в первую очередь, к себе, создали Вам заслуженный авторитет.

Знания, оптимизм и вера в важность дела — Ваше кредо.

Совместная работа с Вами — это урок жизненной мудрости и мастер-класс профессионала высокого уровня. В свое дело Вы вкладываете душу и сердце.

Желаем Вам здоровья, счастья, удачи во всех начинаниях, и пусть любимая работа всегда занимает особое место в Вашей жизни!

Пусть Ваш юбилей принесет Вам массу положительных эмоций, а рядом будут только самые дорогие и близкие сердцу люди.

Пусть будет меньше поводов для расстройств, а побольше причин для радости!



ОПЕРАЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ — УВЕРЕННЫЙ ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

15 февраля в конференц-зале Санкт-Петербургской городской больницы Святого Великомученика Георгия прошла региональная научно-практическая сестринская конференция «Операционные медицинские сестры. Уверенный взгляд в будущее». Организаторы — ПРОО медицинских работников Санкт-Петербурга, Комитет по здравоохранению при Правительстве Санкт-Петербурга, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, городская больница Святого Великомученика Георгия, Санкт-Петербургская городская больница №40.

В работе конференции приняли участие руководители сестринских служб медицинских организаций региона, преподаватели СПО медицинского профиля, ведущие специалисты практического здравоохранения в области организации и обеспечения медицинской помощи по профилю «Операционное дело».

С приветственным словом к участникам конференции обратились заместитель председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга О.В. Гранатович; главный врач городской больницы Святого Великомученика Георгия, д.м.н. В.В. Стрижелецкий; президент ПРОО медицинских работников Санкт-Петербурга, доцент кафедры Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, к.м.н. Г.М. Подопригора.

Работу конференции открыло выступление старшей операционной медицинской сестры операционного блока Санкт-Петербургской городской больницы №40, председателя секции «Операционное дело» ПРОО медицинских работников Санкт-Петербурга Ольги Мальми. Она выступила с докладом «Представление. План работы секции «Операционное дело» на 2019 год».

По данным Росстата, в 2018 году в Санкт-Петербурге работали около 45000 медицинских сестер, из них операционных — всего 1412. Операционных медицинских сестер крайне мало, а проблем и рабочих вопросов возникает много и каждый — это вопрос жизни и смерти пациентов. Работа Профессиональной региональной общественной организации медицинских работников Санкт-Петербурга, и, в частности, секции «Операционное дело», направлена на объединение операционных медицинских сестер, заинтересованных в постоянном профессиональном обучении. Важной задачей является активное привлечение операционных медицинских сестер к работе в секции.

С целью обмена информацией среди операционных медицинских сестер секцией «Операционное дело» были организованы группы в социальных сетях, где ее участники могут задавать интересующие вопросы и вести дискуссии на профессиональные темы.

Секцией «Операционное дело» на 2019 год запланировано проведение ежеквартальных собраний, которые названы «Школой операционной медицинской сестры». Данная школа призвана познакомить друг с другом операционных медицинских сестер, работающих в одном направлении. Например, в одной из медицинских организаций Санкт-Петербурга соберется небольшая группа операционных медицинских сестер,

работающих по направлению травматология и ортопедия, и они в форме диалога смогут обсудить специфику своей работы.

История операционного сестринского дела в России стала темой доклада старшей операционной медсестры Санкт-Петербургской городской больницы №40 Анастасии Мунгаловой.

Британский хирург Джозеф Листер (1827-1912) был создателем антисептического метода проведения оперативных вмешательств и лечения ран. Антисептические мероприятия по Листеру включали распыление в воздухе карболовой кислоты; обработку инструментов, шовного и перевязочного материала, а также рук хирурга 2-3% раствором карболовой кислоты; обработку тем же раствором операционного поля; использование специальной повязки (после оперативного вмешательства рану закрывали многослойной повязкой, слои которой были пропитаны карболовой кислотой в сочетании с другими веществами).

Немецкий хирург Эрнст фон Бергман (1836-1907) был основоположником асептики. Он предложил физические методы обеззараживания: кипячение, обжигание, автоклавирование. В 1890 году на X Международном конгрессе хирургов в Берлине был официально принят основной постулат асептики: «Всё, что соприкасается с раной, должно быть стерильно».

С докладом на тему «Современные хирургические методы лечения оториноларингологических заболеваний» выступила операционная медицинская сестра центрального операционного отделения Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никитина МЧС России Юлия Козлова.

Она отметила, что применение лазера для лечения ЛОР-патологий значительно эффективнее традиционных методов хирургии. Разрушение тканей лазером практически бескровно, что связано с коагуляцией крови в просвете капилляров в зоне коагуляционного некроза и образованием так называемого лазерного тромба. Так, на сегодняшний день метод установки имплантов Pillar в мягкое небо является наиболее щадящим и эффективным методом лечения храпа.

Операционная медицинская сестра в современных условиях, кроме своих непосредственных обязанностей по подготовке к операции, материально-техническому обеспечению, строгому соблюдению правил асептики и антисептики, является полноценным участником операционного процесса, обеспечивает безопасность и удобство работы операционной бригады, несет от-

ветственность за сохранность аппаратуры, ведет медицинскую документацию.

Доклад «Я — в профессии операционная медицинская сестра» представила операционная медицинская сестра Санкт-Петербургской городской больницы №40 Елизавета Надежкина.

Случайных людей в профессии операционной медицинской сестры не бывает, заметила докладчик. Тот, кто «заболел» хирургией, никогда не поменяет ежедневную борьбу за жизнь пациента на спокойную кабинетную работу. Операционная медицинская сестра — это душа операционной, специалист, владеющий достаточным потенциалом для решения самых сложных задач, задачами менеджера, педагога, психолога, инженера, обладающий мудростью и чуткостью. От знаний и опыта операционной медицинской сестры зависит слаженность и безопасность работы операционной бригады, спокойствие пациента и его близких.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница №40» — одно из старейших медицинских учреждений Санкт-Петербурга, чья история отсчитывается с петровских времен. Раньше больница была лазаретом на 50 коек при оружейном заводе. В настоящее время больница входит в пятёрку наиболее мощных 1000-коечных стационаров Санкт-Петербурга, занимает ведущее место по числу коек восстановительного лечения и медицинской реабилитации в России. За несколько последних лет больнице удалось приобрести заслуженную репутацию одного из лучших учреждений городского здравоохранения.

В операционном блоке больницы все операционные медицинские сестры — универсальны, то есть могут работать во всех операционных больниц. Такая ротация дает возможность быстро почувствовать, что такое операционное дело, и получить большое количество информации о различных видах оперативных вмешательств. Ротация обеспечивает уверенность при возникновении любой нештатной ситуации в операционной. Ввиду постоянной ротации операционные медицинские сестры не чувствуют однообразия рутинной работы. Такое распределение сил в операционном блоке позволяет постоянно развиваться и совершенствовать свою работу.

«Трансляция из интегрированной операционной» — такова была тема выступления заведующего отделением анестезиологии и реаниматологии городской больницы Святого Великомученика Георгия Юрия Боробова.

Он отметил, что интегрированная операционная — это, в первую очередь, помещение, отвечающее самым высоким гигиеническим стандартам, инновационное высокотехнологичное модульное решение, предназначенное для проведения эндоскопических малоинвазивных вмешательств.

Специализированная система инновационной операционной позволяет связывать врачей, находящихся в любой точке планеты, либо организовать видеоконференцсвязь в высоком качестве внутри медицинской организации. При этом все данные шифруются системой, делая передачу абсолютно безопасной.



Выступает заместитель председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга О.В. Гранатович

Для оптимизации труда среднего и младшего медицинского персонала в инструментальной комнате установлена современная моечная машина, для обеспечения безопасной и бережной стерилизации инструментов — современный автоклав. Для локальных трансляций по оптоволокну из операционной видео- и аудиосигналы отправляются в конференц-зал и из конференц-зала обратно в операционную, что позволяет проводить интерактивные демонстрации и мастер-классы. В операционной предусмотрены широкие возможности и для обмена видео- и аудиосигналами на любом расстоянии. Операционная подключена к сети Интернет, что позволяет транслировать картинку и звук из операционной как в учебные классы, расположенные в больнице, так и в любую точку земного шара. Также предусмотрена связь с операционными OR1 во всем мире для обмена опытом с коллегами и получения оперативной консультации. Гибкая стандартизированная система разъемов и программного обеспечения позволяет с легкостью интегрировать в операционную новое оборудование, расширяя ее возможности. Таким образом, работая в операционной OR1, хирург может быстро, эффективно и безопасно выполнять свою работу, не отвлекаясь на второстепенные мелочи, что делает оперативное вмешательство быстрым, высокотехнологичным и безопасным.

Возможностям оперативной эндоскопии посвятила свой доклад старшая медицинская сестра эндоскопического отделения Санкт-Петербургской городской больницы Святого Великомученика Георгия Елена Богданова.

Оперативная внутриспросветная эндоскопия — современный метод выполнения хирургических вмешательств через естественные отверстия человеческого организма с помощью специальных аппаратов — эндоскопов. Его преимущества: малоинвазивное вмешательство, короткий послеоперационный период и экономическая эффективность.

Докладчик перечислила нормативные документы для обеспечения инфекционной безопасности: СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», СанПиН 3.1.3263-15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вме-

шательствах», МУ 3.5.1937-04 «Очистка, дезинфекция и стерилизация эндоскопов и инструментов к ним», МУ 3.1.3420-17 «Обеспечение эпидемиологической безопасности нестерильных эндоскопических вмешательств на желудочно-кишечном тракте и дыхательных путях».

Она рассказала, что в функциональные обязанности операционной медицинской сестры входят: осуществление подготовки материального оснащения; знание и соблюдение методов предстерилизационной обработки, дезинфекции, дезинфекции высокого уровня, стерилизации гибких эндоскопов и инструментов к ним; знание и соблюдение алгоритма выполняемого исследования, правил работы различного эндоскопического оборудования; знание всех видов инструментария и его правильного применения на практике; строгое соблюдение правил асептики; выполнение всех требований к подготовке и проведению исследований и оперативных вмешательств (сохранность стерильного инструментария и оборудования), осуществление контроля стерильности оборудования и инструментов, ведение отчетной документации.

Доклад на тему «Рентгеноконтрастные методы диагностики и лечения. Роль медицинской сестры» представила операционная медицинская сестра центрального операционного отделения Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России Ольга Анисова.

Благодаря рентгеноконтрастным методам диагностики и лечения внедряются высокотехнологичные, ресурсосберегающие, малоинвазивные методы диагностики и лечения, что позволяет снизить травматичность оперативных вмешательств и длительность послеоперационного периода. В связи с этим возрастает роль операционной бригады, в которой врачи и медицинские сестры совместно осваивают и успешно внедряют новые методики.

Докладчик подчеркнула, что с учетом современного развития медицинской науки, работа медицинских сестер по многим методикам требует профессионализма, качественных теоретических и практических навыков. Чем сложнее и технологичнее специальность, тем выше должна быть квалификация сестринского персонала. Специфика труда операционной медицинской сестры требует постоянной работы над собой, совершенствования навыков в проведении медицинских манипуляций.

Гигиене рук посвятила свой доклад врач-эпидемиолог городской больницы Святого Великомученика Георгия» Юлия Никуткина.

Многочисленные научные исследования показали, что контроль над инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и распространением антибиотикорезистентных штаммов, возможно установить только при достаточно высоком уровне соблюдения медицинским персоналом правил гигиены рук (не ниже 90%) и использования медицинских перчаток. Исследования, проведенные в стационаре путем наблюдения, показали, что в настоящее время приверженность медицинского персонала правилам гигиены рук не превышает 40%. В связи с этим неотъемлемой

частью профилактики ИСМП должна стать комплексная система мер, направленная на совершенствование гигиены рук и использование медицинских перчаток в стационаре.

Докладчик также рассказала о программе по гигиене рук в стационаре медицинской организации. Программа рассчитана на пять лет и разделена на три этапа. Первый этап — подготовительный. Целью подготовительного этапа является создание условий для соблюдения гигиены рук, использования медицинских перчаток и овладение персоналом необходимыми знаниями и практическими навыками в области гигиены. На данном этапе были разработаны анкеты для выявления основных личных и организационных причин, препятствующих, по мнению медицинского персонала, соблюдению правил гигиены рук и применения медицинских перчаток, выявлены предпочтения медицинского персонала по выбору медицинских перчаток, жидкого мыла, кожных антисептиков и профессионального крема для ухода за кожей рук. Создан чек-лист для аудита гигиены рук и использования медицинских перчаток в структурных подразделениях. Проведено обучение аудиторов по вопросам его заполнения. Подготовлены наглядные материалы, пособия, видеоролики и другие учебные материалы для дифференцированного обучения медицинского персонала. Второй этап — переходный. Целью переходного этапа является повышение мотивации сотрудников к выполнению правил гигиены рук и использованию медицинских перчаток. Основными задачами на данном этапе являются: проведение анализа трудностей, возникающих у медицинского персонала при выполнении правил гигиены рук и использования перчаток (по данным проведенного анкетирования сотрудников). Третий этап — завершающий. Целью завершающего этапа является не только достижение целей программы, но и удержание достигнутых показателей на требуемом уровне. На данном этапе активно включаются механизмы контроля эффективности программы: проведение проверок полноты соблюдения медицинским персоналом гигиены рук с использованием лабораторного контроля.

По отзывам участников, конференция позволила практикующим операционным медицинским сестрам встретиться с коллегами, обсудить актуальные рабочие вопросы и обменяться опытом по различным аспектам своей специальности.

А.В. АВЕРИН,

менеджер Союза медицинских профессиональных организаций,

Г.М. ПОДОПРИГОРА,

кандидат медицинских наук, президент ПРОО медицинских Работников Санкт-Петербурга»,
доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности

Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова,

Е.В. ПОЛЯКОВА,

главная медицинская сестра Городской больницы Святого Великомученика Георгия

Ассоциация организаций
осуществляющих содействие
деятельности специалистов с высшим
сестринским, средним медицинским
и фармацевтическим образованием

**«СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ»**



ВЕСТИ

СОЮЗА МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

СМПО ОБЪЕДИНЯЕТ региональные профессиональные ассоциации из самых разных регионов России: Алтая, Бурятии, Забайкальского края, Башкортостана, Татарстана, Чувашии, Свердловской, Челябинской, Самарской областей, Санкт-Петербурга, Новосибирска и др.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ — ЧЛЕНЫ СМПО:

- Региональная общественная организация «Ассоциация средних медицинских работников Свердловской области»,
- Забайкальская региональная общественная организация «Профессиональные медицинские специалисты»,
- Самарская региональная общественная организация медицинских сестер,
- Межрегиональная общественная организация операционных медицинских сестер,
- Некоммерческое партнерство «Ассоциация специалистов с высшим сестринским образованием»,
- Общественная организация «Ассоциация медицинских сестер Республики Татарстан»,
- Алтайская региональная общественная организация «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников»,
- Региональная общественная организация «Профессиональная ассоциация специалистов с высшим сестринским, средним медицинским и фармацевтическим образованием Республики Башкортостан»,
- Региональная общественная организация «Новосибирская профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела»,
- Профессиональная Региональная Общественная Организация Медицинских Работников Санкт-Петербурга,
- Мордовская республиканская общественная организация «Мордовская ассоциация специалистов со средним медицинским образованием»,
- Астраханская региональная общественная организация «Ассоциация медицинских работников высокотехнологичных центров»,
- Общественная организация «Ассоциация средних медицинских работников Республики Бурятия»,
- Региональная общественная организация средних медицинских работников Пензенской области «Надежда»,
- Общественная организация «Ассоциация средних медицинских работников Иркутской области»,
- Региональная общественная организация «Челябинская профессиональная ассоциация медицинских сестер»,
- Общественная организация «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников Чувашской Республики»,
- Межрегиональная общественная организация «Лига акушеров»,
- Оренбургская региональная общественная организация «Ассоциация средних медицинских работников Оренбургской области»,
- Профессиональная ассоциация специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием Нижегородской области,
- Ставропольская общественная организация «Краевая ассоциация медицинских сестер»,
- Общественная организация «Ассоциация медицинских сестер Хабаровского края»,
- Ассоциация медицинских сестер Республики Дагестан,
- Сибирская межрегиональная ассоциация работников системы среднего профессионального медицинского образования,
- Ассоциация «Астраханская Лига Медицинских Работников»,
- Краснодарская региональная общественная организация медицинских сестер Кубани,
- Областная общественная организация «Рязанская ассоциация медицинских сестер».

ЗАБАЙКАЛЬСКИЕ МЕДСЕСТРЫ: НАШИ ДОСТИЖЕНИЯ

Забайкальская региональная общественная организация «Профессиональные медицинские специалисты», выполняя уставные задачи по объединению усилий своих членов для улучшения качества оказания медицинской помощи населению Забайкальского края, по представлению и защите законных интересов участников «ПрофМедСпец» в государственных и общественных органах, а также содействию непрерывному профессиональному развитию медицинских специалистов, в течение 2018 года провела ряд масштабных мероприятий.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОЕКТЫ

Был осуществлен мониторинг и обновление банка данных членов ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты»: на 01.01.2019 года численность организации составила 11 077 специалистов (в том числе 2847 человек из краевых, 1884 из городских и 4410 из районных учреждений, 1093 специалиста ведомственных учреждений здравоохранения края, 79 преподавателей и 494 студента медицинских колледжей и училищ).

Продолжена работа над совместным приоритетным проектом Министерства здравоохранения Забайкальского края и ЗРОО «ПрофМедСпец» — «Координаторы здоровья». Проект успешно реализует задачи, направленные на пациентоориентированность медицинской помощи. Медицинские сестры первичного звена, фельдшеры и акушерки являются универсальными специалистами, оказывающими доврачебную помощь пациентам на дому, они осуществляют диагностические и профилактические мероприятия, обучают пациентов и их родственников уходу и самоуходу. Курируемые пациенты в режиме смс-оповещения, телефонного звонка и онлайн-консультаций получают ответы на интересующие их вопросы. Ежемесячно в офисе организации проводится анализ динамики работы координаторов, на основании анализа планируется и корректируется дальнейшая работа с пациентами. Координаторы здоровья тесно сотрудничают с социальными службами и психологами, при необходимости привлекают их к совместным патронажам. Пациенты и их родственники посещают Школы профильных больных, где обучаются правилам ведения здорового образа жизни, уходу и самоуходу. Проект продолжает получать положительные отзывы и благодарности. Пациенты чувствуют постоянную заботу и профессиональную медицинскую поддержку.

Опыту работы проекта «Координаторы здоровья» были посвящены доклады, представленные в Москве на XX Съезде педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» и симпозиуме VIII Форума детских медицинских сестер, в частности доклад «Реализация пилотного проекта «Координаторы здоровья» как значимая составляющая повышения доступности и качества медицинской помощи детскому населению Забайкальского края» и постерные доклады «Современный подход к решению проблем семей, имеющих детей с орфанными заболеваниями (в

рамках реализации краевого проекта «Координаторы здоровья») и «Участковая медицинская сестра-координатор — путеводитель пациента к здоровью» (ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г.Читы» поликлиническое подразделение).

29 октября 2018 г. состоялся Первый Забайкальский социальный форум, организованный правительством Забайкальского края. Форум был посвящен реализации майских указов Президента РФ Владимира Путина и нацелен на выполнение национальных программ в социальной сфере. На площадке «Здравоохранение» была представлена работа трех секций: «Реабилитация — профилактическое направление»; проект «Координаторы здоровья»; «Региональные проекты в здравоохранении» и «Цифровое здравоохранение».

Организатором выступило Министерство здравоохранения Забайкальского края.

В работе первой секции активное участие приняли 60 руководителей сестринских служб МО Забайкальского края, члены правления, председатели и члены профессиональных комитетов по специальностям, а также рядовые члены ЗРОО «ПрофМедСпец», осуществляющей курацию уникального проекта «Координаторы здоровья».

Перед открытием форума в офисе «ПрофМедСпец» прошла рабочая встреча руководителей сестринских служб из районных МО региона, в рамках которой обсуждались передовые технологии в работе координаторов здоровья, проблемы и пути их решения, были намечены планы дальнейшего развития проекта.

ЗРОО «ПрофМедСпец» осуществляло в 2018 году работу по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием: были введены должности медицинской сестры «универсальной», акушерки с расширением функции — выполнением обязанностей медицинской сестры по уходу за новорожденными. По опыту этой работы были представлены доклады на XX Съезде педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» и симпозиуме VIII Форума детских медицинских сестер совместного пребывания матери и ребенка в отделении реанимации и интенсивной терапии» в Москве, а также на сестринской сессии Международного форума по медицинскому уходу в г. Маньчжурия (КНР) — «Роль медицинских сестер в уходе и реабилитации пациентов после хирургического лечения рака молочной железы».

ПРОФИЛЬНЫЕ ШКОЛЫ

ЗРОО «ПрофМедСпец» продолжило ведение профильных школ по обучению и консультативной сестринской помощи для пациентов, лиц, занимающихся уходом за ними, и членов их семей.

На конец 2018 года в Забайкальском крае работает 227 профильных школ, которые ведет только средний медицинский персонал. За 2018 год обучено 40735 человек.

По программе «Школы ухаживающей матери» — в условиях всех клинических отделений (ГУЗ «Краевая детская клиническая больница», ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница») — 8317 мам были обучены правилам ухода за новорожденным и грудным ребенком, кормлению детей в домашних условиях, освоили правила искусственного вскармливания, получили знания по профилактике инфекционных заболеваний, уходу за детьми при различных заболеваниях.

Мастер-класс «Школа поддержки грудного вскармливания» был проведен в Москве на XX Съезде педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» и симпозиуме VIII Форума детских медицинских сестер, там же был представлен постерный доклад «Эффективность деятельности медицинской сестры в формировании знаний и умений в работе с детьми» (ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер»).

Продолжили работу «Школы по обучению приему лекарственных средств» — за 2018 год было обучено 1637 пациентов

С целью выполнения уставной задачи по созданию постоянных комитетов, временных комиссий и рабочих групп по вопросам совершенствования профессиональной деятельности в ЗРОО «ПрофМедСпец» продолжают активную работу созданные специальные комитеты и 21 профессиональный комитет по номенклатуре специальностей. Вся деятельность организации представлена на сайте Забмедсестра.рф.

ПОДГОТОВКА К АККРЕДИТАЦИИ

В г. Маньчжурия (КНР) на сестринской сессии Международного форума по медицинскому уходу президент ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты» выступила с докладом «Вклад ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты» в непрерывное профессиональное развитие Забайкальского края».

Все экспертные группы аттестационной комиссии работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием Забайкальского края состоят из членов «ПрофМедСпец». Организация способствует аттестации специалистов, что повышает уровень их квалификации и заработной платы: разрабатывает и корректирует вопросы для аттестации с размещением на сайте в разделах работы профессиональных комитетов по номенклатуре специальностей; создана электронная библиотека. Все учреждения здравоохранения обеспечены программами тестирования специалистов.

С апреля 2018 года начата оплата сертификационного экзамена членам «ПрофМедСпец», обучающимся на отделениях дополнительного образования в медицинских образовательных учреждениях среднего профессионального образования.

В ноябре-декабре 2017 года президент, члены правления, председатели и члены профессиональных комитетов были включены в экспертные группы по вопросам аккредитации. Такой результат важен для всех членов организации, т.к. имея своих экспертов в аккредитационных комиссиях по специальностям, «ПрофМедСпец» получает возможность проводить аккредитацию в своем регионе. Кроме того, эта деятельность позволила нам сформировать электронную базу заданий для предварительной подготовки членов организации к аттестации и аккредитации. В мае 2018 года в г. Москве на базе Методического центра аккредитации специалистов Минздрава России кандидаты на включение в состав аккредитационных подкомиссий по специальностям, члены профессиональных комитетов и представители образования (ГПОУ «Читинский медицинский колледж») под руководством председателя аккредитационной комиссии, президента «ПрофМедСпец» В.А. Вишняковой, прошли первое обучение (оплата за подготовку экспертов составила 594 560 руб). 111 экспертов — членов «ПрофМедСпец» из медицинских организаций и образовательных учреждений Забайкальского края — приняли участие в первой процедуре аккредитации выпускников из 4 медицинских образовательных учреждений среднего профессионального образования в регионе.

