

## ТЕМА НОМЕРА

# МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА

### 1 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

**«В профессию должны идти люди, которые хотят этим заниматься»**

О том, что значит быть сегодня медицинской сестрой, рассказывает **Татьяна АМПЛЕЕВА**

### 2 СЕСТРИНСКОЕ СООБЩЕСТВО

Медицинские сестры московских медицинских организаций в проекте внедрения системы пациентоориентированности

### 3 СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ

Материалы о роли и функционале среднего медицинского персонала в современном городском здравоохранении

### 4 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Средний медицинский персонал при осуществлении сложных медицинских вмешательств

### 5 ПРАВОВАЯ ПРАКТИКА

Справочник по образованию для специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием



# Журнал «Московская медицина»

## Председатель редакционного совета

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

## Редакционный совет

**Амплеева Татьяна Викторовна**, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы

**Андреева Елена Евгеньевна**, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

**Анциферов Михаил Борисович**, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Арутюнов Григорий Павлович**, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

**Бакулин Игорь Геннадьевич**, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

**Богородская Елена Михайловна**, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

**Брюн Евгений Алексеевич**, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы

**Васильева Елена Юрьевна**, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Девяткин Андрей Викторович**, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения города Москвы

**Дубров Вадим Эрикович**, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы

**Жиляев Евгений Валерьевич**, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Зеленский Владимир Анатольевич**, директор МГФОМС

**Колтунов Игорь Ефимович**, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы

**Конопляников Александр Георгиевич**, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента

здравоохранения города Москвы

**Крюков Андрей Иванович**, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы

**Мазус Алексей Израилевич**, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции

Департамента здравоохранения города Москвы

**Мантурова Наталья Евгеньевна**, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы

**Мухтасарова Татьяна Радиковна**, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

**Назарова Ирина Александровна**, председатель Совета главных врачей города Москвы

**Орджоникидзе Зураб Гивиевич**, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы

**Орехов Олег Олегович**, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

**Павлюков Дмитрий Юрьевич**, врио руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

**Погонин Алексей Владимирович**, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

**Потекаев Николай Николаевич**, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

**Пушкарь Дмитрий Юрьевич**, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы

**Хатьков Игорь Евгеньевич**, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы

**Хубутия Могели Шалвович**, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Шабунин Алексей Васильевич**, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы

**Шамалов Николай Анатольевич**, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов**

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

Редакция журнала «Московская медицина»: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43

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

**Учредитель:** Департамент здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций

28 апреля 2014 года

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

Когда мы обсуждаем медицинскую проблематику, говорим о проблемах здравоохранения или достижениях медиков, в центре внимания оказывается врач. Безусловно, это ключевой элемент системы оказания медицинской помощи. Однако не менее важная составляющая этой системы – средний медицинский персонал – многочисленная армия профессионалов, помогающая врачу лечить людей. Работа этого звена крайне важна, а в некоторых ситуациях является определяющей.

Я как хирург с 20 летним стажем прекрасно знаю, какова роль грамотной, высококвалифицированной операционной медицинской сестры при проведении хирургических вмешательств. Я знаю, что от ее работы зависит во многом успех моей работы, а иногда жизнь больного. Если рядом с тобой профессиональная операционная сестра, можно ничего не говорить, а просто протянуть руку в ней окажется нужный инструмент в нужное время, иголка нужной кривизны, нить нужного диаметра. И это лишь один из примеров. Многие сестринские профессии требуют особых навыков, и не каждый состоявшийся врач способен выполнять такую работу.

Средний медперсонал, безусловно, одно из ключевых звеньев в системе оказания медпомощи. Именно поэтому Департамент здравоохранения города Москвы уделяет самое пристальное внимание вопросам профессионального образования среднего медицинского персонала и созданию комфортной рабочей среды для представителей этой профессии. В настоящее время профильная образовательная активность для сестер и медбратьев ведется в городе в пяти направлениях, мы отправляем их на обучение в ведущие мировые клиники. Они возвращаются из таких поездок с принципиально другим мировоззрением и подходом к профессии.

Эта работа будет продолжена и в будущем. Ведь новые знания и опыт трудно переоценить в ситуации, когда медицина стремительно развивается в клиническом и организационном плане. Нам очень нужен грамотный средний медицинский персонал — люди, болеющие за свое дело, любящие его. И таких в московском здравоохранении становится все больше и больше.



**Алексей ХРИПУН,**  
руководитель  
Департамента  
здравоохранения  
города Москвы

**ОТ РЕДАКЦИИ**

Обращение к читателям руководителя Департамента здравоохранения  
города Москвы Алексея ХРИПУНА ..... 02

**ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА**

**Татьяна АМПЛЕЕВА: медсестра – сердце столичного  
здравоохранения** ..... 05

**ПОЛИКЛИНИКА**

**Роль медицинской сестры в Московском стандарте  
поликлиники** ..... 10

**Проблемы ухода за больными  
в амбулаторно-поликлинической практике** ..... 13

**СЕСТРИНСКОЕ СООБЩЕСТВО**

**Навстречу пациенту**  
Программа повышения эффективности коммуникаций ..... 16

**СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ**

**Роль рентгенолаборанта в повышении качества и  
эффективности работы отделения лучевой диагностики** ..... 20

**Оказание помощи в эндоскопическом  
отделении стационара** ..... 24

**Роль и значение медицинской сестры в лечении и  
уходе за пациентами с острым нарушением мозгового  
кровообращения** ..... 27