Имея положительный опыт и оценку о деятельности в составе рабочих групп по разработке тестовых заданий по специальностям, в октябре 2018 года мы повторно приняли активное участие в коррекции тестовых заданий для аккредитации по заданию Министерства здравоохранения РФ.

В офисе нашей организации продолжает работу учебно-методический кабинет. Для равнодоступности и экономической эффективности активно используется приобретённая система видеоконференцсвязи, которая позволяет аттестовывать членов организации из районов края без отрыва от работы, что существенно экономит денежные средства и медицинской организации, и лично членов, а также увеличивает охват обученных на краевых конференциях по зачетно-накопительной системе.

За 2018 год аттестовано 1672 (2017 г. — 1812, 2016 г. — 1666) специалиста среднего звена, в том числе на 24 аттестационных заседаниях по видеосвязи аттестовано 379 (2017 г. — 499, 2016 г. — 452) члена организации.

С целью подготовки членов «ПрофМедСпец» к предстоящей аккредитации офис организации был оснащен необходимым оборудованием, с использованием которого проводятся занятия слушателей отделения повышения квалификации. Закупленные муляжи для проведения симуляционного обучения и отработки практических навыков специалистами среднего звена используются на мастер-классах в рамках краевых научно-практических конференций по специальностям.

В 2018 году приобретены для подготовки к аккредитации:

- ноутбуки 12 штук — 781 636 руб.
- интерактивная панель — 230 000 руб.
- интерактивная доска — 179 000 руб.

Заклучен договор о поставке муляжей для отработки навыков сердечно-легочной реанимации для всех медицинских организаций края.

НОРМАТИВНАЯ БАЗА ДЛЯ МЕДСЕСТЕР

Продолжено предоставление доступов в онлайн-программу «Контроль в ЛПУ. Вопрос-ответ» медицинским организациям по графику. Каждый член нашей организации имеет возможность не только бесплатно воспользоваться базой нормативной документации по работе специалистов среднего звена, видеоуроками по основным темам санитарно-противоэпидемического режима, фармацевтического порядка и другим актуальным темам по своей профессиональной компетенции, предоставляемыми программой, но и сохранить необходимые документы для работы, а также задать все интересующие вопросы экспертам программы по своей профессиональной деятельности и получить ответ в течение 24 часов. В 2018 году в медицинские организации, имеющие членство в «ПрофМедСпец», направлялись все ответы экспертов программы на вопросы, заданные специалистами из МО края через офис организации.

Активно используется разработанная и утвержденная на региональном уровне нормативная база деятельности среднего медицинского персонала.

По основным научно-практическим проблемам здравоохранения проведены 20 краевых и 2 межрайонные научно-практические конференции, в том числе в Краснокаменском и Петровск-Забайкальском районах края (с охватом обучением 516 человек). Обучены 3797 специалистов среднего звена.

На всех конференциях всем делегатам и участникам конкурсов выдается профессиональная методическая литература в виде справочников по специальностям, центральных отраслевых журналов. В 2018 году для участия в Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы реабилитации в современных условиях на базе ГАУЗ «ЦМР «Дарасун» в Курорт-Дарасун перечислен организационный взнос в размере 468 950 рублей на расчетный счет ГАУЗ «Центр медицинской реабилитации Дарасун» за участие 83 делегатов — членов ЗРОО «ПрофМедСпец».

ЮБИЛЕЙНЫЕ КОНФЕРЕНЦИИ

В преддверии 25-летия ЗРОО «ПрофМедСпец» со 2 полугодия 2018 года все краевые научно-практические конференции носили юбилейный характер и включали праздничный обед.

По решению правления было заказано изготовление 500 штук юбилейных серебряных медалей для награждения активных членов, внесших личный вклад в развитие и становление ЗРОО «Профессиональные медицинские

специалисты». В 2018 году на юбилейных краевых научно-практических конференциях по специальностям были награждены 7 ветеранов — членов профессиональной организации.

Важность и высокий уровень всех конференций подтверждает приветствие участников руководителями Министерства здравоохранения Забайкальского края — министром здравоохранения С.О. Давыдовым, заместителями министра — начальником отдела охраны материнства и детства Н.Г. Игнатьевой, начальником отдела организации медицинской помощи взрослому населению — М.В. Кондратьевой.

Все конференции носят отчетный характер — с докладом о роли ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты» и ее вкладе в развитие сестринского дела в регионе выступает ее президент, главный внештатный специалист по сестринскому делу МЗ Забайкальского края В.А. Вишнякова. В программу конференций включены доклады главных внештатных специалистов министерства здравоохранения Забайкальского края по специальностям (по анестезиологии и реаниматологии, хирургии, дерматовенерологии, фтизиатрии, психиатрии, стоматологии, ВИЧ-инфекции, кардиологии). Информационный блок также представлен докладами руководителей и преподавателей Читинской государственной медицинской академии по стандартам соблюдения инфекционной безопасности, оказанию неотложной помощи, новым технологиям в сестринском деле и другим актуальным темам для специалистов среднего звена.

С целью повышения профессиональной грамотности, решения трудных вопросов по профилактике рисков при выполнении мероприятий фармацевтического порядка в программу всех краевых конференций включен доклад по актуальным вопросам соблюдения фармацевтического порядка на рабочих местах среднего медицинского персонала начальника отдела организации контроля обращения лекарственных средств и медицинских изделий Территориального органа Росздравнадзора по Забайкальскому краю А.Б. Орловой.

Значимым вкладом в работу конференций является участие руководителей, заместителей руководителя и ведущих специалистов Управления Роспотребнадзора по Забайкальскому краю, Центра гигиены и эпидемиологии по Забайкальскому краю, которые выступают с сообщениями и докладами.

В программы всех конференций включены доклады и тренинги специалистов Центра психологического сопровождения, по вопросам формирования пациентоориентированности, правилам поведения среднего персонала в работе с пациентами и ухаживающими, корпоративной этике и способам решения конфликтов.

Врачи, передовые специалисты среднего звена, внедряющие новые сестринские технологии, принимают активное участие в работе конференций в качестве докладчиков и ведущих мастер-классов по специальностям. Преподаватели медицинских образовательных учреждений среднего профессионального образования



Награждается Людмила Станиславовна Павлова (слева) — главная медицинская сестра Забайкальского краевого онкологического диспансера (в настоящее время медсестра)



В.А. Вишнякова и Людмила Николаевна Яценко — главная медсестра Краевого противотуберкулезного диспансера (в настоящее время на заслуженном отдыхе)



Дулмажап Итигиловна Цыбикова — старшая медицинская сестра Комплексного центра социального обслуживания населения «Орловский»



Нина Федоровна Сахнова — операционная медицинская сестра Краевой клинической больницы (в настоящее время на заслуженном отдыхе)



Нина Геннадьевна Якушевская — главная медицинская сестра Краевой психиатрической больницы №1 (в настоящее время врач-статистик Краевой психиатрической больницы им В.Х. Кандинского)



Елена Геннадьевна Шукина — главная медицинская сестра Кожно-венерологического диспансера (в настоящее время на заслуженном отдыхе)

участвуют в работе независимого жюри в профессиональных и методических конкурсах.

В рамках каждой конференции по специальности организуются профессиональные конкурсы на лучшего специалиста, конкурсы постерных докладов, конкурсы на лучшие методические рекомендации для пациентов и медицинских работников, фотоконкурсы. В 2018 году все конкурсы проводились по типу процедуры аккредитации, что дает возможность специалистам пройти предварительную подготовку. Участие в таких конкурсах дает возможность всем желающим проявить себя как профессионал и получить заслуженную награду. Победители и все участники профессиональных конкурсов по специальностям были награждены грамотами министерства здравоохранения Забайкальского края, лентами победителей, форменной одеждой, комплектами методической литературы и памятными подарками.

Более 8 лет профессиональные комитеты организации в рамках краевых научно-практических конференций проводят конкурсы постерных докладов. За 2018 год было проведено 11 конкурсов, приняли участие 97 специалистов. Все участники и победители награждены почетными грамотами, методической литературой и памятными подарками.

Широко используется симуляционное обучение в форме мастер-классов и демонстрации учебных видео-

фильмов. В офисе организации работает методический кабинет, продолжается оснащение симуляционного центра необходимым оборудованием.

Все районы края имеют возможность проходить симуляционное обучение по видеоконференцсвязи.

Профессиональными комитетами организации проводятся постоянно действующие мастер-классы с симуляционным обучением — за 2018 год обучено 9505 специалистов (2017 г. — 7795, 2016 г. — 7694, 2015 г. — 3618).

В международных и Всероссийских мероприятиях за счет средств организации приняли участие 64 человека. На Всероссийских мероприятиях специалистами среднего звена Забайкальского края, членами «ПрофМедСпец», представлено 6 докладов, 6 постерных докладов, 1 мастер-класс.

Для повышения престижа профессии медицинского работника во II этапе Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием 2018 г.» приняли участие 20 специалистов:

- Лучшая старшая медсестра — 6 специалистов;
- Лучший фельдшер — 5;
- Лучшая участковая медицинская сестра — 6;
- За верность профессии — 3.

На III этап (федеральный) были отобраны и направлены 4 лучшие работы специалистов Забайкальского края.

4 детских медицинских сестры стали участниками Всероссийского конкурса Союза педиатров России, проводимого ежегодно в рамках съезда.

ИНФОРМАЦИОННАЯ РАБОТА

Для выполнения уставных задачи по изучению, обобщению и распространению прогрессивного опыта медицинской деятельности, изданию справочников и иной печатной, аудио-, видео- и кинопродукции, информационных и учебно-методических материалов по вопросам, входящим в компетенцию организации:

- ЗРОО «ПрофМедСпец» приобретает и бесплатно раздает журналы и иную методическую литературу по специальностям своим членам в учреждениях здравоохранения, на краевых научно-практических конференциях, а также слушателям отделений повышения квалификации медицинских образовательных учреждений СПО Забайкальского края.

- Для самоподготовки членов организации к профессиональным конкурсам, проводимым в рамках краевых научно-практических конференций, выдана на электронных носителях программа «Своя игра».

- Напечатаны 10 статей в журнале «Сестринское дело».

- В каждом номере газеты «Будьте здоровы» (12 номеров за год) в разделе «Сестричка» освещается деятельность специалистов среднего звена Забайкальского края, даются ответы юриста на вопросы специалистов по профессиональной деятельности, поздравления членов организации с юбилеями.

Выполняется уставная цель в виде обеспечения и защиты законных прав и интересов членов — организация взаимодействует с МЗ РФ, министерством здравоохранения Забайкальского края, МА «Сибирское соглашение», территориальным фондом ОМС, Союзом медицинских профессиональных организаций, Общественной палатой Забайкальского края.

В течение года ЗРОО «ПрофМедСпец» оказывала материальную помощь своим членам.



1 место во Всероссийском конкурсе «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием — 2018» в номинации «Лучшая старшая медицинская сестра» завоевала Панкова Лариса Кимовна — старшая медицинская сестра ГУЗ «Клинический медицинский центр г. Читы» (награждена поездкой на конференцию, посвященную 30-летию Венской декларации по сестринскому делу с международным участием в г. Москва)



Почетная грамота «Лучшая неонатальная медицинская сестра» — медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГУЗ «Городской родильный дом» вручена Фроловой Елене Садофьевне, победившей в конкурсе, проводимом в рамках XI Всероссийского образовательного конгресса «Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии»

Ежегодно, по решению правления, организация выдает специальную форменную одежду для награждения своих активных (ключевых) членов и членов профессиональных комитетов, участников профессиональных и других конкурсов, специалистов, выступающих с постоянно действующими мастер-классами на мероприятиях различного уровня.

Валентина ВИШНЯКОВА,
президент ЗРОО «ПрофМедСпец»

ПЛАН СТРАТЕГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЗРОО «ПРОФМЕДСПЕЦ»:

1. Сохранить и продолжить развитие организации.
2. Разработать и выполнить программу по подготовке членов организации к предстоящей процедуре аккредитации специалистов с высшим сестринским и средним медицинским и фармацевтическим образованием:
 - Максимально использовать финансовые ресурсы организации для оснащения собственного симуляционного центра на базе офиса в соответствии с надлежащими требованиями для подготовки и последующего прохождения процедуры аккредитации специалистов;
 - Содействовать организации и оснащению учебно-методических кабинетов в медицинских учреждениях из фонда «ПрофМедСпец» пропорционально членству;
 - Продолжать подготовку экспертов для участия в проведении аккредитации специалистов по всем специальностям.
3. Продолжить непрерывное профессиональное совершенствование членов организации через дальнейшее развитие профессиональных комитетов, возрождение школ наставничества и школ активных (ключевых) членов;
4. Провести юбилейную конференцию, посвященную 25-летию организации с приглашением МЗ РФ, профессиональных организаций субъектов РФ, профессиональных журналов;
5. Обратиться к губернатору, в Министерство здравоохранения Забайкальского края с вопросом о рассмотрении возможности награждения почетными грамотами и благодарностями активных членов организации, внесших весомый вклад в ее развитие;
6. Провести награждение юбилейным медалями активных членов организации, внесших весомый вклад в ее развитие.

ТЕХНОЛОГИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА: АЛГОРИТМЫ И ИННОВАЦИИ

6 декабря прошлого года в Александровской больнице Санкт-Петербурга прошла научно-практическая конференция с международным участием «Технологии сестринского дела: алгоритмы и инновации».

Организаторами конференции выступили Профессиональная региональная общественная организация медицинских работников Санкт-Петербурга и Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга.

Целями конференции было обозначение приоритетов в работе медицинской сестры для рационального распределения сил, времени, ресурсов и формирование системного подхода к оказанию сестринской помощи, ориентированного на удовлетворение потребностей пациента.

В торжественном открытии конференции приняли участие председатель Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга М.В. Дубина, специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа, директор Санкт-Петербургского государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Медицинский колледж №1» И.В. Бубликова.

Со словами приветствия к участникам конференции обратилась исполнительный директор ПРОО медицинских работников Санкт-Петербурга С.Н. Аристовидова.

Работа конференции началась с выступления старшей медицинской сестры отделения реанимации и интенсивной терапии для больных с острым нарушением мозгового кровообращения Александровской больницы О.В. Иволжатовой и старшей медицинской сестры соматопсихиатрического отделения больницы Т.А. Сухаревой. Они рассказали, что с апреля 2018 года Александровская больница является участником федерального проекта по организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в стационаре. Уже сегодня, оценивая общий уровень развития медицинской организации, можно с уверенностью сказать, что больница успешно движется к достижению главной цели проекта — преобразованию медицинской организации в клиентоориентированную клинику, способную предоставить качественную и безопасную медицинскую помощь.

Роль медицинской сестры в выявлении инфекций, связанных с оказанием меди-

цинской помощи, стала темой выступления директора НИИ профилактической медицины, профессора кафедры эпидемиологии, микробиологии и доказательной медицины Приволжского исследовательского медицинского университета Минздрава России (г. Нижний Новгород) А.С. Благодаровой.

Докладчик отметила, что при изучении заболеваемости ИСМП используют несколько разновидностей интенсивных показателей, объединяемых общими терминами: «показатели заболеваемости» или «показатели частоты заболеваний», «меры частоты заболеваний», «коэффициенты заболеваемости».

Общая формула расчета таких показателей предполагает абсолютное число случаев какого-либо заболевания в какой-либо группе в числителе и численность этой группы в знаменателе. Недопустимо в качестве знаменателя использовать группу, не отражающую оцениваемые факторы риска инфекции — например, включать в знаменатель число пациентов, не подвергшихся оперативному вмешательству, если цель — оценить уровень инфицирования у пациентов после операции.

С докладом на тему «Оценка качества управления средним медицинским персоналом. Визуализация работы медицинских сестер» выступила врач-эксперт отдела стандартизации и контроля качества Республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан Г.Р. Клетенкова.

Она рассказала о тех критериях качества услуги, которые легко поддаются оценке потребителя. Среди них — профессионализм и опыт работников организации; отношение и поведение (обслуживающий персонал заинтересован в решении проблем потребителей); доступность и гибкость

(потребители понимают, что организация, оказывающая услугу, размещена в удобном месте и работает в удобное время, чтобы можно было легко получить доступ к услуге); надежность (потребители уверены в том, что, что бы ни случилось или о чем бы они ни договорились, можно всегда положиться на поставщика услуги); возмещение услуги (потребители понимают, что если случится нечто непредсказуемое, то поставщик услуги предпримет немедленные и активные действия, чтобы взять ситуацию под контроль).

Возможности миоэлектростимуляции в программе восстановительного лечения в остром периоде инсульта стали темой доклада инструктора-методиста отделения медицинской реабилитации Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. И.И. Джанелидзе А.В. Новиковой.

В мультидисциплинарной системе реабилитации больных, перенесших инсульт, важным элементом является адекватное, патогенетически обоснованное медикаментозное лечение в сочетании с методами физической терапии. В настоящее время особое место в реабилитации занимает миоэлектростимуляция ослабленных мышц. Хорошие результаты, отметила докладчик, дает использование миотренажера EMS-trainer. При выполнении правильно подобранных упражнений оно способствует повышению тонуса нетренированных мышц, вследствие чего будет расширен объем движения в верхней конечности.

Тему медицинской реабилитации продолжила старшая медицинская сестра отделения физических методов лечения отдела восстановительной медицины Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины



Выступает И.В. Бубликова (справа)



Делегаты конференции



Идет регистрация участников конференции

им. А.М. Никифорова» МЧС России И.Ю. Окунева.

Ее выступление было посвящено вопросам реабилитации сотрудников МЧС после перенесенных заболеваний и травм, созданию и реализации индивидуальных комплексных программ восстановления и поддержания здоровья граждан, а также профилактики соматических и психосоматических нарушений у практически здоровых лиц.

О роли медсестры в реабилитации больных после оперативных вмешательств на сердце говорила в своем выступлении медицинская сестра по физиотерапии отделения медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями Санкт-Петербургской городской больницы №40 М.Н. Безеде.

Медицинская реабилитация, отметила она, — это особый раздел, включающий в себя комплекс лечебных и профилактических мероприятий, направленных на восстановление сниженного уровня здоровья путём предотвращения прогрессирования имеющегося заболевания, восстановления или замещения утраченных функций и трудоспособности. Программы профилактики и лечения заболеваний могут дать оптимальные прогнозируемые результаты.

Мультидисциплинарная бригада в отделении объединяет специалистов, оказывающих помощь в реабилитации пациентов после оперативного лечения на сердце, определяет прогноз, программу реабилитации и работает над ее реализацией.

Координатором деятельности бригады является врач-кардиолог, который ведет пациентов, утверждает индивидуальную программу реабилитации, контролирует проведение реабилитационных мероприятий, проводит оценку эффективности проделанной работы.

Врач по лечебной физкультуре разрабатывает индивидуальный комплекс лечебной гимнастики, обучает пациента совместно с инструктором по лечебной физкультуре. Медицинский психолог и психотерапевт проводят психодиагностическую и психокоррекционную работу с пациентом, выявляют когнитивные нарушения, депрессивные, тревожные реакции на болезнь, которые затрудняют активное включение пациента в лечебный процесс.

Особенностям медико-социальной реабилитации пациентов, перенесших инсульт в молодом возрасте, посвятила свой доклад инструктор по лечебной физкультуре Санкт-Петербургской городской больницы Святого Великомученика Георгия Г.Б. Телятникова.

В России инсульт ежегодно развивается у 400-450 тысяч человек и примерно 200 тысяч из них погибает. В Санкт-Петербурге происходит более 25 тысяч инсультов в год. Инсультом молодых пациентов считаются те, что произошли у человека в возрасте от 30 до 65 лет. Каждый четвертый инсульт происходит у лиц моложе 65 лет, а каждый десятый инсульт — у лиц моложе 50 лет.

Среди особенностей инсульта у пациентов молодого возраста: сильное влияние заболевания на учебу, работу и карьеру; нередко пациенты теряют возможность зарабатывать, что приводит к экономическим проблемам, которые являются неотделимыми от социальных и психологических; пациенты молодого возраста недостаточно осведомлены о причинах и признаках инсульта, многие считают, что они «слишком молоды для инсульта»; нередко возникают ошибки в диагностике из-за возраста пациента, особенно это касается лиц моложе 45 лет; инсульт в молодом возрасте оказывает влияние на все сферы жизни пациента, особенно на семейные отно-

шения, работу и социальные контакты.

Доклад «Организация сестринского процесса в системе первичной медико-санитарной помощи населению» представила главная медицинская сестра Санкт-Петербургской городской поликлиники №98 М.В. Коджаманян.

Сфера деятельности медицинской сестры широка и многогранна. Это и здоровый человек с его проблемами, и окружающая среда, и профилактика заболеваний. Для успешной реализации намеченных направлений должна быть четко продумана и обеспечена система взаимодействия и сотрудничества сестринского персонала с врачами, другими специалистами и службами.

В завершение конференции был проведен мастер-класс «Обеспечение безопасности пациента на этапах транспортировки в условиях многопрофильного стационара», где зарубежные коллеги продемонстрировали технологии перемещения пациентов. Все участники конференции получили соответствующие сертификаты, и было принято решение сделать подобные конференции регулярными.

А.В. АВЕРИН,
менеджер Союза медицинских профессиональных организаций,
Г.М. ПОДОПРИГОРА,
президент Профессиональной Региональной Общественной Организации Медицинских Работников Санкт-Петербурга, доцент кафедры гериатрии, протективки и управления в сестринской деятельности Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова,
И.А. КАПЕЛЬКИНА,
главная медицинская сестра Городской Александровской больницы, г. Санкт-Петербург

Кинестетика: как сделать перемещения пациентов более легкими для ухаживающего персонала

В московских ЛПО прошла серия тренингов для медицинских сестер и младшего медицинского персонала по безопасному перемещению пациентов. Тренинги проводили члены неформальной группы «Патронаж», цель которой — продвижение современных практик общего ухода за пациентами с дефицитом самоухода. В ходе тренингов участники обучались техникам перемещения и усаживания пациентов в постели, пересаживания с кровати на кресло, подъема в случае падения на пол. Занятия проходили активно и были признаны их участниками чрезвычайно полезными с практической точки зрения. Впрочем, практике предшествовало краткое теоретическое вступление. Именно с него мы решили начать серию наших публикаций, посвященных общему уходу за пациентами.

ВВЕДЕНИЕ В КИНЕСТЕТИКУ

У кого из нас не болела спина! Сколько раз мы хватались за нее, поднимая тяжести! Сколько раз мы говорили себе, что надо быть осторожнее! Но возникает необходимость, и мы опять, презрев всякую осторожность, поднимаем тяжесть и опять испытываем боль. Что происходит с нашей бедной спиной, нашими суставами, когда мы с ними так неумело и грубо обращаемся? Как же их побережь, чтобы они долго и верно служили нам? И что нам может в этом помочь? Как это ни удивительно, помочь нам в этом может наука. Речь пойдет о совершенно новой науке — кинестетике, зародившейся во второй половине

РОЖДЕНИЕ НАУКИ

В нашей повседневной жизни, двигаясь, мы, собственно, мало обращаем внимания на то, как двигается наше тело. Встать, сесть, пройти, наклониться, дотянуться до чего-нибудь — эти движения не заставляют нас задумываться о них. Но бывают случаи, когда перед тем, как сделать что-то, мы останавливаемся и пытаемся представить и рассчитать наши последующие движения. Это касается тех моментов, когда мы собираемся сделать что-то сложное для себя или необычное (достать с антресоли коробку, передвинуть холодильник, выйти с коляской из подъезда). То же касается моментов, когда мы уже травмировали нашу спину, она болит, и каждое движение причиняет нам боль, и мы боимся, что нам станет еще хуже. В этих случаях мы тоже очень аккуратно, щадяще и продуманно совершаем наше перемещение.

Один очень внимательный человек, Фрэнк Хэтч, танцор и хореограф, начал изучать движение чело-



Тренинг по перемещению пациента. Тренер М.Б. Бершадская

века в его нормальном физиологическом состоянии и вывел закономерности, которые позволяют эффективно и безопасно двигаться. Со временем он обратился к работе с младенцами, которые учатся вставать и ходить, с детьми-инвалидами, недоношенными детьми. И вместе с психологом Лени Майетта (1950 — 2018) они создали концепцию обучения и развития двигательных навыков у маленьких детей и на ее основе программу действий для молодых родителей. Это были первые шаги новой науки о движении — КИНЕСТЕТИКИ. В ее основе лежат исследования в области медицины, психофизики, поведенческой кибернетики и нейробиологии, в которых правильное восприятие и понимание движения рассматривается как центральный путь к целостному укреплению здоровья.

С середины 1980-х годов за рубежом эта методика применяется, в частности, в области здравоохране-



Рис. 1. Наши ощущения при движениях



Рис. 2. Стабильные и нестабильные части человеческого тела



Рис. 3. Параллельное и спиральное движение

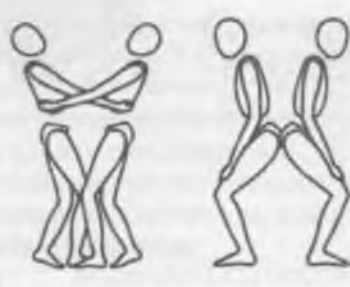


Рис. 4. Натягивание и толкание



Рис. 5. Приспособления, помогающие человеку удобно располагаться и перемещаться в пространстве

ния и ухода, где пациенты нуждаются в двигательной поддержке в повседневной жизни. Вместе с дипломированной медсестрой Сюзанной Бернар Шмидт они разработали отдельное направление кинестетики — «Кинестетика в сестринском деле». И теперь во многих европейских и американских больницах кинестетика входит в программы повышения квалификации персонала. А недавно она пришла и в нашу страну. Появились первые упоминания и рекомендации. Например, в письме Министерства труда и соцзащиты РФ от 23 апреля 2018 г. №1 12—3/10/П—2728 «Уход за ослабленными пожилыми людьми», где рекомендации о перемещениях пациентов базируются на научных принципах кинестетики.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КИНЕСТЕТИКИ

Кинестетика различает 6 аспектов человеческих движений. Все они взаимосвязаны, но их стоит осознавать, чтобы правильно представлять свое движение.

1. Что мы чувствуем при движениях, как мы их ощущаем? В этом процессе задействованы слух, ощущение прикосновения и боли, ощущения времени, ощущение формы, ощущение применяемого усилия при движении и др.

2. Какие части тела и как обеспечивают наше перемещение в пространстве? Кинестетика различает «стабильные» и «нестабильные» части человеческого тела, используемые при движении. Стабильные — это голова, руки, ноги, область таза, область груди. Нестабильные — шея, подмышечные области, паховые области. Суставные соединения (нестабильные части тела) позволяют менять направ-

Рис. 6. Каждый шаг этого малыша делается в три этапа: чтобы сделать шаг левой ногой, он сначала переносит вес на правую ногу, потом передвигает свободную левую ногу вперед и, наконец, уравнивает тело в новом положении. Далее цикл повторится, но только с правой ногой



ление движения стабильных частей тела (сгибать/разгибать и вращать их).

3. Какие виды движений мы осуществляем при перемещении в пространстве? Исходя из физиологических возможностей нашего тела, используем сгибание/разгибание/вращение, мы делаем параллельные движения, то есть прямые — назад/вперед/вверх/вниз. Помимо параллельных, возможны спиральные движения с поворотом вокруг оси тела, а также постральные движения, направленные на нахождение устойчивости и баланса всего тела, и собственно, транспортные движения, обеспечивающие изменения положения тела в пространстве.

4. Какое напряжение необходимо, чтобы переместиться в пространстве? Кинестетике важно — тяжело или нет дается нам то или иное движение. Правильное перемещение не требует слишком большого напряжения.

5. Какие виды движений мы осуществляем при перемещениях? Кинестетика раскрыла, что процесс «человеческого движения» обеспечивается скоординированностью «натяжения» и «давления». Так, в движениях «тянуть/натягивать» и «толкать/давить/упираться» возникает наша целенаправленная деятельность (перемещение). При помощи правильного сочетания этих движений можно достичь устойчивости и, соответственно, безопасности при перемещении. Посмотрите (см. рис. 4 на с. 21) на левый рисунок, где два человека тянут друг друга, и правый, где они давят на друг друга, и в обоих случаях они сохраняют полное равновесие.

Рис. 7. Процесс вставания с пола, в ходе которого стабильные части тела последовательно перемещаются в пространстве с помощью спиральных движений, заложен с детства и сохраняется на всю жизнь



Рис. 8. Подъем из положения лежа



6. Как мы приспособливаем окружающую среду под наши движения? Кинестетика изучает процесс взаимодействия с окружающей средой, в котором люди могут адаптировать себя к окружающей среде или активно изменять ее, чтобы сделать свою деятельность более продуктивной.

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА КИНЕСТЕТИКИ

Как и положено теории, она выглядит несколько запутанной. Но для практики важно знать несколько основных правил кинестетики:

1. Для движения нам нужно время и пространство. Приступая к перемещению, необходимо оценить, хватит ли для этого времени и места.

2. Мы понимаем, что движение создают нестабильные части тела (суставы), и потому используем их для движения, не ограничивая их подвижности.

3. Мы не поднимаем тяжелый предмет вверх — это слишком тяжело и опасно для нашего здоровья. Мы тянем или толкаем его.

4. Любое перемещение в пространстве мы осуществляем в три этапа.

Первый этап: освобождение части тела от веса;

Второй этап: перемещение освобожденной части тела на новое место;

Третий этап: установление баланса на новом месте, размещение частей тела, чтобы, в целом, оно расположилось в состоянии равновесия.

5. Мы по возможности используем спиральные, а не параллельные движения. Спиральное движение требует меньше усилий для мышц тела и больше соответствует принципу строения костей и суставов. Параллельное движение требует гораздо больших усилий.

6. Мы знаем, что правильное движение должно быть максимально легким и безболезненным. Мы расцениваем движение как правильное или нет по критериям:

легко — тяжело
болезненно — безболезненно

КИНЕСТЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПЕРЕМЕЩЕНИЙ Поворот со спины на бок

Ниже представлен плакат Европейского реанимационного совета по укладыванию пострадавшего без сознания в безопасное положение на бок.



Мы видим, что Европейский реанимационный совет положил в основу своих рекомендаций принципы кинестетики. Поворот осуществляется самым экономным методом — пострадавшего рекомендуется не поднимать, а тянуть на себя, поворачивая.

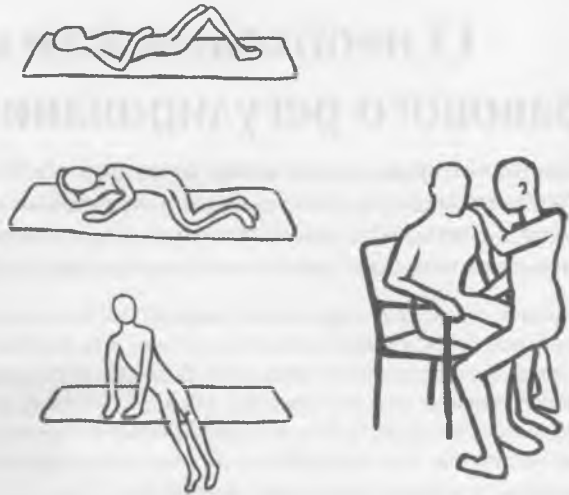


Рис. 9. Техника усаживания из положения лежа в постели

Рис. 10. Техника перемещения на край стула или кровати

Вставание с пола

Помогая упавшему пациенту встать с кровати, мы используем схему движений, усвоенную нами с младенческих лет (см. рис. 7 и 8). Из положения «на боку» мы помогаем ему подобрать ноги под себя и, упираясь руками в пол, встать на четвереньки. Далее, мы помогаем ему выставить одно колено вперед, и, упираясь в него рукой, наконец, подняться во весь рост.

Усаживание

Чтобы сесть в постели из положения «лежа на спине» (в середине кровати), необходимо сначала согнуть колени и упереть стопы в матрас, потом повернуться на бок и спустить ноги на пол. Далее, опираясь руками, следует поднять туловище и занять устойчивое сидячее положение (найти баланс). Используя подобную технику мы можем научить усаживанию в постели наших пациентов с дефицитом движений.

Пересаживание на край стула

Пересаживание на край стула осуществляется с помощью нескольких повторяющихся движений, каждое из которых, в соответствии с правилами кинестетики, состоит из трех этапов.

Сначала вес тела пациент с помощью помощника переносит на одну из ягодиц. Затем вторую ягодицу, свободную от веса, перемещают ближе к краю и в этом новом положении находят равновесие (баланс). Затем цикл повторяется с другой стороны — зеркально. Таким образом, пациент как бы шагает на ягодицах к краю стула или кровати.

Выводы: Знание и сознательное использование принципов кинестетики позволяет без чрезмерных нагрузок, к которым не готово наше тело, совершать перемещения пациентов безопасно и безболезненно. Это поддержит нашу посильную активность, если мы заболеем. Этими правилами мы можем делиться с нашими пациентами и теми, кто за ними ухаживает, чтобы упростить и нашу жизнь, и их.

Мария МЫЛЬНИКОВА,
специалист по социальной работе,
участник неформальной группы «Патронаж»

О необходимости изучения нормативно-правового регулирования сестринской деятельности

В настоящее время медицинские работники все более осознают необходимость владеть правовыми знаниями при осуществлении профессиональной медицинской деятельности. Возросли требования к качеству медицинской помощи, а факты неблагоприятных исходов медицинского вмешательства и обсуждение их в средствах массовой информации свидетельствует о необходимости углубления правовых знаний в профессии медика.

Нельзя не согласиться с мнением специалистов, что знание законов позволило бы медицинским сестрам пользоваться своими правами при выполнении служебных обязанностей, не затрагивая и не нарушая прав и свобод других граждан, прежде всего, пациентов. В то же время возникает понимание ответственности медицинских работников за профессиональные и должностные правонарушения.

Наши правовые знания ограничиваются знанием должностных инструкций и этического кодекса, но их недостаточно для правовой социализации медицинских работников. А ведь, кроме моральной ответственности медицинской сестры, существуют и другие виды ответственности. Если во время выполнения своих профессиональных обязанностей медсестра допускает правонарушения, то в соответствии с действующим законодательством РФ она несет административную (ст. 135 КЗоТ), гражданскую, имущественную и уголовную ответственность (ст. 9 УК РФ; гл. 3 УК РФ; ст. 128 УК РФ; ст. 221 УК РФ). Для оценки качества работы медсестры используются представленные ниже критерии:

- Отсутствие осложнений;
- Отсутствие нареканий от руководства и жалоб от пациентов и их родственников;
- Своевременное и качественное выполнение профессиональных обязанностей;
- Отсутствие замечаний в ходе плановых и экстренных проверок;
- Наличие коммуникативных связей с коллегами и пациентами.

В нашей больнице сотрудники заинтересовались темой внедрения программ по изучению нормативно-правового регулирования сестринской деятельности, как курса повышения квалификации, включающего не просто несколько часов в рамках другой учебной программы, а являющегося полноценным предметом, т.к. нормативно-правовым аспектам медицинской деятельности в учебных заведениях уделяется очень мало времени, сведения предоставляются обобщенные и поверхностные. С помощью юристов нашей больницы мы провели анализ некоторых ситуаций из повседневной практики, и, как оказалось, вопросы возникают при взаимодействии не только с пациентами при выполнении профессиональных обязанностей, но и с кадровой службой, и с профсоюзной организацией, с непосредственным руководством в отделениях.

Мы не будем называть конкретные фамилии, т.к. по законодательству мы не имеем права разглашать конкретные ситуации, но пару примеров привести считаем необходимым:

- 1) Старшая медицинская сестра обнаружила свою правовую неосведомленность в элементарном вопросе планирования отпусков;
- 2) У старшей медицинской сестры возникли небольшие проблемы с составлением графика отпусков, поскольку сотрудники хотели отдыхать в летний период;
- 3) Возникли трудности в вопросе освидетельствования сотрудников и их допуска к работе с наркотическими сред-

ствами и психотропными веществами;

- 4) Случаи хулиганства со стороны пациентов (ненормативная лексика, рукоприкладство).

И таких примеров достаточно много.

Нами была разработана анкета, в которую включены вопросы по выявлению дефицита правовых знаний у среднего медицинского персонала.

Цель исследования — выявление актуальности разработки и внедрения программ по изучению нормативно-правового регулирования сестринской деятельности.

Уже по первым данным можно было сказать, что для сотрудников среднего звена есть необходимость прохождения курса повышения квалификации по теме правовых рисков при осуществлении медицинской деятельности.

В анкетировании приняли участие 96 медицинских сестер в возрасте от 25 до 50 лет. В 25 анкетах были даны развернутые комментарии.

АНКЕТА

«Актуальность разработки и внедрения программ по изучению нормативно-правового регулирования сестринской деятельности»

Уважаемые коллеги! Данная анкета проводится с целью выявления необходимости разработки краткого курса юридической грамотности для медицинских сестер. Анкета анонимна. Просим вас ответить искренне и подробно. Благодарим за участие.

1 БЛОК

Были в вашей профессиональной деятельности ситуации, когда недостаточные правовые знания приводили к проблемным или даже конфликтным ситуациям (обведите ваш ответ, если да — кратко опишите суть проблемы):

- медицинский работник — пациент? нет / да: _____

- медицинский работник — медицинский работник? нет / да: _____

- медицинский работник — руководитель? нет / да: _____

2 БЛОК

Источники вашей правовой осведомленности (обведите ваш ответ):

- руководство учреждения — да / нет;

- Ассоциация медицинских сестер России (курсы / сайт) — да / нет;

- правовая литература и Интернет — да / нет;

- частные юридические консультации — да / нет.

3 БЛОК

Дайте оценку правовой грамотности своей профессиональной деятельности (поставьте рядом с выбранным вариантом знак +):

0 — ничего не понимаю;

1 — владею базовыми правовыми знаниями;

2 — самостоятельно использую правовые знания и применяю их в профессиональной деятельности.

24-30 АПРЕЛЯ ВСЕМИРНАЯ НЕДЕЛЯ

Журнал «Сестринское дело»



ЧТО ВАЖНО ЗНАТЬ О ВАКЦИНАЦИИ

— Правовым основанием для проведения вакцинации в России является Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998 № 157-ФЗ, в который регулярно вносятся изменения.

— Наиболее полная, достоверная и актуальная информация о вакцинации содержится на сайте Минздрава России.

— В роддоме при первой вакцинации на каждого малыша заводится специальный документ — Прививочный паспорт (сертификат). В нем указывается, когда, какие и какими вакцинами были сделаны прививки.

— Все прививки детям делаются только с письменного согласия родителей или других законных представителей.

— Сегодня у родителей есть выбор: делать или не делать своим детям прививки. Родители могут в письменном виде отказать от проведения вакцинации. «Непривитого» ребенка примут и в детский сад, и в школу. Отказ в приеме может быть только временным, в случае (или при риске) эпидемий.

— Проводить вакцинацию могут как государственные, так и коммерческие медицинские организации, имеющие соответствующую лицензию. В государственных и муниципальных медицинских учреждениях прививки делают бесплатно.

— При проведении прививки ребенок должен быть здоров. Его должен осмотреть врач или детский фельдшер: измерить температуру, проверить глаза, уши, нос, кожные покровы, лимфоузлы, узнать, что ел и как себя чувствовал в последние сутки.

— В большинстве случаев для приобретения устойчивого иммунитета вакцина должна вводиться неоднократно (проводится ревакцинация).

— Если по каким-то причинам срок вакцинации был пропущен, участковый педиатр или врач коммерческого медицинского центра, наблюдающий ребенка, должен составить индивидуальный календарь.

— Особенно важно правильно спланировать прививки до года.

Всемирная неделя иммунизации пропаганду использования вакцин для здоровья. Лозунг Всемирной недели иммунизации. Главными целями кампании являются достижение всеобщей охвата иммунизацией на протяжении всей жизни, обеспечение доступности вакцин для охраны здоровья детей, содействие дальнейшему развитию услуг иммунизации как фундамента для построения здорового общества.

В 2017 г. в мире было вакцинировано 116,2 миллиона детей, что стало рекордным показателем за всю историю. С 2010 г. новые вакцины были введены в 113 странах, и число вакцинированных детей возросло на 20 миллионов.

ПОЧЕМУ ВАЖНА ИММУНИЗАЦИЯ

● Иммунизация позволяет предотвратить страдания, инвалидность и смерть от многих инфекционных заболеваний, предотвратимых с помощью вакцин, включая рак шейки матки, дифтерию, гепатит В, корь, коклюш, пневмонию, полиомиелит, ротавирусную диарею и столбняк.

● 1,5 миллиона случаев смерти можно было бы предотвратить путем всеобщего глобального охвата иммунизацией.

● Вакцины служат первой линией защиты от устойчивости к противомикробным препаратам. Вакцинация людей и животных — действенный способ остановить распространение и тем самым исключить потребность в антибиотиках.



НЕДЕЛЯ ИММУНИЗАЦИИ

проходит каждый год в конце апреля и направлена на про-
я защиты людей от болезней в любом возрасте.
ации в этом году — «Защитимся вместе: вакцины действуют!».
ется повышение осведомленности о кардинальной важно-
протяжении всей жизни; демонстрация важного значения
, сообществ и человечества; привлечение внимания к необ-
успехов в области иммунизации, пропаганда плановой им-
строения надежных, устойчивых систем здравоохранения.



цинировано
ало беспре-
ю историю.
внедрены в
ованных де-

ИММУНИЗАЦИЯ

дотвращать
ерть от бо-
мощью вак-
, дифтерию,
монию, по-
ею, красну-

рти можно
улучшения
ией.
ией защиты
обным пре-
и животных
вить их ин-
ключить по-

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРИВИВОК В 2019 ГОДУ

Возраст	Вакцина
Первый день жизни	Против вирусного гепатита В (1-я вакцинация)
3–7 день	Против туберкулеза
1 месяц	Против вирусного гепатита В (2-я вакцинация)
2 месяца	Против пневмококковой инфекции (1-я вакцинация)
3 месяца	Против дифтерии, коклюша, столбняка (1-я вакцинация); против полиомиелита (1-я вакцинация)
4,5 месяца	Против дифтерии, коклюша, столбняка (2-я вакцинация); против полиомиелита (2-я вакцинация); против пневмококковой инфекции (2-я вакцинация)
6 месяцев	Против дифтерии, коклюша, столбняка (3-я вакцинация); против вирусного гепатита В (3-я вакцинация); против полиомиелита (3-я вакцинация)
12 месяцев	Против кори, краснухи, паротита
15 месяцев	Против пневмококковой инфекции (ревакцинация)
18 месяцев	Против полиомиелита (1-я ревакцинация); против дифтерии, коклюша, столбняка (1-я ревакцинация)
20 месяцев	Против полиомиелита (2-я ревакцинация)
6 лет	Против кори, краснухи, паротита (ревакцинация)
6–7 лет	Против дифтерии, столбняка (2-я ревакцинация); против туберкулеза (ревакцинация)
14 лет	Против дифтерии, столбняка (3-я ревакцинация); против полиомиелита (3-я ревакцинация)
Старше 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка — каждые 10 лет.

ПРИВИВКИ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

В календарь прививок также входит вакцинация по эпидемическим показаниям — при угрозе возникновения очага инфекции или эпидемии.

Прививки по эпидемическим показаниям делаются людям, проживающим в местах, где распространены те или иные инфекции, или посещающим такие территории. Список регионов, где требуется вакцинация от местных вирусных инфекций, утвержден Минздравом. Кроме того, прививки нужны для посещения некоторых стран, и отказ влечет запрет на въезд.

Также вакцинация проводится и по «профессиональному» принципу — людям, чья деятельность связана с риском заражения.

В последние годы Минздравом РФ обсуждается внесение в календарь профилактических прививок вакцинации против ротавирусной инфекции и ветряной оспы, но пока решение об этом не принято.



1. Были ли в вашей профессиональной деятельности ситуации, когда недостаточные правовые знания приводили к проблемным или даже конфликтным ситуациям:

- медицинский работник — пациент?

да	нет
= 34 ответа (39 %)	= 51 ответов (61 %)

- пациенты часто требуют улучшенные условия пребывания (телевизор в палате, полотенца и т.д.), ругаются из-за шума от каталок ночью, сетуют на многоместные палаты и т.п.;

- пациенты просят палаты повышенной комфортности на общих условиях;

- обвинения и жалобы в неправильно сделанной инъекции;

- распространяемые слухи;

- грубость;

- хамство;

- грубость, хамство, угрозы;

- хамство, угрозы, нанесение вреда моему здоровью;

- угрозы, хамство, грубость;

- пациент обвиняет в том, что ты некомпетентен.

- медицинский работник — медицинский работник?

да	нет
= 24 ответов (26 %)	= 61 ответов (74 %)

- незнание своих должностных обязанностей, кто за что отвечает (какие манипуляции выполняет);

- младший медперсонал недостаточно информирован о своих правах и обязанностях;

- грубость коллег;

- сказать в лицо, что ты о нем думаешь, значит испортить отношения, а ты давно знаешь его и работаешь в одной бригаде;

- медицинский работник — руководитель?

да	нет
= 19 ответов (31 %)	= 42 ответа (69 %)

- из-за постоянных, долговременных неоплачиваемых (!!!) задержек на работе;

- (в другом медучреждении) хамское отношение руководителя к среднему и младшему медперсоналу;

- хроническая конфликтная ситуация с руководителем;

- грубость, повышение голоса, несправедливые упреки в невыполнении обязанностей;

- грубость, бездоказательные обвинения;

- отдел кадров: отказали в отпуске, через 2 года отказались предоставить пропущенный отпуск;

- клевета, утаивание важной для работы информации, умышленное создание ситуаций, подрывающих работу отделения;

- оскорбления со стороны вышестоящего должностного лица;

- несоблюдение субординации и культуры поведения;

- не согласен — но начальство всегда право!

- одному можно все, а тебе и мелочь припомнят неоднократно.

2. Источники вашей правовой осведомленности:

- руководство учреждения

да	нет
= 46 ответов (59 %)	= 35 ответов (41 %)

Выводы: 1) руководство может быть ресурсом правовой осведомленности медсестер (при условии собственной грамотности в юридических вопросах и мотивации делиться данными знаниями с подчиненными), 2) большинство респондентов предпочитают полагаться на знания и ответственность руководителей

- Ассоциация медицинских сестер России (курсы / сайт)

да	нет
= 4 ответа (7 %)	= 76 ответов (93 %)

Выводы: 1) ресурсы Ассоциации медсестер России не используются подавляющим большинством медсестер — необходимо актуализировать данные ресурсы (с одной стороны — реклама сайта РАМС, с другой стороны — наполнение сайта актуальной юридической информацией, выпуск литературы, организация курсов, проведение тематических конференций и т.п.); 2) медсестры не осведомлены о такой возможности.

- правовая литература и Интернет

да	нет
= 61 ответа (70 %)	= 18 ответов (30 %)

Выводы: 1/3 медсестер не прибегает к правовой литературе и Интернету в повседневной практике, возможно, из-за отсутствия доступных ресурсов (например, подборки брошюр в отделении, ссылок на сайты с полезной информацией на стенде в отделении и т.п.).

- частные юридические консультации

да	нет
= 14 ответов (23 %)	= 62 ответов (77 %)

Выводы: медсестры вынуждены прибегать к помощи частных юристов — вероятно, в связи с отсутствием профессиональной юридической поддержки по месту работы.

3. Дайте оценку правовой грамотности своей профессиональной деятельности:

- ничего не понимаю	= 14 ответов (12 %)
- владею базовыми правовыми знаниями	= 59 ответов (80 %)
- самостоятельно использую правовые знания и применяю их в профессиональной деятельности	= 5 ответов (6 %)

Общие выводы:

В своих ответах на вопросы анкеты медсестры отмечают, что у примерно 2/3 из них были проблемы в связи с нехваткой правовых знаний: во взаимодействиях с пациентами, коллегами, руководством. Следовательно, дополнительное обучение медсестер юридическим основам профессиональной деятельности актуально.

Очевидно, что знание юридических основ является обязательной и принципиально значимой составной частью профессиональной подготовки медработников.

Ирина ЧУГУНОВА, медицинская сестра, ГКБ № 52 Департамента здравоохранения г. Москвы

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ

Мы продолжаем серию материалов, посвященных наиболее важным аспектам здорового материнства. Информация, подготовленная кандидатом медицинских наук, врачом-акушером-гинекологом М.А. ШАЛИМОВОЙ, будет полезна при организации и проведении «Школ пациентов», консультировании.

Считается, что 14% женщин не испытывают боли в родах. Но большинство все же испытывают боль.

Родовые боли могут вызывать:

- раскрытие плохо растяжимой шейки матки;
- натяжение и растяжение маточных связок и брюшины, покрывающей матку;
- раздражение крестца вследствие напряжения крестцово-маточных связок;
- недостаточное поступление крови к мышцам матки при сильных схватках.

Раздражения от нервных окончаний поступают в кору головного мозга, где эти раздражения формируются в виде чувства боли. На ощущение боли влияет взаимоотношение между корой и подкоркой. Также сила болевого ощущения зависит от исходного состояния центральной нервной системы роженицы, степени и активности корковых процессов торможения и возбуждения. Если процессы возбуждения будут превалировать над процессами торможения, то ощущение боли будет усиливаться. При неуравновешенном типе нервной системы — низкий порог болевой чувствительности, и еще при слабых раздражениях нервных окончаний появляется выраженное ощущение боли, и таких женщин в первую очередь придется обезболивать медикаментозно. Нельзя достичь уменьшения чувства боли, не повлияв на сознание женщины. Цель психопрофилактической подготовки беременных к родам — через знания создать доминанту о безболезненном течении родов.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ

МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В РОДАХ

Для успешного раскрытия шейки матки женщина не должна быть испугана и напряжена, так как это приведет к сокращению круговых (циркулярных) мышц матки и к медленному раскрытию шейки матки. При сокращении внешних длинных мышц внутренние круговые должны быть расслаблены, чтобы не препятствовать изгнанию плода.

Если во время схваток роженица напугана, то внутренние мышцы сокращаются. Получается, что мышцы, стремящиеся изгнать плод, и мышцы, запирающие шейку матки, работают друг против друга. Известны гормоны, влияющие на роды. Так, на сокращение матки влияет гормон гипофиза — окситоцин. Но при испуге (стрессе), при выбросе адреналина, выработка окситоцина тормозится. Следовательно, при испуге, напряжении могут быть долгие болезненные роды. Эндорфины — гормоны радости, которые вырабатываются при сознательном отношении к родам, производят эффект частичного обезболивания.

Радуйтесь родам!

Рекомендуются следующие методы немедикаментоз-

ного обезболивания в родах:

1. Женщина ложится на спину и поглаживает живот кончиками пальцев обеих рук. Начать следует снизу с середины живота, затем плавно и не спеша продвигаться по бокам вверх.

2. Сжатые в кулаки руки подложить под поясницу. Во время схватки надавливать кулаками на область крестца (см. рис. б).

3. Женщина ложится на спину и нажимает большими пальцами на область передневерхних выступов подвздошных костей справа и слева (см. рис. а).

Обезболивание с использованием воды

Возможное объяснение обезболивающего эффекта воды предлагает акушер Мишель Оден, который больше 30 лет практикует данную методику: когда женщина оказывается в бассейне при сильных схватках, у нее сразу уменьшаются болевые ощущения, а значит, в крови немедленно снижается уровень гормона стресса — адреналина. Так как адреналин и окситоцин — антагонисты, то на снижение адреналина возникает кратковременная ответная реакция — пиковый выброс окситоцина (гормона, способствующего сокращению маточных мышц) и, как следствие, заметная динамика в раскрытии шейки матки. Затем следует продолжительная сложная реакция, заключающаяся в перераспределении объема циркулирующей крови, и впоследствии наступает спад выброса окситоцина, в результате чего схватки через 1-2 часа ослабевают.

Использование в родах погружения роженицы в теплую воду является эффективным методом релаксации и обезболивания в родах, и это является основной целью применения погружения в воду. Длительное же (больше 2 часов) пребывание в воде может вызвать ослабление родовой деятельности. И обычно, когда у женщины появляются потуги, она инстинктивно вы-

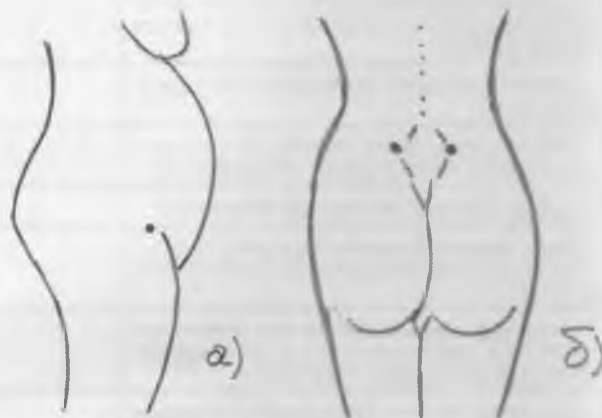


Рис. Точки обезболевания

ходит из бассейна. Роженица чувствует необходимость в более активном поведении, чтобы помочь ребенку появиться на свет.

Во многих акушерских клиниках Европы установлены бассейны для проведения водных родов. Рекомендуется применять погружение роженицы в воду в случае болезненных, малоэффективных схваток.

Предлагаются следующие рекомендации:

- роженицу следует погружать в воду при открытии шейки матки 5 см, то есть когда пройдет почти половина схваток. До этого женщину следует отвлекать, например предложить ей принять душ. Рекомендуется пребывание в воде не более 2 часов, затем следует выйти из воды, чтобы схватки не успели ослабнуть. Если роженица войдет в воду в начале схваток (при открытии шейки матки 2-3 см), то спустя 2 часа они, скорее всего, ослабнут и эффекта не произойдет;

- температура воды должна соответствовать температуре тела матери, то есть не должна превышать 37°C. Иначе у будущего ребенка тоже поднимется температура тела и могут возникнуть неприятности.

Мишель Оден предупреждает, что не следует планировать роды в воду, так как к моменту рождения ребенка, если женщина продолжает оставаться в воде, скорее всего, схватки ослабнут. В таком случае может затянуться потужной период, не исключены осложнения и при рождении последа. В то же время Оден считает, что в случае, когда роды в воду происходят в результате быстро повторяющихся друг за другом непреодолимых потуг и женщина не успевает выйти из воды, нет ничего страшного, так как природа все предусмотрела. Но настраиваться заранее на то, что ребенок родится в воду, не следует. Основное достоинство водных родов — обезболивание и релаксация в родах, и в этом цель применения данного метода.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В РОДАХ

Если нет эффекта от немедикаментозных методов обезболивания, то врачи считают, что болезненные схватки следует обезболить.

Лекарственные препараты, применяемые с этой целью в родах, должны отвечать следующим требованиям:

- безопасность для роженицы и плода;
- не снимать родовую деятельность;
- не должны проникать через плаценту;
- желательно, чтобы роженица активно участвовала в родах.

Медикаментозное обезболивание начинают применять, когда у женщины разовьется хорошая родовая деятельность (открытие шейки матки от 4 см), в противном случае можно снять родовую деятельность.

В ряде роддомов применяют ингаляционные методы обезболивания, например применение закиси азота в соотношении с кислородом 1:1. С началом болезненной схватки роженица прижимает к лицу маску, через которую подается смесь газов. При достижении обезболивающего эффекта рука женщины ослабевает, и маска отходит от лица. Таким образом, роженица

сама дозирует поступление закиси азота. Действие данного газа кратковременное, он быстро выводится из организма матери, и его прекращают применять с началом потуг. Отрицательным моментом является то, что им в момент применения дышат все окружающие (медицинский персонал), на что обращено внимание в материалах ВОЗ.

Для обезболивания в родах тщательно подбирают медикаментозные средства с учетом состояния каждой конкретной роженицы. Для снятия страха назначают седативные препараты типа седуксена. При хорошей родовой деятельности и выраженной болезненности схваток целесообразно применение наркотических препаратов (промедол) самостоятельно или совместно с седативными (седуксен) или спазмолитическими средствами (но-шпа, бускопан). Данные препараты вводят при открытии шейки матки от 3-4 см до 7-8 см. Если вводить наркотический препарат при большем открытии шейки матки, то к моменту родов его действие может продолжаться и ребенок может родиться в наркотической депрессии и ему будет сложно дышать. У легко внушаемых женщин эффективно применение иглорефлексотерапии.

В последние годы во всем мире с целью обезболивания в родах широко применяется перидуральная (эпидуральная) анестезия. Такой вид обезболивания рекомендуется женщинам, для которых оказались неэффективны предыдущие методы обезболивания, а также пациенткам с экстрагенитальной патологией (гипертоническая болезнь, пороки сердца и т.д.), с осложненным течением настоящей беременности (гестоз). Противопоказанием являются гнойничковые заболевания кожи женщины. Как недостаток этого метода иногда отмечают ослабление схваток, и тогда роды приходится заканчивать операцией кесарево сечение или акушерскими щипцами. Единственный риск заключается в том, что игла при пункции пройдет немного дальше (например, из-за неправильного движения) и вызовет попадание спинномозговой жидкости в перидуральное пространство. Это приводит к головным болям в течение некоторого времени. В такой ситуации назначаются болеутоляющие средства. Но такие осложнения встречаются крайне редко. Для ребенка данная анестезия безопасна. Анестезиолог производит пункцию и катетеризацию между 3-м и 4-м поясничными позвонками. Затем катетер вводится в перидуральное пространство (промежуток между оболочками спинномозгового канала), ниже уровня, где заканчивается спинной мозг).

Начиная с открытия шейки матки 3-4 см, возможно применение перидуральной анестезии, через катетер дозированно вводят обезболивающий препарат (лидокаин, тримекаин). Введение препарата прекращают к моменту появления потуг, в результате чего женщина теперь может тужиться и рожать ребенка сама. В настоящее время это вид анестезии наиболее распространен при операции кесарево сечение. И такая анестезия переносится значительно легче, чем общий наркоз.

Правила проведения противоопухолевой лекарственной терапии

14 января 2019 года на базе ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» прошел семинар «Правила проведения противоопухолевой лекарственной терапии».

В мероприятии участвовало 100 процедурных медицинских сестер паллиативных, хирургических и терапевтических отделений больниц, дневных стационаров, поликлиник.

С докладом «Механизмы действия противоопухолевой лекарственной терапии. Показания, противопоказания проведения химиотерапии. Виды химиотерапии» выступила доктор медицинских наук, профессор, заместитель главного врача по химиотерапии ГАУЗ РК ОД Дина Сакаева.

Говоря об основных методах лечения солидных опухолей, преимущественное внимание докладчик уделила системному методу лечения — лекарственной терапии (химиотерапии, гормонотерапии, биотерапии, таргетной терапии, антиангиогенной терапии, ингибиторам контрольных точек и поддерживающей терапии). Подробно докладчик говорила о химиотерапии. Обсуждались ее виды и условия, при которых она производится. Принципиально излечены более чем в 50% случаев с помощью химиотерапии могут быть лимфогранулематоз, хорионкарцинома матки, опухоль Беркитта, герминогенные опухоли яичка, острый лимфобластный лейкоз у детей. При дополнении лечения «регионарными воздействиями» с частотой до 50% излечимы опухоль Вильмса, острые лейкозы, саркома Юинга, эпителиальные опухоли яичников, эмбриональная рабдомиосаркома у детей, лимфосаркомы. Рассматривались примеры заболеваний, которые малочувствительны к химиотерапии, относительные и абсолютные противопоказания, побочные действия и классификация осложнений, механизмы резистентности опухолевых клеток к цитостатикам.

В заключение Дина Дамировна высказала большую надежду на развитие химиотерапии, которое не только расширяет возможности лечения онкологических больных, улучшает качество их жизни, но и способствует формированию определенного оптимизма в обществе по отношению к проблеме в целом.

Старшая медицинская сестра амбулаторного отделения противоопухолевой лекарственной терапии ГАУЗ РК ОД Светлана Карунос выступила с докладом «Частные вопросы противоопухолевой лекарственной терапии при колоректальном раке, раке молочной железы и раке яичников». Говоря о раке толстой и прямой кишки, который занимает 3-е место в структуре заболеваемости и смертности в мире, докладчик ознакомила слушателей с лекарственными препаратами, применяемыми для лечения колоректального рака: Оксалиплатин, Иринотекан, Фторурацил, Лейковорин



и Капецетабин. Для лечения рака молочной железы, который является самым распространенным раковым заболеванием среди женщин во всем мире, применяют препараты Доксорубин, Циклофосфан (Эндоксан), Досетаксел, Паклитаксел, Трастузумаб.

Карбоплатин, Паклитаксел, Цисплатин, Гемцитабин вошли в список препаратов, применяемых для лечения рака яичников.

Действия всех перечисленных препаратов были подробно рассмотрены докладчиком.

Об устройствах, используемых для проведения химиотерапии, говорила старшая медицинская сестра ООПЛАТ № 2 Эрвина Мухаметшина. «Разведение и приготовление противоопухолевых препаратов к введению требует определенного навыка, который достигается при правильном обучении, — сказала Эрвина Анисовна. — Необходимо всеми силами избегать прямого контакта с данными веществами и аэрозолями, а также ошибок в дозировке препарата и микробного заражения раствора.

Во время ее выступления были рассмотрены продукты ВВгаун для безопасного приготовления цитостатиков: Экофлак Коннект, Мини-Спайк Хемо V и Цито-Сет Микс.

Главная медицинская сестра ГАУЗ РК ОД Наталья Мельникова посвятила свое выступление теме возможных осложнений при введении противоопухолевых препаратов и рекомендациям по минимизации риска экстравазации. В зависимости от характера осложнений экстравазации и степени тяжести могут потребоваться наблюдение, консервативное лечение, а также хирургические вмешательства вплоть до кожно-пластических операций, и важно помнить, что степень повреждения зависит от вида лекарственного средства, его pH и концентрации. Также обсуждалось техническое обеспечение сосудистого доступа. Так, для препаратов кожно-нарывного действия с длительным периодом инфузии (12-24 часа) рекомендуется использовать центральный венозный доступ, а для организации центрального венозного доступа имеют преимущества периферически вводимые центральные катетеры (PICC LINE) или имплантируемые венозные порты.

(Окончание на с. 42)

Профессиональная подготовка



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО — ОСНОВА КАЧЕСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

(Окончание. Начало на с. 4)
специальные бригады для выездов на дом и сестринские посты (медицинские сестры перестали работать на приеме с врачами), патронажная служба медицинских сестер.

Стандартизация — важнейший принцип контроля качества и инструмент бережливого производства. СОПам и критериям их создания посвятила свое выступление старшая медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии Краевой клинической инфекционной больницы г. Читы Наталья Константинова.

Докладчик подчеркнула, что СОП должен быть четко структурирован. При его написании важно использовать понятную каждому терминологию. Стандарт должен соответствовать нормативным документам, регламентировать использование тех медицинских изделий, оборудования и препаратов, которые действительно есть на рабочих местах. Разработанные и применяемые на практике стандарты должны постоянно корректироваться.

Концепция бережливого производства — это всегда оптимизация труда персонала, снижение потерь как качества, так и ресурсов. Для

достижения этих целей могут применяться разные организационные технологии. Например, в Перинатальном центре Краснодарской краевой больницы № 2 создан специальный отдел для формирования перевязочного материала. Об этом рассказала старшая акушерка перинатального центра Лариса Чуфистова.

Такая централизация позволяет готовить, хранить перевязочный материал в соответствии с потребностями отделений центра и нормативными требованиями.

НОВЫЕ РЕАЛИИ — НОВЫЕ ПОДХОДЫ

На симпозиумах, посвященных практической деятельности медсестер, рассматривались новые подходы к организации сестринской помощи на дому, роли медсестры в обучении пациентов и их родителей, к принципам ухода за новорожденными, в том числе и родившимися с генетическими заболеваниями.

Медицинские сестры Забайкалья каждый год принимают в форуме активное участие. В этом году представительницы края привезли в Москву несколько ярких докладов, представили передовой сестринский опыт.

Проект «Координаторы здоровья»

был начат в Забайкалье немногим более двух лет назад. Медицинские сестры работают в проекте как универсальные специалисты. Они взяли на себя полное обслуживание на дому пациентов с хроническими заболеваниями, инвалидов, пожилых людей, часто обращающихся за медицинской помощью, вызывающих скорую помощь или госпитализирующихся.

О том, как реализуется проект в педиатрической службе Забайкальского края, рассказала главная медицинская сестра Клинического подразделения № 2 Детского клинического медицинского центра (ДКМЦ) г. Читы Оксана Опина.

Медсестры-координаторы проводят доврачебные осмотры, в том числе профилактические, оценивают состояние здоровья маленьких пациентов; выполняют врачебные назначения на дому; дают рекомендации по основному заболеванию, обучают родителей уходу, оказанию неотложной помощи; проводят консультации с профилактической целью, организуют необходимые обследования.

Отлажено взаимодействие службы координаторов здоровья со службой детской паллиативной



Сергей Двойников



Ирина Левина



Оксана Опина



Ольга Старновская



Татьяна Привалова

помощи — те дети, которые были направлены в службу паллиативной помощи, но не взяты ей на курацию (обычно служба курирует детей с самыми тяжелыми проблемами), становятся пациентами координаторов здоровья.

Число детей, участвующих в проекте, растет: если в октябре 2017 года их было 1357, то на 1 января 2019 года — 4888. А число взрослых пациентов — более 9000.

Служба координаторов развивается — в ближайшее время будет проведено дополнительное материально-техническое оснащение службы, координаторы во всех организациях и районах края будут обеспечены мобильной связью.

Интересный опыт обучения родителей маленьких пациентов искусственной вентиляции легких и проведения ее на дому есть в Свердловской области. О реализации проекта рассказала главная медицинская сестра Областной детской клинической больницы Мария Лебедева.

В России 100 тыс. пациентов нуждаются в постоянной пожизненной респираторной поддержке с помощью аппарата ИВЛ, из них 20 % — дети, отметила она. У детей необходимость в ИВЛ может сохраняться годами, а значит, при работе с ними требуются особые медицинские подходы, адаптированные к потребностям растущей и развивающейся личности, семьи.

В рамках проекта была создана выездная мультидисциплинарная бригада; семьи маленьких пациентов, нуждающихся в регулярной ИВЛ, были обеспечены оборудованием, а также расходными материалами. Родители прошли обучение в школе по уходу за детьми, нуждающимися в ИВЛ, были разработаны памятки по сопровождению детей на ИВЛ в домашних условиях и по обращению с аппаратурой.

Роль медсестры в обучении пациентов и членов их семей — пожалуй, одна из самых благодарных. Медсестра может работать абсолютно самостоятельно, а результаты ее труда трудно переоценить. Об этом говорила в своем докладе старшая медицинская сестра Научно-практического центра специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого (г. Москва) Елена Казерова.

Снижение качества жизни, чрезмерные стрессовые нагрузки, вредные привычки, низкий образовательный уровень, низкая санитарно-гигиеническая культура негативно влияют на уровень здоровья наших сограждан и их детей, отметила докладчик. 25-35% первоклассников имеют физические недостатки или хронические заболевания.

Как изменить ситуацию? Передать педиатрическим медсестрам и медсестрам школ функции по профилактике и формированию здорового образа жизни у детей и подростков. Такая деятельность могла бы быть очень эффективной, подчеркнула докладчик, ведь в детском возрасте закладываются и формируются личностные ценности, в том числе и отношение к здоровому образу жизни.

Обучение — не компонент лечения сахарного диабета, а само лечение, отметила, рассказывая об опыте работы школы сахарного диабета, медсестра эндокринологического отделения Детской краевой клинической больницы (г. Краснодар) Фатимет Хакуз.

Очень важно, подчеркнула она, не просто обучать пациентов технике самоконтроля, введения инсулинов и навыкам здоровьесберегающего образа жизни, а развивать клубную форму общения. Медицинские сестры и врачи тоже могут быть членами клуба или участвовать в его работе на правах приглашенных

гостей. Такая форма работы школы способствует поддержанию высокого уровня мотивации пациентов к контролю заболевания, обеспечивает непрерывность лечебного процесса, достижение наивысшей степени компенсации заболевания.

В ДКМЦ г. Читы работает несколько сестринских профильных школ: поддержки грудного вскармливания, бронхиальной астмы, сахарного диабета, взросления девочки и др. О работе школы поддержки грудного вскармливания рассказала главная медсестра поликлинического подразделения № 5 ДКМЦ г. Читы Ольга Старновская. Школа была открыта в конце 2015 года. Медсестры школы обучают мам правильному прикладыванию к груди, принципам успешного грудного вскармливания, разрабатывают и внедряют методические рекомендации по обучению грудному вскармливанию, проводят анализ случаев прекращения грудного вскармливания детей в возрасте до 6 месяцев. Главный принцип школы: мама и медицинская сестра — партнеры в решении проблем грудного вскармливания. Такой подход позволяет значительно сократить долю детей, лишенных грудного молока. Школа очень популярна: в 2018 году в нее обратилось 2944 мамы, рекомендации по грудному вскармливанию получили 1935 мам, у 1492 были скорректированы нарушения в технике прикладывания к груди.

Причиной 80% конфликтов и судебных исков против медиков в нашей стране является низкая культура общения медицинских работников. Способность к эффективной коммуникации, психологическая грамотность, умение установить доверительные отношения с пациентом и его семьей — навыки, чрезвычайно востребованные современным здравоохранением.

Особенно важны они для медсе-

стер детских стационаров — ведь госпитализация является серьезным стрессом для ребенка, он нуждается в психологической реабилитации и адаптации к изменившимся условиям жизни. О том, как медсестра может помочь ребенку в такой ситуации, рассказала главная медицинская сестра Забайкальского краевого клинического центра Наталья Абендова.

В разговоре с ребенком следует быть выдержанным и приветливым. Недопустимы фамильярность, панибратство, чрезмерная сухость и официальность. Важно уважать пациента и его личное пространство, проявлять сочувствие к его переживаниям, понимание и терпение — тогда выздоровление пойдет быстрее. Ну, а если конфликт все же случился, медсестра должна уметь быстро погасить его.

О необходимости создания специальной структуры психологической помощи родителям, чьи дети находятся в отделении реанимации, а также дополнительной подготовки в сфере психологии для медсестер таких отделений в Детской городской больнице им. З.А. Башляевой (г. Москва) заговорили сами медики. Медсестра отделения реанимации и интенсивной терапии больницы Надежда Иванова отметила, что очень часто родители не видят в медсестрах и врачах партнеров и между ними нередко возникает недоверие. В отделении было проведено изучение психологического состояния родителей, дети которых находятся в реанимации. Итоги свидетельствовали о серьезных переживаниях родителей, о том, что сложная жизненная ситуация обострила их эмоционально-чувственную сферу, многим из них была нужна помощь психолога.

Именно психолог, подчеркнула Н.Иванова, может создать атмосферу доверия между родителями и медицинским персоналом. Однако это не значит, что медикам не следует совершенствовать психологические навыки.

В Перинатальном центре Краевой клинической больницы № 2 г. Краснодара разработан стандарт общения медицинского персонала с родственниками ребенка, находящегося в отделении реанимации. Как рассказала старшая медицинская сестра Центра Наталья Нарышева,



Фатимет Хакуз



Слева направо: Елена Бирюкова, Ирина Левина, главная медицинская сестра Детской городской клинической больницы им. З.А. Башляевой Светлана Демкина

документ регламентирует уважительное обращение к родственникам пациентов, предоставление информации о пациенте без эмоциональных и личностных оценок. Стандартом категорически запрещено манипулировать родственниками пациента, использовать их возможности в личных целях; намекать на материальное поощрение своего труда и т.д.

Серия докладов, посвященных уходу за кожей новорожденных, а также особенностям ухода за детьми с эпидермолизом и другими генетическими заболеваниями, вызвала большой отклик у участников форума.

Сестринские компетенции при лечении детей с орфанными болезнями на примере больных с буллезным эпидермолизом представила старшая медицинская сестра отделения дерматологии с группой лазерной хирургии Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей (НМИЦ, г. Москва) Татьяна Зыкова.

Буллезный эпидермолиз — группа генетически и клинически гетерогенных заболеваний, характеризующихся хрупкостью кожи.

Буллезный эпидермолиз требует персонифицированного подхода к лечению и уходу за больным ребенком. Правильное и своевременное выполнение назначений врачей различных специальностей, умение установить контакт с ребенком и его родителями, обучение родителей основам ухода за ребенком — наиболее важные функции медсестры при работе с такими детьми.

Доклад, посвященный актуальным аспектам ухода за новорожденными с наследственными заболеваниями кожи, представила медсестра отделения анестезиологии-реанимации новорожденных и недоношенных

Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова (г. Москва) Олеся Кашникова.

Аутосомно-рецессивный врожденный ихтиоз клинически проявляется деформациями конечностей и ладонно-подошвенной кератодермией. Неспецифическими клиническими проявлениями могут быть дыхательные нарушения, ограничение движений, проблемы вскармливания, системный инфекционный процесс. При ламелярном ихтиозе при рождении новорожденный покрыт мембраной коллодия, в дальнейшем, коллодий сменяется гиперкератозом. Лечение данной патологии заключается в создании повышенной влажности в кувезе, антибактериальной терапии, энтеральном питании, применении бепантена и купании.

Интересным и ярким было выступление доцента кафедры факультетской педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (г. Москва) Татьяны Приваловой, посвященное особенностям ухода за кожей детей первого года жизни.

Т. Привалова рассказала об особенностях кожи новорожденного — тонком эпидермисе, рыхлой дерме с повышенной проницаемостью сосудов; большей, чем у взрослого, гидратацией, незрелом клеточном и гуморальном иммунитете. Кожа новорожденных легко травмируется и имеет отличную от кожи взрослого pH — 6,7-5,5. Все это обуславливает правила ухода за ней.

Для профилактики пеленочного дерматита важны очень осторожная очистка кожи; тщательный выбор подгузников и замена подгузников как можно раньше после дефекации;

Профессиональная подготовка

Делегация Свердловской области была на форуме одной из самых многочисленных. Комментируя итоги форума, главная медицинская сестра Областной детской клинической больницы Мария Лебедева отметила высокую практическую значимость сделанных докладов.

«Особый интерес у нас вызвали доклады об уходе за пациентами с буллезным эпидермолизом, — сказала она, — проблема актуальна, таких деток становится все больше и больше, а опыт ухода за ними встречается нечасто, поэтому было очень интересно услышать о том, как с такими детьми работают в Москве».

Сестринский форум, как подчеркнула М. Лебедева, всегда насыщен событиями, его отличает доброжелательная атмосфера и позитивный настрой. Для нас очень важно приезжать сюда ежегодно, чтобы пообщаться с коллегами, поделиться опытом, увидеть новое и двигаться вперед, сказала она.



Делегация медицинских сестер Свердловской области, вторая слева — Мария Лебедева

нанесение барьерных средств при каждой такой смене. Эффективность выбранных средств ухода должна быть подтверждена клиническими исследованиями.

КРАТКОСТЬ — СЕСТРА ТАЛАНТА

Сессия постерных докладов была проведена в этом году в устной форме: в рамках отдельного симпозиума было сделано 14 кратких сообщений, посвященных какой-либо значимой проблеме детского здоровья.

Медсестры Забайкалья представили четыре сообщения. Роль медсестры в профилактике подростковой наркомании стала темой выступления О. Старновской. В одной из школ г. Читы были проведены анкетирование и мониторинг с целью определить возрастные особенности и факторы риска развития наркомании, наметить профилактические меры с участием медсестер социальных служб и волонтеров.

О. Опина рассказала о профилактике баланопостита у мальчиков и организации сестринской школы гигиенического обучения. Это заболевание встречается достаточно часто — у 3% мальчиков. В ходе опросов, проведенных в ДКМЦ г. Читы, выяснилось, что дети и родители недостаточно хорошо осведомлены об этой патологии, ее причинах и последствиях, поэтому была организована профильная школа, где медсестры обучают детей и их родителей принципам правильной гигиены, рассказывают о факторах риска и методах профилактики.

Еще одно исследование, проведенное в ДКМЦ г. Читы, было направлено на изучение рисков сестринских ошибок в манипуляционных кабинетах. В ходе исследования был про-

веден анализ сестринских ошибок, выделены наиболее весомые риски: риск неблагоприятных реакций на лекарственное средство и изделие медицинского назначения, ошибки идентификации пациента, риск профессиональной ошибки и риск возникновения ИСМП. Была изучена структура рисков, разработан комплекс мер по их минимизации.

О работе школы ухода за стомированными пациентами, в которой обучаются родители и ухаживающие родственники, рассказала старшая медсестра отделения реанимации новорожденных Забайкальской краевой детской клинической больницы Екатерина Головина.

Работа школы направлена на формирование у родителей навыков эффективного ухода за стомой в домашних условиях, психологическую адаптацию к новым жизненным обстоятельствам. Результаты — улучшение качества жизни маленького пациента, выработка у родителей правильного отношения к болезни и снижению числа осложнений при уходе за стомой.

Темами докладов инструкторов ЛФК НМИЦЗД Минздрава России стали алгоритм активной вертикализации у детей ревматологического профиля с иммобилизационным синдромом в отделении реанимации, роль постурального менеджмента при дисплазии тазобедренного сустава у детей первого года жизни, применение миофасциального релиза при мышечной дистрофии Дюшенна и др.

Подводя итоги форума, Ирина Левина выразила восхищение активностью и энтузиазмом участников форума, поблагодарила их за высокий уровень докладов. Выступления

были не просто профессиональными, но и глубокими, сказала она, был представлен ценнейший опыт ухода за детьми со сверхтяжелыми состояниями, обучения и психологической поддержки их родителей.

Мы много говорим о низком престиже сестринской профессии, сказала И. Левина, обращаясь к участникам форума, но, если такие люди, как вы, сегодня в профессии, значит, о престиже профессии мы беспокоимся зря.

По результатам работы участники IX Форума детских медицинских сестер России приняли резолюцию. Необходимо обеспечить процесс непрерывного профессионального образования педиатрических медицинских сестер; провести работу по профессиональному сотрудничеству с регионами для совершенствования сестринской помощи; создавать школы для педиатрических медицинских сестер с привлечением регионов; внедрять технологии бережливого производства в практическую подготовку и деятельность педиатрических медицинских сестер.

И.А. ЛЕВИНА,
президент Союза медицинских профессиональных организаций, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава России в УФО, директор Свердловского областного медицинского колледжа, **И.Р. ФЕТИЩЕВА,** ответственный секретарь редакции журнала «Сестринское дело», **А.В. АВЕРИН,** менеджер Союза медицинских профессиональных организаций



Ирина Чугунова работает медицинской сестрой отделения реанимации и интенсивной терапии ГKB № 52 ДЗМ. Ирина – участница регионального этапа Всероссийского конкурса «Лучший молодой специалист 2018 года», организованного Российской ассоциацией медицинских сестер, на котором одержала победу в номинации «Многогранность».

СЕСТРИЧКА

Вы наверняка замечали, что, если разбить номер банковского счета на блоки по 3-4 цифры, станет проще не ошибиться с количеством нулей. То же и с номером телефона — так его значительно легче запомнить.

«Чанкинг» (от англ. *chunk* – кусок), или деление информации на примерно равные и связанные по смыслу блоки, их систематизация и упорядочивание работает практически с любым контентом — от белья в шкафу до текста научного доклада.

ЧТО ЭТО ЗНАЧИТ?

Впервые «чанкинг» был описан как понятие в нейролингвистическом программировании Майклом Холлом и Бобом Боденхаймером в их книге «51 метапрограмма НЛП», а также Анне Линден в учебнике «Библия НЛП».

Анне Линден, например, определяет понятие «чанкинг» как «расщепление информации на меньшие детали или обобщение её и использование допущений более высокого порядка».

Иными словами, каждый «чанк» — это элемент информации, который мы можем поместить в более крупную категорию (укрупнение) или разбить на мелкие детали (разукрупнение). Например, такое понятие, как «платье», можно «укрупнить» до категории «одежда» или, наоборот, детализировать: «коктейльное платье», «домашнее платье», «маленькое черное платье» и т.д.

КАК ЭТО ИСПОЛЬЗОВАТЬ?

Фрагменты информации могут быть организованы по-разному, важно сделать это так, чтобы «чанки» как можно легче воспринимались по отдельности и составляли при этом единое целое. Именно по этому принципу мы разбиваем на абзацы текст статьи или доклада.

«Чанкинг» можно с успехом использовать и для оптимизации общения. Среди окружающих нас людей есть те, кто поймет нас по паре общих фраз — им не нужны детали, более того, они их лишь запутывают, а есть и те, кому детали как раз необходимы — чем деталей больше, тем ими лучше воспринимается информация.

Учитывайте это. Предположим, ваша подруга в жизненном тупике. Она утверждает, что ее никто не любит. Возможно, имеет смысл «разукрупнить» информацию и задать ей следующие вопросы: «Кто именно не любит? Ты у всех спрашивала? Они все так тебе прямо и сказали? А как ты поняла, что не любят?».

Или, если ваша подруга принадлежит к первому типу, стоит «укрупнить» проблему, спросив у подруги: «Как влияют эти мысли на твою жизнь в целом? Что ты можешь изменить в себе прямо сейчас, чтобы больше не чувствовать, что тебя никто не любит, а, наоборот, чувствовать себя любимой? Ты хочешь быть любимой?»

Возможно, некоторым из вас такой подход к общению покажется манипулятивным. Однако, в данном случае, если правильно выбрать технологию чанкинга, он поможет «сбить» подругу с неверной установки и начать мыслить позитивно.

МАГИЧЕСКОЕ ЧИСЛО «СЕМЬ»

Разделяя информацию на блоки, помните о некоторой закономерности, открытой специалистом в области когнитивной психологии Джорджем Миллером еще в 1956 году. Он обнаружил, что большинство людей могут держать в кратковременной памяти ограниченное число фрагментов информации



ФОРМА

Если у вас скуластое лицо, выберите оправы плавных линий; если же ваше лицо округлое или овальное — прямоугольные.

Крупному носу нужна крупная оправа — маленькая его подчеркнет. Чуть приподнятые внешние края оправы привлекут внимание к вискам и отвлекут от длинного носа. Зрительно укоротит нос и оправа с двумя перемычками на переносице. А вот короткому носу показана светлая, высоко сидящая на переносице оправа.

Тонкие очки в металлической оправе с подчеркнутыми вертикальными линиями зрительно сузят широкий лоб. Для лиц с тонким и узким подбородком подойдут «легкие» оправы овальной формы, а для тех, у кого широкие скулы и подбородок, — очки формы «кошачий глаз» и авиаторы. Тяжелым подбородкам показана слегка закругленная оправа, высоко сидящая на переносице, — она визуально сделает нижнюю часть лица легче.

Бровь не должна скрываться за оправой или попадать в окуляр — правильная оправа заканчивается под бровью.

ЦВЕТ

Для обладателей теплого тона кожи подойдут цвета — верблюжий, хаки,

Очки — давно уже не только средство коррекции зрения или защиты от солнца, но и элемент имиджа, причем очень важный. Поэтому, выбирая оправу, учитывайте не только особенности собственной внешности — форму лица, цвет глаз и волос, но и то, как вы хотите, чтобы вас воспринимали окружающие.

золотой, медный, персиковый, оранжевый, коралловый, молочно-белый, ярко-красный, теплый голубой и светло-бирюзовый. А для холодных типов внешности — черный, розово-коричневый, серо-голубой, сливовый, пурпурный, розовый, нефритовый (желтовато-зеленый), голубой и янтарный.

Используйте эти рекомендации и при выборе цвета линз — цветные линзы сегодня очень в моде.

Цвет глаз — важнейший ориентир. К васильковым, голубым, серым глазам пойдут оправы рыжеватого, коричневого или коньячного цветов. Изумрудные глаза сделают ярче оттенки сливового, фиолетового, глубокого коричневого. Для кареглазых женщин подходят оправы любого цвета, но наиболее эффектно смотрятся насыщенные синие, фиалковые.

КОМФОРТ

Правильный размер заушников, нужная ширина оправы и достаточная подвижность носоупоров — основа комфорта.

Заушники не должны давить на виски или область за ухом. Правильные заушники остаются параллельными даже после длительного ношения очков.

Жесткие носоупоры часто давят на переносицу, оставляют на ней следы, вызывают быстрое утомление, поэтому лучше всего подобрать оправу с мягкими силиконовыми, подвижными носоупорами. Людям с широкой переносицей лучше остановить выбор на

оправе с носоупорами на винтах — их можно раздвинуть, чтобы плотно посадить очки на носу.

СТИЛЬ

Выбирая правильную оправу, нужно учитывать не только форму лица и тон кожи, но и прическу, температур, стиль жизни.

Оправы ярких цветов хорошо смотрятся на людях с темными волосами и кожей. Однако по-настоящему гармоничны они на личностях темпераментных. Если вы из их числа, надевая яркую оправу, «не перегружайте» образ — остальные аксессуары и костюм должны быть предельно сдержанными как по цвету, так и по форме.

Женщинам с длинными локонами лучше выбирать простые лаконичные оправы, а тем, кто носит короткие стрижки, можно позволить себе и что-то более экстравагантное.

Квадратная оправа придаст вам деловой вид, добавит образу строгости, а закругленная — мягкости и женственности.

Слишком крупные очки помогут создать яркий и запоминающийся образ. К тому же очки oversize молодеят.

Очки без оправы — прекрасный вариант для тех, кто не хочет выделяться. Таким людям подойдет и очень модный сегодня вариант — оправа полуневидимка, ее верхняя часть может удачно подчеркнуть верхнюю часть лица — форму и цвет глаз, например, а нижнюю часть лица, наоборот, смягчит, сделает «невидимой».

Разделяй — и запоминай

► — обычно не более семи. При этом Миллер нашел интересным не само число 7, а тот факт, что размер фрагментов информации не имеет особого значения — человек может вспомнить 7 отдельных букв или 28 букв, сгруппированных в 7 слов. Только в первом случае фрагмент информации — каждая буква, а

во втором — каждое слово.

Современные реалии подтверждают теорию Миллера лишь отчасти. Действительно, кратковременная память человека ограничена и для эффективного запоминания информации ее следует делить на смысловые блоки, число которых не должно быть большим. Однако это вовсе не значит, что

если фрагментов информации меньше семи, то запомнить ее будет проще, чем, если их будет больше.

Намного важнее, как информация организована внутри блоков, а также в том, как блоки информации связаны между собой. Отличный пример — меню настроек современного смартфона.

Наследие графа Кардигана

Кардиган снова на пике моды. Отличная новость для женщин, которые не только ценят в одежде удобство и практичность, но и следуют модным тенденциям.

История этого предмета одежды началась в IX веке — нечто похожее на кардиган носили рыбаки северных морей. А свое сегодняшнее название кардиган получил в середине XVIII века во время Крымской войны от имени генерала Джеймса Томаса Бранднелла, графа Кардигана. Он придумал надевать шерстяную кофту на пуговицах под форменный мундир в условиях холодного климата (зима в южной части Российской империи казалась англичанам суровой). Вскоре кардиган стал популярен среди европейской знати, а затем и вовсе попал в массовое производство.

В 1918 году его начали носить женщины — Коко Шанель создала женский костюм, состоявший из прямой юбки и короткого кардигана с накладными карманами и контрастной окантовкой по краям. С тех пор кардиган уже не никогда выходил из моды, а в 50-е и 90-е годы прошлого столетия был особенно популярен.

КАК НОСИТЬ?

Сегодняшнее восхождение кардигана на Олимп модные критики связывают как раз с возвращением моды 90-х. Носят кардиган, как и тогда, — под жакет, а также как самостоятельный топ, заправляя в джинсы или юбку.

В тренде и классический беспроигрышный вариант: кардиган с футболкой и джинсами. В прохладную погоду под кардиган можно надеть водолазку, которую желательно подобрать тон в тон.

Классический кардиган средней длины и прямого кроя можно дополнить ремнем на талии. Подвязать поясом или ремнем можно также и кардиган без пуговиц.

Если кардиган длинный, важно соблюсти ряд правил:

- юбка или платье не должны быть короче кардигана;
- с длинным кардиганом хорошо смотрятся юбки трапецевидной формы, платья А-образного или привлекающего силуэтов;



- к платью и юбке «в пол» не подходит ни один кардиган;
- «миди» можно носить с кардиганом такой же длины или чуть короче;
- наиболее эффектно длинный кардиган смотрится с брюками или джинсами.

Настоящий хит сегодня — шерстяной кардиган средней длины крупной вязки объемного фасона с пышными рукавами-фонариками. Асимметрия — в тренде, как и кардиганы с асимметричными полами или воротником.

Цветовая гамма может быть разнообразной, но, пожалуй, самый актуальный цвет — серый. Серый кардиган универсален: идеально сочетается с одеждой любого цвета и отлично смотрится с денимом.



Купить немножко радости

Психологи утверждают, что в наш стрессогенный век шопинг — отличное средство, чтобы снять нервное напряжение. Ведь депрессивное состояние почти всегда связано с ощущением потери: иллюзий, отношений, тонуса, вдохновения или смысла. Приобретение же помогает «качнуть» психику в противоположную сторону.

ОСЧАСТЛИВИТ И МЕЛОЧЬ

Даже обычный поход за покупками может стать в некотором роде сеансом психотерапии, но только, если под шопингом вы понимаете не пробежку по продуктовому рынку с тяжелыми сумками и не визит в дорогой бутик с пустым кошельком. Шопинг с психотерапевтическим эффектом — это с удовольствием выбрать, спокойно расплатиться, а потом не раз примерить или рассмотреть купленное, неизменно получая удовольствие.

Покупать что-то дорогое вовсе не обязательно. Ведь иррациональное правое полушарие, на которое мы хотим воздействовать, не различает больших и малых приобретений, а также крупных и мелких потерь. Именно поэтому счастливыми нас делает шоколадка, а несчастными — стрелка на колготках.

ПУСТЬ ГЛАЗА РАЗБЕГАЮТСЯ

Замечали, что взгляд уставшего, подавленного человека почти всегда сосредоточен и будто направлен «внутрь»? Так вот, утверждают психологи, когда внимание рассеивается, «глаза разбегаются», уходит и внутреннее напряжение. Поэтому совершать покупки лучше в супермаркетах — там психотерапевтический эффект возникает сам собою.

ЗАДЕЙСТВУЙТЕ ВСЕ КАНАЛЫ

Для большинства людей предпочтителен один из трех способов восприятия мира: понюхать, потрогать или посмотреть. Плюс супермаркетов в том, что там можно использовать любой из них: пошуршать обертками, повертеть в руках баночки или коробочки, понюхать духи, пощупать фактуру ткани. Эти простые манипуляции помогают

сохранять контакт с внешним миром, тогда как депрессия вынуждает отгораживаться, уходить в себя.

Даже возможность уверенно, как дома, открыть холодильник и привычным движением взять йогурт с полки — элемент психотерапии: наше подсознание положительно воспринимает обилие вкусного и доступного, а затем экстраполирует это ощущение на жизнь вообще.

НЕ УВЛЕКАЙТЕСЬ

Есть одно «но». Старайтесь прибегать к шопингу как терапевтическому средству, соблюдая меру. Склонность проводить в гипермаркетах много времени — там ведь весело, играет громкая музыка, много ярких и красивых вещей — может перерасти в зависимость, подобную той, что возникает у игроков казино.



Защита от темных искусств



ПРИЗРАК В ДОМЕ

Журналистка Кэрри Поппи однажды обнаружила, что в ее доме поселился страшный призрак. Она слышала пугающие звуки, ощущала сдавленность в груди, чувствовала, что кто-то за ней постоянно следит. Когда освящение дома не помогло, она рассказала об этой страшной истории своим друзьям-скептикам. А те предложили ей обратиться в газовую службу и проверить, нет ли утечки угарного газа. Именно монооксид углерода вызывает у отравленных им галлюцинации и боль в груди.

Совет поступил своевременно! Концентрация угарного газа в доме значительно превышала норму — женщина могла погибнуть, затянься эта история.

Призраки, демоны, дементоры нередко посещают нас. В фольклоре разных народов есть мифические существа, навещающие людей во сне. У скандинавов — это мара, демон-душитель, который садится на грудь и вызывает дурные сны. Французское ночное привидение, или кошмар, тоже не дает покоя спящему человеку. У русских удушье во сне — это проделки домового.

«Но стоит ли искать монстров у себя под кроватью?» — спрашивает автор. Кошмары гнездятся у нас в голове. При сонном параличе возникает состояние, когда вы, просыпаясь, чувствуете, что не в силах пошевелиться. Такое испытывает каждый десятый человек. Во время фазы быстрого сна скелетные мышцы тела расслаблены, моторные нейроны заторможены. Вы пробуждаетесь, а паралич пройти еще какое-то время не успевает. Вот мозги пытаются объяснить непривычное ощущение таким мистическим образом.

Как защититься от ночных кошмаров? Соблюдайте гигиену сна — это лучшее средство.

ЛОЖНЫЕ ВОСПОМИНАНИЯ

В знаменитой статье психологов

Дэниела Саймонса и Кристофера Шабри «Гориллы среди нас: устойчивая слепота невнимания при динамических событиях» описан эксперимент, когда испытуемые смотрели видео, где члены двух команд — одна в белых, другая в черных футболках — играли в мяч. В какой-то момент в кадре появлялся человек в костюме гориллы, который шел не спеша, бил себя в грудь и затем медленно удалялся из кадра. Половина смотревших видео вообще не заметили его!

Мы можем не помнить того, что видели, но помнить то, чего не было. Самое тревожное, что на память человека можно влиять, даже внедряя ложные воспоминания. Об этом свидетельствуют многие научные опыты. Например, исследование, в котором участвовали 26 взрослых, чьи родственники делились с учеными воспоминаниями, причем три из них были действительными, а одно вымышленным. Испытуемые припомнили в среднем 68% истинных событий, а шесть участников (25%) уверенно «вспомнили» вымышленные происшествия.

А реально ли создать ложные воспоминания о чем-нибудь паранормальном? Эксперименты показали, что и это не представляет сложности. В целом люди, которые помнят, что их похищали инопланетяне, более внушаемы и склонны к фантазиям, а также верят в астрологию, предсказания будущего и т.п.

Автор предлагает тем, кто хочет оценить надежность своего воспоминания, как его навели инопланетяне и украли носки, три приема защиты от фантомных воспоминаний:

- Используйте разные способы пробудить свою память. Попробуйте представить, какой была ваша реакция. Вы просто пошли спать или попытались сфотографировать инопланетян, позвонили на ТВ? Возникают ли новые воспоминания при этих

мыслях? Если нет, это подозрительно!

- Оцените яркость воспоминания. Если вы только смутно помните о столь необычном событии, это странно.

- Сверяйте воспоминания со своими знаниями о реальности. Например, могли ли инопланетяне проникнуть в окно, если оно всегда закрыто? И похитить носки, если чистые давно закончились, а грязные — в надежном месте, под диваном?

Но автор предупреждает, что применение этих приемов абсолютных гарантий не дает.

СЫВОРОТКА ПРАВДЫ

Мы далеко не всегда способны распознать ложь. Нас могут обмануть даже собственные глаза. Об этом говорят многочисленные случаи оптической иллюзии. Иногда заявления о паранормальном вызваны просто обманом восприятия. Лучшее всего его используют профессиональные фокусники, которые в отличие от «магов» не скрывают, что занимаются иллюзией. Но двойные слепые эксперименты доказывают, что двигать предметы силой мысли, видеть ауру и т.п., никто из прошедших испытания экстрасенсов не мог. Одни из них были ловкими обманщиками, а другие искренне заблуждались.

Люди жаждут чуда и доверяют магам, астрологам, целителям. А могли бы участвовать в поистине чудесной новой реальности, созданной современными технологиями.

Хотят здоровья и благополучия — и ходят к шаманам и целителям, а не верят в современную медицину, которая может многое для качества и продолжительности жизни людей.

Люди могут быть лучше, умнее, избавиться от предрассудков и учиться на ошибках, делать мир лучше.

Прочитайте эту книгу — и вы многое поймете сами!

«Сестричку» подготовила
Алина УТЕЦОВА

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ

М.Н. Гиниятуллин

Научно-внедренческое предприятие «Орбита» г. Уфа, Республика Башкортостан

Любая травма, хроническое заболевание сустава или хирургическое вмешательство приводят к ограничению объема движений, выключая основную функцию сустава — обеспечение движений конечности в пространстве. В ответ на снижение подвижности в суставе, а также мягких тканях, окружающих его, происходит ряд патологических процессов, еще более ограничивающих амплитуду движений. В первую очередь, это касается последствий оперативных вмешательств и травм. В результате внешнего воздействия сустав воспаляется и отекает. Капсула сустава растягивается, заполняясь кровью или воспалительной жидкостью.

При этом сустав занимает такое положение, при котором объем его капсулы наибольший. Таким образом, происходит патофизиологичная установка сустава, при которой движения в суставе дискомфортны или болезненны. Далее из жидкости, наполнившей сустав, в капсулу сустава оседают вещества (фибрин, медиаторы воспаления), которые снижают ее эластичность и в итоге на основе этих веществ начинает развиваться новая незрелая грануляционная ткань, которая замещается соединительнотканым рубцом — происходит фибрирование капсулы. Такая капсула мало растяжима, ригидна, и в результате сам сустав становится тугоподвижным.

Для устранения такой тугоподвижности используют аппараты для роботизированной механотерапии конечностей марки «Ормед Flex». Применение этих тренажеров способствует скорейшему снижению отека, а также эвакуации (оттоку) жидкости из сустава. Это достигается в результате циклических фаз сгибания/разгибания в условиях полностью расслабленных мышц пациента. В результате таких движений в полости сустава создается повторяющееся колебание давления внутриуставной жидкости, что и обеспечивает ее скорейшее всасывание в системный кровоток. За счет эффективного оттока СРМ-терапия предупреждает дальнейшее накопление жидкости в суставе и способствует уменьшению отека периапартулярных тканей. Таким образом, происходит восстановление и увеличение объема

движений в пораженном суставе.

Аппараты успешно используются для реабилитации пациентов в послеоперационном периоде при тотальном эндопротезировании суставов, различных артроскопий, после восстановления крестообразных связок, ахиллова сухожилия, вращательной манжеты, собственной связки надколенника. Также СРМ-терапия эффективна после артролиза, тенолиза, миолиза и синовэктомии. Для достижения наибольшего эффекта рекомендуется начинать занятия после операции как можно раньше. Хорошо поддаются лечению на аппаратах контрактуры различного происхождения: после длительной иммобилизации в гипсе, после травм и ожогов, при некоторых нейрогенных заболеваниях.

Важной особенностью реабилитации на тренажере «Ормед Flex» является то, что характеристика занятий (скорость, амплитуда, продолжительность) подбирается строго индивидуально для каждого пациента в зависимости от основного заболевания. Благодаря этому достигается абсолютная безболезненность и безопасность процедуры, что является необходимым условием для расслабления мышц. Отсутствие болевых ощущений настраивает пациента на продолжение реабилитации и дает незамедлительные результаты. Увеличение объема движений, уменьшение отека и боли заметны уже после первых сеансов.

Гибкая система настроек аппарата позволяет начинать занятия практически в день операции, значительно сокращая сроки реабилитации.

«Ормед Flex» — это новинка российского производства. Они разработаны в сотрудничестве с практикующими врачами травматологами-ортопедами, прошли технические и клинические испытания в действующих медицинских центрах и полностью соответствуют требованиям к современному оборудованию. Производятся Научно-внедренческим предприятием «Орбита», которое уже более 28 лет поставляет на рынок аппараты серии «ORMED», известные своим качеством.

ПРЕИМУЩЕСТВА АППАРАТОВ:

- мобильны в любых условиях, благодаря компактной и легкой конструкции;

- для производства ключевых механизмов и узлов используются материалы и комплектующие производства Японии и Германии;

- при разработке был учтен опыт ведущих европейских производителей;

- аппараты прошли ресурсные испытания путем непрерывной долговременной работы, соответствующей 10-летнему использованию на практике;

- легко управляются через ЖКИ-пульт с простым и понятным интерфейсом;

- параметры настраиваются индивидуально для каждого пациента;

- возможно сохранение в памяти аппарата настроек для 250 пациентов, а также использования USB-носителя;

- легкость фиксации травмированной области;

- безболезненный процесс процедуры разработки сустава;

- возможность смены конечностей;

- функция переключения нагрузки при сопротивлении.

Линейка «Ормед Flex» включает в себя аппараты для роботизированной механотерапии:

«Flex-F01» — для коленного и тазобедренного суставов;

«Flex-F02» — для голеностопного сустава;

«Flex-F03» — для локтевого сустава;

«Flex-F04» — для плечевого сустава;

«Flex-F05» — для лучезапястного сустава.

Таким образом, наличие полной линейки «Ормед Flex» позволяет оказывать комплексную помощь пациентам в реабилитации после различных травм. Регулярные реабилитационные занятия на аппаратах способствуют улучшению функции суставов и, соответственно, качества жизни пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Информацию об аппаратах серии «Ормед» вы найдете на 4-й обложке этого номера.

Подробнее читайте на сайте www.ormed.ru.

ООО НВП «Орбита», 450095, г. Уфа, ул. Центральная, 53/3, Тел. 8(347)227-54-00, 8-937-48-68-060, 8-800-700-86-96 (звонок по России бесплатный), e-mail: ormed@ormed.ru.

ТРИ СЛОЯ ЗАЩИТЫ ОТ ИСМП

При рассмотрении темы о роли медицинской сестры в профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), и сокращении числа ее случаев, затронутой в нескольких номерах журнала «Сестринское дело» за 2018 год, выяснилось, что были названы далеко не все причины распространения ИСМП. Помимо антибиотикорезистентности и низкой гигиены рук, существует еще одна не менее серьезная причина — это неправильный подход к выбору хирургического медицинского белья и одежды. Как отмечает автор статей, ИСМП поражают в России 10% госпитализированных пациентов (подробнее «Сестринское дело» №1, 2018). Это очень серьезная проблема, а значит, необходимо приложить максимальные усилия к ее искоренению. Рассмотрим выбор и использование хирургического белья и одежды как одну из причин возникновения и распространения ИСМП.

До недавнего времени на территории РФ производились только однокомпонентные нетканые материалы. Мы их знаем как: спанбонд, спанлейс, СМС (подробнее «Сестринское дело» №8, 2018). Композитные материалы для медицины в РФ не производили. А именно из них сделано все хирургическое белье ведущих иностранных производителей.

Почему европейские производители применяют для хирургического белья именно композитные материалы? Ответ содержится в нормативной документации, изначально принятой в Европе и адаптированной на территории РФ совместно со странами ЕАЭС как ГОСТ EN 13795-2011 (в трех частях).

Настоящий стандарт содержит общие требования к характеристикам хирургических халатов, костюмов и хирургического покровного материала, используемых как медицинские изделия для пациентов, персонала и оборудования и предотвращающих передачу возбудителей инфекционных заболеваний между пациентами и хирургическим персоналом в ходе инвазивных хирургических процедур. На основании именно этого документа в 2010 году методические рекомендации по выбору хирургической одежды и белья были утверждены Генеральным директором ФГБУ ВНИИИМТ Росздравнадзора, заслуженным врачом РФ, доктором медицинских наук Ю.К. Ларионовым.

Таким образом, ГОСТ 13795-2011 является национальным стандартом РФ.

Согласно этому нормативному документу:

1. К хирургической одежде относятся хирургические халаты и костюмы для чистых помещений, а к хирургическому белью — хирургический покровный материал.

2. Хирургический покровный материал, хирургические халаты и костюмы применяются для предотвращения распространения возбудителей инфекционных заболеваний между пациентами и персоналом с целью профилактики послеоперационных осложнений и внутрибольничных инфекций.

3. Требования настоящего стандарта не распространяются на хирургические маски, хирургические перчатки, упаковочный материал, обувь и головные уборы, а также на хирургические салфетки.

4. Определен уровень требуемой защиты. Он зависит от типа и продолжительности процедуры, влажности операционного поля, величины механической нагрузки на материал и восприимчивости пациента к инфекции.

Уровни исполнения согласно ГОСТ 13795-2011:

Стандартное исполнение — минимальные требования к исполнению для различных характеристик медицинских изделий, используемых при проведении инвазивных хирургических процедур.

Высококачественное исполнение — повышенные требования к исполнению для различных характери-

стик медицинских изделий, используемых при проведении инвазивных хирургических процедур.

Менее критическая зона — наименее критическая область изделия, вовлеченная в перенос возбудителей инфекции.

Критическая зона — область изделия, с наибольшей вероятностью вовлеченная в перенос возбудителей инфекционных заболеваний в рану или из раны, например передняя полочка и рукава халата.

Требования к этим областям представлены в таблицах ГОСТ (таблица 1, таблица 2). И, как понятно по тексту, самые высокие требования указаны для высококачественного исполнения и для критических зон.

Из вышесказанного можно сделать вывод, что хирургический покровный материал для длительных операций и операций с большим отделением жидкостей, а также материал для хирургических халатов в критических зонах должен быть водо- и воздухонепроницаемым, обладать высокой прочностью на разрыв, не ворситься.

Субъективные показатели в ГОСТ:

1. Комфорт: драпируемость, мягкость, физиологический комфорт. Если это касается материала для хирургического покровного материала, то большое значение имеет способность верхнего слоя быстро впитывать и удерживать в себе жидкость, при этом жидкость не должна стекать ручьями на персонал.

2. Материал при его фиксации на теле пациента с целью ограничения операционного поля не должен вызывать мацерацию и повреждение кожи.

Осталось определить, что является критической зоной и для каких операций следует использовать белье и халаты высококачественного исполнения? Снова обратимся к ГОСТ и мы видим, если говорить кратко, что все простыни, используемые для ограничения операционного поля, при любой инвазивной хирургической процедуре, особенно при операции с риском инфицирования, считаются критической зоной. А все белье и халаты, используемые при длительных операциях, особенно с большим количеством отделяемого, должны производиться в высококачественном исполнении.

Еще раз оговоримся, все европейские производители одноразового операционного белья и одежды выпускают свои изделия полностью из материалов, которые соответствуют требованиям ГОСТ 13795-2011. Конструкция (состав) таких изделий включает три слоя: материал — пленка — материал.

До недавнего времени на российском рынке предлагались импортные материалы или отечественные аналоги, изготовленные из импортных комплектующих. Но вследствие роста курса валюты закупка импортного материала становится экономически невыгодной, и именно в этот период на рынок выбрасываются «ло-

ТРИ СЛОЯ ЗАЩИТЫ ОТ ИСМП

При рассмотрении темы о роли медицинской сестры в профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), и сокращении числа ее случаев, затронутой в нескольких номерах журнала «Сестринское дело» за 2018 год, выяснилось, что были названы далеко не все причины распространения ИСМП. Помимо антибиотикорезистентности и низкой гигиены рук, существует еще одна не менее серьезная причина — это неправильный подход к выбору хирургического медицинского белья и одежды. Как отмечает автор статей, ИСМП поражают в России 10% госпитализированных пациентов (подробнее «Сестринское дело» №1, 2018). Это очень серьезная проблема, а значит, необходимо приложить максимальные усилия к ее искоренению. Рассмотрим выбор и использование хирургического белья и одежды как одну из причин возникновения и распространения ИСМП.

До недавнего времени на территории РФ производились только однокомпонентные нетканые материалы. Мы их знаем как: спанбонд, спанлейс, СМС (подробнее «Сестринское дело» №8, 2018). Композитные материалы для медицины в РФ не производили. А именно из них сделано все хирургическое белье ведущих иностранных производителей.

Почему европейские производители применяют для хирургического белья именно композитные материалы? Ответ содержится в нормативной документации, изначально принятой в Европе и адаптированной на территории РФ совместно со странами ЕАЭС как ГОСТ EN 13795-2011 (в трех частях).

Настоящий стандарт содержит общие требования к характеристикам хирургических халатов, костюмов и хирургического покровного материала, используемых как медицинские изделия для пациентов, персонала и оборудования и предотвращающих передачу возбудителей инфекционных заболеваний между пациентами и хирургическим персоналом в ходе инвазивных хирургических процедур. На основании именно этого документа в 2010 году методические рекомендации по выбору хирургической одежды и белья были утверждены Генеральным директором ФГБУ ВНИИИМТ Росздравнадзора, заслуженным врачом РФ, доктором медицинских наук Ю.К. Ларионовым.

Таким образом, ГОСТ 13795-2011 является национальным стандартом РФ.

Согласно этому нормативному документу:

1. К хирургической одежде относятся хирургические халаты и костюмы для чистых помещений, а к хирургическому белью — хирургический покровный материал.

2. Хирургический покровный материал, хирургические халаты и костюмы применяются для предотвращения распространения возбудителей инфекционных заболеваний между пациентами и персоналом с целью профилактики послеоперационных осложнений и внутрибольничных инфекций.

3. Требования настоящего стандарта не распространяются на хирургические маски, хирургические перчатки, упаковочный материал, обувь и головные уборы, а также на хирургические салфетки.

4. Определен уровень требуемой защиты. Он зависит от типа и продолжительности процедуры, влажности операционного поля, величины механической нагрузки на материал и восприимчивости пациента к инфекции.

Уровни исполнения согласно ГОСТ 13795-2011:

Стандартное исполнение — минимальные требования к исполнению для различных характеристик медицинских изделий, используемых при проведении инвазивных хирургических процедур.

Высококачественное исполнение — повышенные требования к исполнению для различных характери-

стик медицинских изделий, используемых при проведении инвазивных хирургических процедур.

Менее критическая зона — наименее критическая область изделия, вовлеченная в перенос возбудителей инфекции.

Критическая зона — область изделия, с наибольшей вероятностью вовлеченная в перенос возбудителей инфекционных заболеваний в рану или из раны, например передняя полочка и рукава халата.

Требования к этим областям представлены в таблицах ГОСТ (таблица 1, таблица 2). И, как понятно по тексту, самые высокие требования указаны для высококачественного исполнения и для критических зон.

Из вышесказанного можно сделать вывод, что хирургический покровный материал для длительных операций и операций с большим отделением жидкостей, а также материал для хирургических халатов в критических зонах должен быть водо- и воздухонепроницаемым, обладать высокой прочностью на разрыв, не ворситься.

Субъективные показатели в ГОСТ:

1. Комфорт: драпируемость, мягкость, физиологический комфорт. Если это касается материала для хирургического покровного материала, то большое значение имеет способность верхнего слоя быстро впитывать и удерживать в себе жидкость, при этом жидкость не должна стекать ручьями на персонал.

2. Материал при его фиксации на теле пациента с целью ограничения операционного поля не должен вызывать мацерацию и повреждение кожи.

Осталось определить, что является критической зоной и для каких операций следует использовать белье и халаты высококачественного исполнения? Снова обратимся к ГОСТ и мы видим, если говорить кратко, что все простыни, используемые для ограничения операционного поля, при любой инвазивной хирургической процедуре, особенно при операции с риском инфицирования, считаются критической зоной. А все белье и халаты, используемые при длительных операциях, особенно с большим количеством отделяемого, должны производиться в высококачественном исполнении.

Еще раз оговоримся, все европейские производители одноразового операционного белья и одежды выпускают свои изделия полностью из материалов, которые соответствуют требованиям ГОСТ 13795-2011. Конструкция (состав) таких изделий включает три слоя: материал — пленка — материал.

До недавнего времени на российском рынке предлагались импортные материалы или отечественные аналоги, изготовленные из импортных комплектующих. Но вследствие роста курса валюты закупка импортного материала становится экономически невыгодной, и именно в этот период на рынок выбрасываются «ло-

Таблица 1

Требования к исполнению хирургического покровного материала согласно ГОСТ 13795-2011

Характеристика	Единица измерения	Требование			
		стандартное исполнение		высококачественное исполнение	
		критическая зона изделия	менее критическая зона изделия	критическая зона изделия	менее критическая зона изделия
Пыле-, ворсоотделение	Lg (от подсчитанных частиц корпии)	< 4,0	< 4,0	< 4,0	< 4,0
Водоупорность	см H ₂ O	>= 30	>= 10	>= 100	>= 10
Прочность на разрыв в сухом состоянии	кПа	>= 40	>= 40	>= 40	>= 40

Таблица 2

Требования к исполнению хирургических халатов согласно ГОСТ 13795-2011

Характеристика	Единица измерения	Требование			
		стандартное исполнение		высококачественное исполнение	
		критическая зона изделия	менее критическая зона изделия	критическая зона изделия	менее критическая зона изделия
Пыле-, ворсоотделение	Lg (от подсчитанных частиц корпии)	< 4,0	< 4,0	< 4,0	< 4,0
Водоупорность	см H ₂ O	>= 20	>= 10	>= 100	>= 10
Прочность на разрыв в сухом состоянии	кПа	>= 40	>= 40	>= 40	>= 40

Примечание: базовые нетканые материалы (спанбонд, СМС, СММС, спанлейс) воздухо- и водопроницаемы, что исключает водоупорность >= 100!

скутные одеяла». Это словосочетание означает, что так называемая «укрепленная впитывающая зона» (критическая зона в высококачественном исполнении) вокруг операционного поля на таких простынях — не что иное, как имитация, поскольку вокруг небольшого куска (не больше 1 м²) дорогого многослойного материала — дешевый однослойный материал. Подобные «лоскутные одеяла» не позволяют избежать инфицирования при длительности операции больше 30 мин. Если жидкости больше 200 мл, то она начинает стекать на пол и под операционное белье, на пациента, и велика вероятность повреждения целостности простыни.

Надо еще раз отметить, что подобные простыни из материала СМС, СММС плотностью 60 г/м² и более, с укрепленными впитывающими зонами, не соответствуют требованиям ГОСТ EN 13795-2011 в части высококачественного исполнения. Эти материалы пропускают воздух, пропускают воду, а вместе с ними — и все то, что не хотелось бы видеть в зоне оперативного вмешательства.

Для защиты отечественных производителей государство начало программу поддержки импортозамещения, обязательную для заказчиков всех уровней (Постановление Правительства РФ от 5 февраля 2015 г. N 102 «Об ограничениях и условиях допуска отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд»), что ограничивает возможности закупки импортных изделий.

При этом современная отечественная промышленность позволяет практически полностью заменить импортные изделия и изделия, изготовленные из импортных комплектующих (материалов), на продукт, по своим техническим и потребительским свойствам не отличающийся от импортных аналогов и соответствующий требованиям

профильного ГОСТ EN 13795-2011. Данный продукт отвечает проводимой государством политике импортозамещения и привлекателен выгодной ценой. С 2014 г. одна из российских компаний начала производить композитный материал марки Tutami для производства хирургического белья. Развитие производства многослойных нетканых материалов Tutami для хирургического белья дало возможность получить высококачественный конечный продукт. Все комплекты белья и хирургическая одежда, выпускаемые из материалов Tutami, полностью соответствуют требованиям ГОСТ EN 13795-2011 «высококачественное исполнение, критическая зона». При разборе конструкции простыни из материала Tutami для ограничения операционного поля ее можно описать так: прочный верхний слой с повышенной впитываемостью по всей поверхности изделия, влагонепроницаемый; бактерионепроницаемый средний слой за счет полимерной/мембранной полимерной пленки; нижний, третий слой, со стороны пациента, мягкий гидрофильный (слой комфорта) поглощает влагу, не раздражает кожу, является гипоаллергенным (как мы уже говорили: материал — пленка — материал).

Подводя итог, необходимо сказать следующее. В частности, количество ИСМП напрямую связано с качеством используемых хирургических белья и одежды. А значит, при закупке данного вида продукции следует не только обращать особое внимание на цену и название, но и тщательно изучить сам предмет и предложения рынка. Получить от поставщиков изделие на апробацию или просто развернуть и удостовериться, что оно качественно исполнено и соответствует требованиям профильного регламентирующего документа. Без соблюдения абсолютно всех норм и правил победить существующую проблему ИСМП будет невозможно.

Александр ПОНОМАРЕВ

Работа мультидисциплинарной бригады на примере выездной патронажной службы

Паллиативная помощь — это активная всесторонняя помощь пациентам, заболевание которых прогрессирует, несмотря на проведение радикального (специального) лечения. Основной целью оказания паллиативной медицинской помощи является избавление от боли, облегчение других тяжелых проявлений заболеваний в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных и их родственников. В центре внимания находится пациент и его семья.

Можно выделить специфические составляющие паллиативной помощи — это:

- особое значение мнения больного;
- оказание помощи всей семье;
- важность решения психологических и социальных проблем;
- привлечение к оказанию помощи волонтеров.

Паллиативная медицина, как никакая другая сфера медицины, активно использует мультидисциплинарный подход.

Бригаду паллиативной медицинской помощи составляют:

- пациент;
- его родственники, близкие, друзья;
- врачи и медицинские сестры;
- младшая медицинская сестра;
- специалист по социальной работе;
- участковый терапевт;
- священнослужитель;
- волонтеры.

История нашей больницы началась с открытия лечебницы св. Лазаря для приходящих больных, преимущественно бедных, в 1850 году. Ее попечителем был герцог Максимилиан Лейхтенбергский. В 1852 году после кончины герцога Лейхтенбергского в «ознаменование особенной признательности к памяти покойного» лечебницу назвали Максимилиановской. Это имя больницы носит и по сей день, продолжая славные традиции, заложенные более 150 лет назад. В октябре 2017 года больница участвовала в юбилейных мероприятиях, посвященных 200-летию со дня рождения Максимилиана Лейхтенбергского. В учреждении была организована экспозиция, посвященная истории больницы и ее основателю — герцогу Максимилиану Лейхтенбергскому.

В структуре нашего учреждения



Сотрудники патронажной службы

— два отделения паллиативной медицинской помощи на 53 и 43 койки (в том числе для пациентов в вегетативном состоянии) и два отделения сестринского ухода на 50 и 49 коек. Таким образом, развернуто и функционирует 195 коек паллиативного профиля. Наш стационар — единственное в своем роде государственное учреждение данного профиля в Санкт-Петербурге с такой коечной мощностью.

В оказании паллиативной помощи нуждаются не только онкологические больные, но и пациенты, перенесшие инсульт, больные в терминальной стадии ВИЧ-инфекции, посттравматические пациенты, больные в терминальной стадии почечной недостаточности различного генеза, больные, страдающие боковым амиотрофическим склерозом, и многие другие. И независимо от того, каким заболеванием страдает пациент, большинство хотели бы провести остаток своей жизни дома и умереть в своей постели.

В 2018 году на базе СПб ГБУЗ «Городская больница № 28 «Максимилиановская» была организована выездная патронажная служба для неонкологических больных из расчета на 600 тысяч прикрепленного населения трех центральных райо-

нов Санкт-Петербурга. Штатное расписание составлено в полном соответствии с приказом № 210н МЗ РФ от 07.05.2018 «О внесении изменений в Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 года № 187н».

Работа выездной патронажной службы организована следующим образом:

— первоначально из районных поликлиник поступают сведения о пациентах данной категории, далее источники поступления информации могут быть различными, вплоть до самообращения;

— по телефону регистратор согласовывает дату и время визита бригады (врач, медицинская сестра, специалист по социальной работе);

— при первичном посещении проводятся оценка состояния больного, сбор анамнеза, физикальный осмотр, выявляются проблемы пациента, заполняется утвержденная медицинская документация;

— на основании врачебного осмотра определяется дальнейшая тактика ведения пациента, а при необходимости подключается специалист по социальной работе;

— график визитов сотрудников патронажной службы согласовывается с пациентом или его родственником в зависимости от состояния пациента.

При первичном посещении врачом и медицинской сестрой совместно проводятся опрос и осмотр, определяются основные проблемы пациента, влияющие на качество жизни, составляется план лечения. Также совместно заполняется карта способности пациента к самообслуживанию, оценивается риск возникновения пролежней по шкале Ватерлоу и риск падения по шкале Морзе, у пациентов с боковым амиотрофическим склерозом заполняется шкала прогрессирования БАС ALSFRS-R.

Немаловажно, с точки зрения мультидисциплинарного подхода, что в карте отмечаются социально-бытовой статус, жилищно-бытовые условия, возможность организации и обеспечения паллиативной помощи и ухода на дому, а также вкусы и наклонности пациента, его религиозные воззрения (вероисповедание, соблюдение обрядов, религиозных традиций). Все изменения в состоянии пациента, а также оказанная помощь фиксируются в карте пациента. Выполнение любой манипуляции, фармакотерапии отмечается в листе назначений.

В настоящее время выездная патронажная служба работает параллельно со стационаром и оказывает помощь 102 пациентам. Медицинская сестра делает от 5 до 7 посещений в день. Врач посещает пациентов при постановке на учет и в плановом порядке не реже 1 раза в месяц. При наличии показаний частота вызовов увеличивается. При необходимости больной госпитализируется по согласованию с заведующим отделением.

За 11 месяцев сотрудниками выездной патронажной службы осуществлено 1548 визитов, из них первичных — 382, повторных — 1166. Распределение по нозологиям выглядит следующим образом: под наблюдением 37 пациентов после ОНМК, 22 пациента с боковым амиотрофическим склерозом, есть пациенты с органическим поражением головного мозга, синдромом короткого кишечника, с последствиями асфиксии.

Рассмотрим подробнее функции каждого из членов мультидисциплинарной бригады.

Врачи проводят оценку состояния пациента и динамическое наблюдение за ним, своевременно диагностируют и купируют хронический болевой синдром, назначают медикаментозное лечение, выявляют показания для госпитализации, оценивают состояние и обеспечивают респираторную поддержку пациентов, находящихся на неинвазивной искусственной вентиляции легких.

Основные направления сестринской деятельности при оказании паллиативной медицинской помощи: динамическое наблюдение за общим состоянием пациента и мониторинг жизненно важных показателей (АД, ЧСС, ЧДД, диурез, дефекация), своевременное осуществление назначенной врачом фармакотерапии, своевременное и активное выявление хронического болевого синдрома. Обеспечение адекватной физической нагрузки: активная/пассивная гимнастика, дыхательная гимнастика, присаживание на постели, подъем в постели с помощью веревочной лестницы, ходьба с сопровождением. В функции медицинской сестры входит и обеспечение питания пациента, сюда относится и кормление с помощью ложки, поильника, уход за гастростомой, назогастральным зондом и нутритивная поддержка (использование смесей). Немаловажным аспектом в работе медсестры является обучение пациентов и родственников навыкам ухода. Медицинская сестра оказывает психологическую поддержку и помощь при других тяжелых симптомах (тошнота, рвота, одышка). Мероприятия, обеспечивающие личную гигиену пациента, и все противолежневые мероприятия, выполняются совместно с младшей медицинской сестрой. Выполнение гигиенических мероприятий тоже фиксируется в документации.

Специалист по социальной работе определяет характер и объемы необходимой социальной помощи и услуг, содействует их предоставлению, составляет «социальный паспорт» семьи, осуществляет социальный патронаж, оказывает помощь в под-

готовке и оформлении документов для принятия нуждающихся на постоянное или временное социальное обслуживание, для опеки и попечительства, госпитализации, консультирует граждан по социальным вопросам.

Обобщая все вышесказанное, можно утверждать, что выездные бригады — это организационно-медицинская основа паллиативной помощи инкурабельным больным, которые активно используют в своей деятельности мультидисциплинарный подход. К преимуществам данной модели оказания помощи можно отнести следующее:

- отсутствие ограничений в длительности наблюдения, что позволяет сопровождать пациента весь необходимый период;
 - удовлетворение желания пациента быть дома, в кругу родных и близких;
 - возможность построения более доверительных отношений, ведь пациент находится на «своей территории»;
 - осуществление преемственности между помощью в стационаре и на дому (принцип из рук в руки).
- Внедрение в практику и реализация мультидисциплинарного подхода:
- обеспечивает комплексный, целостный взгляд на решение проблем пациента и его семьи;
 - обеспечивает доступность паллиативной медицинской помощи населению независимо от нозологической формы заболевания;
 - повышает качество оказываемой паллиативной медицинской помощи;
 - повышает удовлетворенность пациентов и их родственников качеством медицинской помощи.

Завершить хочется словами великого нашего соотечественника, основоположника деонтологии Н.Н. Петрова: «Вечной жизни мы дать больному не можем, наша задача заключается в том, чтобы продлить эту жизнь и сделать ее более приятной».

А.В. КАЛАРАЩУК,

главная медицинская сестра,
СПб ГБУЗ «Городская больница
№ 28 «Максимилиановская»,
г. Санкт-Петербург

РАДИ КРАСИВОЙ УАЫБКИ

Несмотря на постоянное развитие стоматологии здоровье зубов в каждом следующем поколении хуже, чем в предыдущем. Как переломить эту тенденцию, почему так важно развивать профилактическую стоматологию и какова роль медсестры в этой сфере, — обсуждалось на конференции, прошедшей 21 февраля в Москве и приуроченной ко Дню стоматолога.

Конференция была организована Департаментом здравоохранения г. Москвы и подготовлена советом медицинских сестер Северо-Западного округа столицы под руководством заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом ГKB № 52 ДЗМ Елены Соколовой.

В мероприятии приняли участие медицинские сестры и зубные техники медицинских организаций Москвы.

Ответственный секретарь Стоматологической ассоциации России (СтАР), заместитель генерального директора НПО «Нацмедстандарт» Андрей Опарко, приветствуя участников конференции, отметил важность роли медсестры в стоматологии. В работе стоматолога многое зависит от его ассистента. В большинстве стран мира эта специальность существует официально, но не в России. У нас в роли ассистентов обычно выступают медсестры, «дообученные» врачами на рабочих местах. Поэтому сегодня усилия СтАР направлены на создание новой специальности — ассистента стоматолога с трех-

летним обучением в медицинском колледже. Предстоит убедить всех, от кого зависит это решение, — такая специальность необходима.

Доказано, что для максимальной эффективности стоматологической помощи следует 50% финансов и усилий направлять на профилактику и 38% — непосредственно на лечение. В России пока все наоборот.

Заболевания полости рта ограничивают человека в личной и деловой сфере, снижают качество жизни. И роль медсестры в профилактике этих состояний может быть решающей. Особенно профилактическая роль медсестры

важна при работе с маленькими пациентами.

Об этом говорила в своем докладе доцент кафедры профилактики стоматологических заболеваний Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова Сусанна Васина.

Чрезмерное потребление сахара, продолжительное сосание пальца и соски, кормление детей младшего возраста только мягкой пищей, отсутствие у матерей знаний о гигиене детских зубов, могут стать факторами риска развития многих стоматологических заболеваний. Рассказать о них, привить полезные навыки

Правила проведения противоопухолевой лекарственной терапии

(Окончание. Начало на с. 28)

Рассматривались алгоритмы действий при экстравазации противоопухолевых препаратов через периферический и центральный сосудистые доступы. Большое внимание докладчик уделила теме побочных эффектов химиотерапии: по механизму развития в виде местных и общих проявлений, по времени и степени тяжести возникновения. Завершила выступление Наталья Леонидовна рассказом о методах симптоматической терапии.

После теоретической части семинара мастер-класс, посвященный теме сосудистого доступа, принципам работы и ухода за порт-системами, провела старшая медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России» (г. Санкт-Петербург) Ирина Гусева.

Необходимость проведения нескольких курсов химиотерапии с планируемой продолжительностью лечения более 6 месяцев предполагает установку порт-системы на раннем этапе лечения, сказала Ирина Александровна. Она продемонстрировала строение порт-системы, процесс ее промывания и подготовки к манипуляциям (выбор перчаток, обработка инъ-

екционного поля, подготовка, введение, фиксация и извлечение иглы, смена повязки). Не обошла ведущая и тему осложнений, обсудив возможные профилактические меры.

Говоря о путях совершенствования проведения химиотерапии, Ирина Александровна продемонстрировала этапы проведения химиотерапии с использованием медицинского оборудования (лучевые стойки, оригинальные шприцы, инфузомат, принадлежности для инфузии комби-стоппер, Цито-Сет-систему, фильтр-канюли и т.д.) и препаратов.

После завершения общей практической части медицинские сестры согласно утвержденному графику переходят в отделение противоопухолевой лекарственной терапии ГАУЗ РКОД, где до 15 февраля специалисты РКОД проводили с ними практические занятия.

С.Н. КОМКОВА,
помощник по информационному обеспечению
президента региональной
общественной организации «Профессиональная
ассоциация специалистов
с высшим сестринским, средним медицинским
и фармацевтическим образованием
Республики Башкортостан»

РАДИ КРАСИВОЙ УЛЫБКИ

Несмотря на постоянное развитие стоматологии здоровье зубов в каждом следующем поколении хуже, чем в предыдущем. Как переломить эту тенденцию, почему так важно развивать профилактическую стоматологию и какова роль медсестры в этой сфере, — обсуждалось на конференции, прошедшей 21 февраля в Москве и приуроченной ко Дню стоматолога.

Конференция была организована Департаментом здравоохранения г. Москвы и подготовлена советом медицинских сестер Северо-Западного округа столицы под руководством заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом ГKB № 52 ДЗМ Елены Соколовой.

В мероприятии приняли участие медицинские сестры и зубные техники медицинских организаций Москвы.

Ответственный секретарь Стоматологической ассоциации России (СтАР), заместитель генерального директора НПО «Нацмедстандарт» Андрей Опарко, приветствуя участников конференции, отметил важность роли медсестры в стоматологии. В работе стоматолога многое зависит от его ассистента. В большинстве стран мира эта специальность существует официально, но не в России. У нас в роли ассистентов обычно выступают медсестры, «дообученные» врачами на рабочих местах. Поэтому сегодня усилия СтАР направлены на создание новой специальности — ассистента стоматолога с трех-

летним обучением в медицинском колледже. Предстоит убедить всех, от кого зависит это решение, — такая специальность необходима.

Доказано, что для максимальной эффективности стоматологической помощи следует 50% финансов и усилий направлять на профилактику и 38% — непосредственно на лечение. В России пока все наоборот.

Заболевания полости рта ограничивают человека в личной и деловой сфере, снижают качество жизни. И роль медсестры в профилактике этих состояний может быть решающей. Особенно профилактическая роль медсестры

важна при работе с маленькими пациентами.

Об этом говорила в своем докладе доцент кафедры профилактики стоматологических заболеваний Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова Сусанна Васина.

Чрезмерное потребление сахара, продолжительное сосание пальца и соски, кормление детей младшего возраста только мягкой пищей, отсутствие у матерей знаний о гигиене детских зубов, могут стать факторами риска развития многих стоматологических заболеваний. Рассказать о них, привить полезные навыки

Правила проведения противоопухолевой лекарственной терапии

(Окончание. Начало на с. 28)

Рассматривались алгоритмы действий при экстравазации противоопухолевых препаратов через периферический и центральный сосудистые доступы. Большое внимание докладчик уделила теме побочных эффектов химиотерапии: по механизму развития в виде местных и общих проявлений, по времени и степени тяжести возникновения. Завершила выступление Наталья Леонидовна рассказом о методах симптоматической терапии.

После теоретической части семинара мастер-класс, посвященный теме сосудистого доступа, принципам работы и ухода за порт-системами, провела старшая медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России» (г. Санкт-Петербург) Ирина Гусева.

Необходимость проведения нескольких курсов химиотерапии с планируемой продолжительностью лечения более 6 месяцев предполагает установку порт-системы на раннем этапе лечения, сказала Ирина Александровна. Она продемонстрировала строение порт-системы, процесс ее промывания и подготовки к манипуляциям (выбор перчаток, обработка инъ-

екционного поля, подготовка, введение, фиксация и извлечение иглы, смена повязки). Не обошла ведущая и тему осложнений, обсудив возможные профилактические меры.

Говоря о путях совершенствования проведения химиотерапии, Ирина Александровна продемонстрировала этапы проведения химиотерапии с использованием медицинского оборудования (лучевые стойки, оригинальные шприцы, инфузомат, принадлежности для инфузии комби-стоппер, Цито-Сет-систему, фильтр-канюли и т.д.) и препаратов.

После завершения общей практической части медицинские сестры согласно утвержденному графику переходят в отделение противоопухолевой лекарственной терапии ГАУЗ РКОД, где до 15 февраля специалисты РКОД проводили с ними практические занятия.

С.Н. КОМКОВА,

помощник по информационному обеспечению президента региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация специалистов с высшим сестринским, средним медицинским и фармацевтическим образованием Республики Башкортостан»



Андрей Опарко



Татьяна Амплеева



В конференции приняли участие медицинские сестры, Елена Соколова специализирующиеся в стоматологии, а также зубные техники и врачи-стоматологи



может медицинская сестра на педиатрическом приеме или в школе.

Сотрудниками кафедры профилактики стоматологических заболеваний было проведено исследование. В двух родильных домах будущих матерей специально обучали правильному с точки зрения стоматологии питанию новорожденных и детей младшего возраста. В контрольных группах беременные проходили обычную подготовку к родам. Через пять лет участницы исследования прошли опрос по поводу различных аспектов вскармливания и ухода за детскими зубами. Оказалось, что дети 60% мам профилактической группы потребляли менее 20 г. сахара в сутки, а в контрольной группе таких мам было лишь 20%.

Кариес зубов и признаки воспаления пародонта диагностируются у 60-90% детей и подростков и у 100% взрослых.

Подробнее о факторах риска зубочелюстных аномалий и особенностях их профилактики рассказала заведующая детским стоматологическим отделением Стоматологической поликлиники (СП) № 60 ДЗМ Галина Мельникова.

Она дала характеристику каждого периода развития ребенка с точки зрения становления зубов, отметив, что правильное дыхание, и, как следствие, правильное глотание и сосание, хорошая осанка — признаки формирования здоровой зубочелюстной системы и наоборот. Поэтому коррекция прикуса должна проводиться в содружестве с врачами других специальностей — физиотерапевтами, отоларингологами, остеопатами — и начинаться как можно раньше.

К сожалению, возникновение у пациентов неотложных состояний — не такой уж редкий случай в стоматологии. О приемах и последовательности оказания неотложной помощи при обмороках, анафилактическом шоке, остановке дыхания, сердечной недостаточности и других неотложных состояниях рассказала старшая медицинская сестра Детской стоматологической поликлиники № 41 ДЗМ Ольга Кирина.

Задачам медсестры при подготовке и проведении операции по имплантации посвятила свой доклад главная медицинская сестра СП № 56 ДЗМ Ирина Максимова. Она рассказала о порядке накрытия стерильного стола, принципах создания благоприятных, комфортных условий для пациента, своевременной и правильной подачи инструмента, контроля за работой аппаратуры и др.

В обязанности главной медицинской сестры стоматологической клиники входит тщательный контроль всех поступающих в организацию медицинских изделий и лекарств — они должны быть зарегистрированы и разрешены Росздравнадзором к обращению на территории России. Об этом говорила главная медицинская сестра СП № 60 Елена Кожевникова.

Медицинские организации обязаны сообщать в Росздравнадзор обо всех неблагоприятных событиях, связанных с применением медицинского изделия или лекарственного средства. За несообщение или сокрытие информации установлена административная ответственность.

Современные технологии произ-

водства каркасов зубных коронок с использованием систем компьютерного дизайна и производства CAD/CAM (computer assisted design/computer aided manufacturing) представил в своем выступлении зубной техник СП № 9 ДЗМ Сергей Исайко. Производство осуществляется с помощью компьютерного моделирования и холодного фрезерования, что позволяет получить протезы высочайшего уровня точности.

Дети часто боятся лечения зубов и чувствуют себя в кабинете стоматолога скованно. Однако, грамотный стоматолог, а также его ассистент, способны «растопить лед» в общении с маленьким пациентом и его родителями. Главное, уверена зубной врач СП № 52 ДЗМ Елена Скобелева, проявлять искреннее внимание к потребностям детей, демонстрировать доброжелательность, оказывать поддержку, формировать способность к доверию. В любой ситуации выбирайте конструктивный подход, не уходите от ответа на сложные и каверзные вопросы, избегайте непонятных медицинских терминов, посоветовала Е. Скобелева, и лечение пройдет максимально эффективно.

Итоги конференции подвела главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью ДЗМ, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГКБ им. В. М. Буянова ДЗМ Татьяна Амплеева. Она отметила актуальность тематики, пожелала всем собравшимся плодотворной работы, а также призвала быть активнее и почаще обмениваться опытом в рамках своей специализации.

Ирина ФЕТИЩЕВА

РАБОТА МЕДСЕСТРЫ АМБУЛАТОРНОЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

В 1957 году по инициативе известного советского терапевта, ученого-медика Мирона Семеновича Вовси в составе первого терапевтического отделения ГКБ № 52 для лечения больных с нефритами были организованы первые в Москве специализированные нефрологические койки.

Сегодня, спустя более чем 60 лет, больница продолжает быть лидером нефрологической помощи столицы. В 1993 году на базе больницы был организован Московский городской нефрологический центр с первым в России специализированным отделением реанимации и интенсивной терапии нефрологического профиля.

В структуру центра сегодня входят стационар диализа, отделение диализа, отделение перитонеального диализа, отделения общей нефрологии, патологии трансплантированной почки, нефрореанимации и консультативно-диагностическое нефрологическое отделение. О работе последнего нашим читателям рассказывает старшая медсестра отделения Елена ШИМАКОВА.

Наше отделение работает как связующее звено между другими отделениями нефрологии. Через нашу амбулаторную службу проходит плановая госпитализация во все отделения нефрологии, а также экстренная госпитализация непосредственно в отделение нефрореанимации. После выписки из стационара пациенты возвращаются под наблюдение наших врачей-нефрологов.

Основная деятельность наших медсестер — ассистировать врачам на амбулаторном приеме. Значительную долю их рабочего времени занимает организация движения амбулаторных карт, ведь наша картотека насчитывает более 40 тысяч единиц. В 2006 году впервые в Москве именно в нашем отделении было введено электронное оформление рецептов на дорогостоящие лекарственные препараты для всех пациентов нефрологического профиля.

Медсестры осуществляют контроль за своевременным обследованием больных, ведут базу данных нефрологических пациентов, пациентов, которые получают программный гемодиализ, а также пациентов после трансплантации органов.

Сестринский персонал нашего отделения постоянно учится, участвует в конференциях и семинарах, изучает профессиональную литературу, опытные сестры всегда с удовольствием делятся опытом и знаниями с молодыми коллегами.

Наши медсестры знают ведущие симптомы при заболеваниях почек и мочевыводящих путей, основные принципы лечения и профилактики заболеваний почек, а также какие инструментальные и лабораторные исследования должны проходить па-

циенты и как должна осуществляться подготовка к ним.

Сестры знают специфику проблем, с которыми обычно сталкиваются пациенты с заболеваниями почек и мочевыводящих путей: больные могут страдать депрессией, обусловленной потерей независимости при осуществлении повседневной жизнедеятельности. Сестринское вмешательство в таких случаях должно быть очень деликатным, нужно ободрить пациента, обучить его тем приемам самоухода, которые он в состоянии выполнять.

Медсестры обучают пациентов правильному и аккуратному ведению «пищевого дневника», регулярно беседуют об отказе от вредных привычек, оказывают моральную и психологическую поддержку, в которой наши пациенты часто остро нуждаются, так как лечатся у нас длительно, а иногда и всю жизнь.

Особую группу пациентов составляют реципиенты почечного трансплантата, их число с каждым годом возрастает. Учитывая, что для поддержания функций пересаженного органа эти пациенты нуждаются в постоянном приеме иммуносупрессивных препаратов, дозировка которых регулируется врачом-нефрологом по уровню препарата в крови, необходимы тщательное мониторирование и контроль за регулярностью обследований.

При выявлении отклонений в анализах (гиперкалиемия, дисфункция трансплантата) медицинская сестра после согласования с врачом обеспечивает активный вызов пациента для решения вопроса коррекции терапии.

От четкой деятельности медицинской сестры зависит и эффектив-

ность оказания медицинской помощи, и скорейшее выздоровление пациента. Основная часть пациентов, наблюдающихся в нашем отделении, — пациенты с хронической болезнью почек (ХБП). Медсестры отделения вместе с врачами-нефрологами консультируют пациентов, информируют их о том, что лечение ХБП обязательно должно быть комплексным и включать в себя регулярное посещение врача-нефролога, своевременный прием лекарственных препаратов, назначенных врачом, малобелковую диету, постоянный контроль АД и сахара крови, своевременную сдачу и контроль биохимических показателей крови (креатинин, мочевины, калий и др.), анализ на суточную протеинурию.

Медицинские сестры процедурной в отделении осуществляют забор венозной крови для выполнения полного спектра нефрологических анализов, включая оценку таких уникальных параметров, как концентрация иммуносупрессивных препаратов в крови пациентов с пересаженной почкой, определение запасов железа для больных с нефрогенной анемией. Наши процедурные сестры проводят забор крови у пациентов с патологией периферических вен, а также у пациентов со сформированной артерио-венозной фистулой. Наши медсестры — специалисты высокого класса.

Многие пациенты наблюдают в нашем отделении длительное время, и со многими из них у сестер складываются теплые, доверительные отношения. В отделении царит доброжелательная обстановка, а это очень важное условие эффективности лечения.

КОРЬ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

В помощь медицинской сестре педиатрического участка

В последние годы в СМИ и, в первую очередь, в сети «Интернет», публикуется масса сообщений, пугающих нас «смертельной» болезнью — корью. Сообщают, что России грозит эпидемия этой якобы смертоносной болезни. Конечно, по этому поводу медицинским сестрам педиатрических участков родители задают массу вопросов, на которые нужно дать исчерпывающие грамотные ответы — ведь одной из профессиональных компетенций медсестер является профилактическая деятельность, в том числе санитарно-просветительная работа среди населения. Можно сказать, что участковая медицинская сестра — это основное звено в профилактике инфекционных детских заболеваний на участке.

Действительно, в настоящее время корь является одной из актуальных проблем инфекционной патологии, поскольку заболевание это встречается во всех климатических зонах и среди представителей всех рас — высокая восприимчивость кори существует повсеместно. Но так ли уж ужасна эта болезнь, как представляют ее некоторые средства массовой информации? Что нужно делать, чтобы не заболеть, и, если все-таки болезнь настигла, как лечиться, чтобы не получить осложнений? Ответы на эти и многие другие, наиболее типичные вопросы про корь представляем в данной статье.

Вопрос 1. Давно ли люди начали

болеть корью? Корь была известна врачам с древнейших времен — возможно, она была распространена даже в античном мире, хотя сведений об этом не сохранилось. Первое дошедшее до нас описание болезни сделал в IX в. н.э. багдадский ученый-врачеватель Абу Бакр Ар-Рази в трактате «Об оспе и кори», а в XVII в. подробное описание клинической картины кори представили «английский Гиппократ» Томас Сиденхем и французский врач Мортон. В качестве самостоятельного заболевания корь выделили только в XVIII в. Судить о распространенности кори в те времена не представляется возможным, поскольку медицинская

статистика появилась лишь во второй половине XIX в. Вирус кори был впервые выделен и описан в начале второй половины XX века.

Вопрос 2. Какой возбудитель вызывает корь, и как происходит заражение? Корь — это острое инфекционное заболевание, относящееся к группе т.н. «детских инфекций». Корь бывает и у взрослых, но все-таки основной контингент болеющих — это дети. Те, кто не перенес корь в детстве и не привит против нее, остаются высоко восприимчивыми к этой инфекции в течение всей жизни и могут заболеть в любом возрасте. Вызывается заболевание парамиксовирусом, ►

● Информация ● Информация ● Информация ● Информация ● Информация

МЕДСЕСТРА В ОНКОЛОГИИ

5 февраля в ГКБ им. В.М. Буянова Департамента здравоохранения г. Москвы (ДЗМ) прошла научно-практическая конференция «Медицинская сестра в онкологии: практические решения для улучшения качества медицинской помощи онкологическим больным». В ней приняли участие более трехсот медицинских и старших медицинских сестер лечебных учреждений ДЗМ.

С приветственным словом к участникам мероприятия, приуроченного к Всемирному дню борьбы против рака, обратились главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью ДЗМ, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГКБ им. В.М. Буянова Татьяна Амплеева и член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист-онколог ДЗМ, директор МКНЦ имени А.С. Логинова Игорь Хатьков. Они отметили улучшение показателей качества онкологической медицинской помощи в столице, а также подчеркнули важность выявления онкологии на ранней стадии, что позволяет проводить более простое и результативное лечение.

В онкологии хороший результат — всегда командный. Однако вряд ли кто-то станет оспаривать особую роль медицинской сестры в выздоровлении пациента с онкологическим заболеванием. Медицинская сестра проводит с пациентом в среднем больше времени, чем врач, может одним своим словом подбодрить пациента, настроить его на борьбу с тяжелым заболеванием,

вселить уверенность в позитивный исход этой борьбы.

В прозвучавших на конференции докладах освещались различные аспекты сестринской деятельности в лечении рака: помощь пациентам урологических отделений, пациентам с опухолями головы и шеи, поджелудочной железы. Были рассмотрены проблемы использования передовых технологий в радиотерапии, диагностика новообразований шейки матки, применение маммографии, лечение гематологических больных и другие вопросы, а также причины конфликтов между персоналом онкологических отделений и пациентами и пути их решения.

Конференция завершилась дискуссией и выдачей сертификатов участникам.

Научно-практические мероприятия, посвященные борьбе с онкологическими заболеваниями, проходят в ГКБ им. В.М. Буянова регулярно. Их символом, как и во всем мире, является розовая лента, демонстрирующая единство усилий врачей, медицинских сестер и пациентов в стремлении победить рак.

Наш корреспондент

► достаточно устойчивым в обычной внешней среде. Погибает же возбудитель кори при нагревании, ультрафиолетовом облучении и под воздействием общепринятых дезинфицирующих средств, в том числе хлорсодержащих. В обычных условиях вирус может сохраняться в помещении с температурой 18-22°С до 2 дней, и те люди, которые заходят в помещение в этот период, не имея специфического иммунитета против этой инфекции, рискуют заразиться при вдыхании инфицированной пыли. И все же заболеть чаще всего те, кто плотно контактирует с больным. Например, когда люди летят в одном самолете с больным, то рискуют лишь сидящие в ближайших четырех-пяти рядах, и особенно те, у кого слабый иммунитет. Парамиксовирус передается воздушно-капельным путем, внедряясь в организм через слизистые оболочки, в том числе через слизистую глаз. Источником инфекции является только больной человек, выделяющий вирус кори во внешнюю среду, начиная с последних двух дней инкубационного периода и до четвертого-пятого дня после высыпания. Однако есть данные о том, что к кори, кроме человека, восприимчивы обезьяны — единственные животные, среди которых эта инфекция возникает в естественных условиях.

Вопрос 3. Как проводится диагностика кори? Выраженная типичная клиническая картина кори в большинстве случаев позволяет установить диагноз после визуального осмотра пациента. Но иногда в начале заболевания, при легком или нетипичном течении, врачу приходится дифференцировать корь с такими болезнями, как скарлатина, краснуха, инфекционная эритема, также протекающими с высыпаниями схожего вида. При лабораторной диагностике кори используют вирусологический и серологический методы исследования. Вирусологический — для определения наличия вируса в биологических материалах (мазки и смывы со слизистых оболочек, моча, мокрота), а серологический — для диагностики наличия специфических антител в крови, т.е. на содержание иммуноглобулинов М (IgM). Дополнительные исследо-

вания позволяют уточнить характер развития болезни и вероятность осложнений — при подозрении на пневмонию назначают рентгенологическое исследование органов грудной клетки, для исключения патологии почек назначается анализ мочи.

Вопрос 4. Какими симптомами проявляется корь в детском возрасте? Какое-то время после заражения, в скрытом периоде, самочувствие ребенка не меняется, и это может продолжаться от 7 до 28 дней, но в среднем 21 день. В дальнейшем симптомы кори проявляются в зависимости от ее течения, по периодам заболевания. В продромальном (начальном) периоде в течение 3-5 дней корь похожа на обычную ОРВИ. Болезнь, как правило, начинается с повышения температуры тела (от субфебрильной до лихорадочной) и сопровождается катаральными симптомами в виде насморка, боли в горле и сухого кашля. При осмотре слизистых оболочек ротовой полости на 2-4 день заболевания выявляется т.н. коревая энантема — это красные пятна на мягком небе диаметром до 0,5 см, которые через 1-2 дня сливаются с общей гиперемией

слизистой оболочки. В это же время на внутренней стороне щек в области коренных зубов можно увидеть пятна Бельского-Филатова-Коплика — небольшие очаги некроза белого цвета с красной каймой, которые формируются в местах скопления и размножения вирусов.

Катаральный период продолжается периодом разгара болезни с характерными высыпаниями на коже, появляющимися в течение 3-4 дней, причем поэтапно, и имеющими нисходящий характер. Сыпь начинается обычно с лица и далее распространяется на шею, верхнюю часть туловища, постепенно покрывая все тело и конечности. Коревые высыпания имеют пятнисто-папулезный характер и склонны к слиянию. В этот период нарастает общая интоксикация, усиливаются кашель и насморк. Через 4-5 дней сыпь стихает, бледнеет и изменяет цвет, исчезая в таком же порядке, как появилась, оставляя на коже пигментацию и шелушение. Состояние больного улучшается, и наступает процесс реконвалесценции. При отсутствии осложнений выздоровление наступает через 7-10 дней.

Симптом	Причина, механизм развития
Гипертермия	Повышение температуры тела как защитная реакция организма в ответ на внедрение вируса
Психомоторное возбуждение, проблемы со сном, капризы	Проникновение вируса в нервную систему, в том числе в структуры головного мозга
Ринит, боль в горле, гиперемия и отек слизистых оболочек	Воспалительный процесс вследствие внедрения вирусов в слизистые верхних дыхательных путей
Кашель, осиплость голоса, ларингит, ларингоспазм	Распространение воспалительного процесса по дыхательным путям до области голосовых связок
Конъюнктивит, светобоязнь	Воздействие токсинов вируса на слизистые оболочки глаз вызывает воспалительный процесс, раздражение и нарушение зрительных функций
Отечность, одутловатость лица	Воспаление шейных лимфатических узлов, застой крови и лимфы в сосудах и тканях головы
Боль в животе, отказ от еды, диспепсические проявления	Следствие поражения вирусами и их токсинами слизистых оболочек органов желудочно-кишечного тракта

Симптом	Причина, механизм развития
Изменение цвета сыпи	Пятна светло-коричневого цвета на коже в местах бывших пятнисто-папулезных узлов образуются в результате повышенного отложения пигмента меланина, вследствие раздражения токсинами вирусов
Шелушение кожи	Отделение от эпидермиса отмерших клеток эпителия в местах высыпаний вследствие нарушения трофики кожи
Общее улучшение самочувствия	Нормализация температуры тела, снижение выраженности катаральных явлений вследствие выработки организмом противокоревых антител

Вопрос 5. Встречается ли необычное течение кори? Кроме обычного течения кори со всеми характерными клиническими симптомами и привычной периодичностью развития, встречаются и другие формы, которые называют атипичными: abortивная, стертая, бессимптомная и митигированная, о которой говорилось выше. Abortивная форма кори начинается так же, как и типичная коревая инфекция, однако на 2-3 сутки клинические признаки заболевания почти полностью исчезают. Гипертермия может отмечаться лишь в первый день, после чего температура возвращается к норме. Сыпь присутствует преимущественно на лицевой части и туловище. Стертая форма характерна для больных, имеющих иммунную защиту от парамиксовируса, инъекции коревой вакцины. Симптомы кори не выражены, течение быстрое, без осложнений, состояние больного удовлетворительное. Бессимптомная форма характеризуется отсутствием специфической симптоматики, определяясь только при лабораторном анализе крови на иммуноглобулины.

Вопрос 6. Правда ли, что корь — это смертельное заболевание? Действительно, смертность от кори долго была очень высокой, но в XX в. она резко снизилась. По данным ВОЗ, в последние годы среди госпитализированных пациентов с корью летальность составляет 0,003% и происходит это при осложнении болезни пневмонией. Это низкий показатель, если сравнить с тем, что при обычном воспалении легких высокой считается летальность 5-10%. Да, корь протекает тяжело, но при этом она заканчивается смертельным исходом в основном у истощенных и ослабленных больных, которые относятся к социально неблагополучным группам населения. Недостаточность питания, авитаминоз, сниженный иммунитет при отсутствии надлежащей медицинской помощи приводят к повышению летальности, поэтому в развивающихся странах корь до сих пор остается частой причиной детской смертности. Мы боимся не кори как таковой, а ее осложнений. Но, если вследствие присоединившейся бактериальной инфекции развиваются отит, синусит, пиелонефрит — это серьез-

но, но не опасно для жизни. Риск летального исхода есть только при таких тяжелых осложнениях кори, как пневмония, энцефалит и менингит. В основном это происходит в тех случаях, когда либо диагноз не установлен достоверно сразу, либо лечение проводилось неправильно.

Вопрос 7. Какими средствами обычно лечат корь? Специфического противовирусного лечения пока не существует, поэтому проводится терапия, направленная на снижение симптоматики, предотвращение или купирование осложнений. Для эффективного лечения кори в остром периоде необходимо:

- изолировать больного от окружающих (в особенности от детей);
- обеспечить постельный режим и щадящую молочно-растительную диету, при которой из рациона исключается острая, жирная, жареная пища и блюда, раздражающие слизистую желудочно-кишечного тракта;
- обеспечить соблюдение обильного питьевого режима и назначение электролитных растворов — чтобы не допустить обезвоживание организма.

Назначение витаминов носит специфический характер, поскольку корь значительно тяжелее протекает у пациентов с гиповитаминозом А. Выбор лекарственных препаратов осуществляется врачом в зависимости от клинических проявлений болезни. При конъюнктивите делают промывания глаз физиологическим раствором, фурацилином, 2% раствором гидрокарбоната натрия, при выраженном рините используют сосудосуживающие назальные капли и промывание носовых ходов. Кашель требует назначения муколитических и отхаркивающих средств. При гипертермии для предупреждения фебрильных судорог назначают жаропонижающие средства, при склонности к аллергическим реакциям возможно использование антигистаминных препаратов Фенистил, Зиртек, Ксизал и т. п. Для предупреждения вторичных бактериальных инфекций могут быть назначены антибиотики. Показаны также фитотерапия и гомеопатические средства, укрепляющие иммунитет, — их может рекомендовать и медсестра (по со-

гласованию с врачом, конечно). Прополан, Иммунал, Афлубин, кроме иммуностимулирующего эффекта, оказывают противовирусное и бактериостатическое действие, а травы Кипрей узколистный, Эхинацея, Тысячелистник поддержат общий и местный иммунитет и окажут помощь в симптоматическом лечении.

Вопрос 8. В чем заключается профилактика кори? Первичная профилактика любых инфекций — это здоровый образ жизни и предупреждение воздействия факторов риска заболевания: адекватный возраст, режим, рациональное качественное питание, физическая активность, создание комфортной окружающей среды для ребенка, включая психологическую. Все это необходимо обучить пациентов и членов их семей, и это задача участковой медсестры.

Но самое важное — это специфическая вакцинация. Первые попытки создания противокоревой вакцины относятся к 1918 г., когда нью-йоркский врач Ч. Херман предложил специфическую активную иммунизацию. Научные поиски в области профилактики кори осуществлялись на протяжении 1920-40-х гг., но были успешно завершены только в середине столетия, когда группой американских исследователей во главе с нобелевским лауреатом вирусологом Дж. Эндерсом была создана живая противокоревая вакцина. Исследования на обезьянах и последующие тестирования вакцины в детских учреждениях дали положительные результаты, после чего в 1968 г. началось ее массовое производство и активное применение в США, европейских странах и в СССР.

Вопрос 9. Какими вакцинами в России делают прививки против кори? На сегодняшний день прививки от кори включены в национальные календари многих стран мира. Согласно действующему Национальному календарю профилактических прививок РФ, плановая вакцинация против кори проводится в возрасте 12 мес., когда у младенцев обычно исчезают материнские антитела, переданные им через плаценту, а в 6 лет, перед школой, проводится ревакцинация. Также запланирована вакцинация против кори подрост-

кам в возрасте 15-17 лет и взрослым в возрасте до 35 лет, не привитым ранее, не имеющим сведений о прививках против кори и не болевшим корью ранее.

В настоящее время в России применяются одно-, двух- и трехкомпонентные противокоревые вакцины российского и зарубежного производства. Монокомпонентные: ЖКВ (живая коревая вакцина) российского производства и «Рувакс» производства Франции. Комбинированные двух- и трехкомпонентные вакцины против кори-паротита и против кори-паротита-краснухи: MMR и MMR-II (США, Нидерланды), «Приорикс» (Бельгия, Англия). По эпидемическим показаниям вакцинируются контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые или не имеющие сведений о прививках. Вакцинация против кори противопоказана людям с иммунодефицитом, беременным, им при угрозе заражения корью вводится человеческий иммуноглобулин. Прививка, сделанная дважды, защищает человека в среднем 12-15 лет, со временем иммунитет снижается. Чтобы проверить его наличие, можно сделать специальные анализы по направлению врача или самостоятельно на платной основе в лабораториях типа «Инвитро».

Вопрос 10. Почему в Национальном календаре РФ указан срок вакцинации до 35 лет? Более взрослым прививки против кори не нужны? Возраст 35 лет — условная грань, и это не значит, что людям более старшего возраста вакцинация против кори не нужна. Указание возрастного ограничения в Календаре прививок обозначает лишь то, что плановая вакцинация против кори финансируется государством только для лиц до 35 лет. Если человек старше 35 лет хочет планово привиться против кори, он может это сделать за свой счет. Однако без ограничения возраста за государственный счет должна осуществляться вакцинация

непривитых (или однократно привитых) и неболевших корью людей, из числа контактных с больными корью. Такое мероприятие называется вакцинацией по эпидемическим показаниям и должно оплачиваться государством.

Вопрос 11. Могут ли корью заболеть привитые против нее люди? Люди, вакцинированные против кори и иммунизированные иммуноглобулинами при контакте с больными, а также дети грудного возраста, не утратившие полностью материнские антитела, заболеть могут, но это случается не так часто. Болезнь в таких случаях обозначается термином «Митигированная корь» и протекает легко, с увеличенным инкубационным периодом и стертыми симптомами. Температура тела может оставаться в пределах нормы или повышаться до субфебрильных показателей, период высыпаний сокращен, экзантема бледная, необильная, высыпания на слизистых отсутствуют. Болезнь протекает быстро и легко, но при отсутствии адекватного лечения все-таки может вызывать осложнения, которые чаще всего возникают у маленьких детей.

Вопрос 12. Грозит ли нам эпидемия кори? В период широкого применения противокоревых вакцин заболеваемость корью значительно снизилась, однако в последние годы в некоторых странах отмечается тенденция к ее росту, причем болеют как дети младшего возраста, так и представители старших возрастных групп. Роспотребнадзор сообщил, что с 2011 г. стали появляться сведения о том, что эпидемия кори, появившись сначала в США и Европе, добралась и до России — был зарегистрирован 631 случай в 30 субъектах РФ, в 2012 г. корь регистрировалась на территории 47 субъектов РФ. По данным экспертов ВОЗ, в прошлом году неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по кори наблюдалась в Англии, Германии, Италии, Франции, Румынии, Черногории,

Сербии, Албании, Грузии и больше всего — в Украине. Эксперты Всемирной организации здравоохранения считают, что большей частью корь завозится в европейские страны именно из этой страны, поскольку там большой дефицит вакцин против кори.

В России показатель заболеваемости корью в 2018 г. составил 17,3 случая на 1 миллион населения, что намного ниже, чем в европейских странах. Представители Роспотребнадзора считают, что, по сравнению с Европой, эпидемиологическая ситуация у нас более благоприятная, и заболеваемость корью полностью под контролем — несмотря на то, что за прошлый год увеличилось число завозов коревой инфекции из неблагоприятных стран. В связи с этим с 14 января Роспотребнадзор усилил контроль на границах РФ.

По данным отдела профилактики инфекционных заболеваний Санкт-Петербургского научно-исследовательского института детских инфекций, в России вакцинированы против кори около 95% населения, при этом настроенных негативно в отношении прививок не так много, гораздо больше сомневающихся — но, как правило, после беседы с медиками они прививают детей. «Ситуация в России достаточно стабильная, тем не менее, в 2019 году в Москве уже заболели два человека, а 23 были госпитализированы с диагнозом ОРВИ плюс контакт по кори. Имеется очаг кори и в Санкт-Петербурге — 8 заболевших. Это один подъезд дома», — рассказала на пресс-конференции руководитель отдела организации медицинской помощи НИИ детских инфекций, д.м.н. Светлана Рычкова. Поэтому, несмотря на высокий процент вакцинации против кори в Российской Федерации, специалисты-медики считают, что надо стоять на страже инфекционной безопасности и не забывать как о специфической, так и о первичной профилактике.

ЖУРНАЛ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»



Ведущий профессиональный журнал для современных медицинских сестер. Издаётся с 1995 года и распространяется практически во всех регионах нашей страны, а также за рубежом. Периодичность издания – 8 раз в год.

Издание уже более 20 лет помогает своим читателям – практикующим медсестрам, медсестрам-руководителям, преподавателям и студентам – повышать уровень профессиональных знаний и навыков.

● Подписаться на журнал «Сестринское дело» можно в любом почтовом отделении России.

Индекс в каталоге «Роспечать»:

– на 1-е полугодие 2019 года – 77252 (для индивидуальных подписчиков), 72253 (для предприятий и организаций);

– на весь 2019 год – 47270 (для индивидуальных подписчиков), 48571 (для предприятий и организаций).

● Оформить подписку можно и в редакции. Если вы оформляете подписку на 1-е полугодие 2019 года, отправьте 880 руб. (для частных лиц) или 2000 руб. (для организаций) на наш счет (см. внизу) из любого отделения Сбербанка с указанием своего полного адреса и ФИО. На весь 2019 год для частных лиц – 1720 руб., для организаций – 3960 руб.

ЖУРНАЛ «СТАРШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА»

«Старшая медицинская сестра» – профессиональный практический журнал, в котором наиболее полно отражен самый передовой отечественный опыт организации сестринского дела в отделениях ЛПО. Выходит 4 раза в полугодие, 8 раз в год.

● Подписаться на журнал можно в любом почтовом отделении России, это самый простой и удобный способ подписки. Индекс в каталоге «Роспечать» на 1-е полугодие 2019 года: 33114 – для индивидуальных подписчиков, 33115 – для предприятий и организаций.

● Оформить подписку на «Старшую» можно и через редакцию. Для этого, если вы оформляете подписку на 1-е полугодие 2019 года, отправьте 900 руб. (для частных лиц) или 1800 руб. (для организаций) на наши реквизиты из любого отделения Сбербанка с указанием своего полного адреса и ФИО.

На весь 2019 год для частных лиц – 1800 руб., для организаций – 3600 руб.



ЖУРНАЛ «В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ»

Журнал «В помощь практикующей медсестре» выходит 6 раз в год, каждый выпуск посвящен какой-то одной актуальной теме, которая излагается с учетом самых современных научных данных и свежих нормативных документов.

Темы последних выпусков:

- Гастроэнтерология для медицинских сестер
- Обращение с медицинскими отходами
- Сестринский уход и безопасность пациента
- Женское здоровье и контрацепция
- Острые отравления
- Стандарты и клинические рекомендации сестринской практики

Индекс в каталоге Роспечать: на 1-е полугодие 2019 года – 80204 (для индивидуальных подписчиков), 80205 (для предприятий и организаций). Стоимость подписки через редакцию: на 1-е полугодие 2019 года 705 руб. (для частных лиц) или 1350 руб. (для предприятий и организаций); на весь 2019 год 1410 руб. (для частных лиц) или 2700 (для предприятий и организаций).

Реквизиты для подписки в редакции:

Получатель платежа – ООО «Современное сестринское дело».

Банк АО «ОТП Банк», г. Москва Р/сч 40702810700320025974 К/сч 30101810000000000311

БИК 044525311 ИНН 7715760845 КПП 771501001

Информация о подписке по телефонам: (495) 664-20-42, 8-916-031-02-83



Аппараты пассивной реабилитации суставов Flex

Аппараты применяются в физиотерапевтических отделениях больниц, оздоровительных центрах санаториях. Могут использоваться также в жилых помещениях, учебных и спортивных организациях офисах.

ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ:

- Восстановление подвижности суставов
- Предотвращение обездвиженного состояния
- Состояния после хирургических вмешательств в области суставов
- Травмы и заболевания суставов
- Послеоперационные состояния
- Заболевания суставов
- Реабилитация после различных процедур, проводимых на суставе
- Эндопротезирование суставов



Произведено в России



Запись процедур на стандартный USB-носитель



Настройка специальных режимов с пульта управления



Flex-F01

для коленного и тазобедренного суставов



Flex-F02

для голеностопного сустава



Flex-F03

для локтевого сустава



Flex-F04

для плечевого сустава



Flex-F05

для лучезапястного сустава

По приказам 1705Н «О порядке организации медицинской реабилитации» и 260 МЗ РФ «Развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций»

ООО НВП «ОРБИТА» г. Уфа, ул. Центральная 53/3
тел. 8 (347) 227-54-00, 281-45-13,
8 (800) 700-86-96 (звонок по России бесплатный)
e-mail: ormed@ormed.ru www.ormed.ru