**Роль специалистов со средним медицинским  
образованием в деятельности  
клинико-диагностических лабораторий** ..... 31

**По европейским стандартам** ..... 36

**ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ**

**Архитектура межкорпусной транспортировки**  
Опыт внедрения транспортной бригады в работу  
многопрофильного стационара ..... 43

## КАДРЫ

Проблемы и возможности эффективной адаптации  
молодых специалистов на рабочем месте ..... 46

Организация учебно-методической деятельности для  
среднего и младшего медицинского персонала ..... 50

Педагогическая деятельность руководителей  
сестринского персонала ..... 55

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Циркулярная резекция трахеи при стенозах ..... 4 ..... 58

Дефект межжелудочковой  
перегородки ..... 63

## СТАНДАРТИЗАЦИЯ

Возможности и необходимость ..... 72

## ЛИЦОМ К ЛИЦУ

Анна ДЕМИДОВА: я - счастливый человек! ..... 76

## Со всем вниманием

Один день из жизни медсестры ..... 78

## ПЕРСПЕКТИВА

Новые роли медицинских сестер ..... 83

## Справочник по образованию

Для специалистов со средним медицинским  
и фармацевтическим образованием ..... 5 ..... 88

## ПАМЯТЬ ПОКОЛЕНИЙ

Своя война ..... 92

# ТАТЬЯНА АМПЛЕЕВА: МЕДСЕСТРА — СЕРДЦЕ СТОЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Современная медицина немыслима без работы квалифицированного среднего медицинского персонала. Каким бы грамотным ни был врач, есть ситуации, где он без медсестры как без рук. О том, какие требования сегодняшняя клиническая практика предъявляет к людям, выбравшим эту непростую профессию, рассказывает главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы, главная медицинская сестра ГКБ имени В.М. Буянова Татьяна АМПЛЕЕВА.

**— Известно, что в целом по стране и в отдельных регионах наблюдается дефицит среднего медицинского персонала. Характерно ли это для Москвы?**

— В профессию должны идти люди, которые хотят этим заниматься. Поэтому некий дефицит существует. Очень многие, выбирая изначально это направление деятельности по мере погружения в ее специфику, понимают, что это не их призвание. А без призвания здесь не обойтись. Поначалу у молодежи, собирающейся стать медсестрой, представление о профессии поверхностное и немного романтическое, но когда они погружаются в рабочие будни, романтизм этот отходит на задний план, потому что работа медсестры тяжелая и физически, и морально. Медсестра должна постоянно быть рядом с пациентом, наблюдать за его состоянием, поддерживать, настраивать на правильное лечение. Это непросто. Не все обладают некой ноткой душевной теплоты. Происходит и профессиональное выгорание. Люди, даже хорошо справляясь со стоящими перед ними задачами, устают морально и уходят из профессии. Думаю, во многом поэтому дефицит сестринского персонала в России как был, так и будет оставаться. Еще одна из причин утечки кадров из сестринской профессии, это смена деятельности, вроде бы сотрудник остался в здравоохранении, но с другой стороны, закончив вуз и получив высшее медицинское образование, уже стал врачом. Учитывая все это, всегда в учреждениях будут свободные вакансии среднего медицинского персонала. Однако в Москве сейчас какого-то существенного кадрового дефицита среднего медицинского



**Татьяна АМПЛЕЕВА,** главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы



персонала нет. Более того, в ходе прошедшей оптимизации удалось существенно обновить кадровый состав. Могу сказать на примере нашего учреждения: были такие сестры, с которыми пришлось безболезненно расстаться, и делалось это в первую очередь на благо пациента.

**— А проблема соотношения врачей и медсестер существует?**

— Конечно. Если брать пропорции в развитых европейских странах, а мы стараемся сейчас наше столичное здравоохранение выстроить, ориентируясь на европейские показатели, там на одного доктора приходится четыре медсестры. У нас, к сожалению, пока на одного врача приходится 2 медсестры. Если мы сможем подтянуть это соотношение до европейского уровня, нагрузка на сестру станет меньше, она больше времени и внимания смогла бы уделять пациенту.

**— Как-то можно решить эту проблему? Стимулировать интерес к профессии? Или это не решается организационными методами?**

— Интерес к нашей профессии сейчас растет. Многие медсестры, оканчивающие колледжи, приходят в клиники и остаются в профессии. Тем самым, я надеюсь, мы все-таки дойдем до международного уровня 1:4. Работает на имидж медработника сейчас и пресса. Недавно москвичи имели возможность голосовать за лучших врачей и лучших медсестер города Москвы в рамках акции «Спасибо, доктор!». Это все работает на имидж профессии и привлекает молодежь. В итоге молодые люди, окончивая школу или же уже поступив в медицинские колледжи, понимают, что престиж медика постоянно повышается и, придя в клиники, остаются работать надолго.

**— Есть ли какие-то популярные специализации медсестер среди молодых людей?**

— Мы каждый год трудоустраиваем большое количество молодежи — выпускников наших московских колледжей, и каждый раз тенденция меняется. Наверное, это еще зависит от самого колледжа — как преподавали, что преподавали. Но важен и настрой самого выпускника, то, зачем он стал медиком, почему выбрал именно профессию медсестры или медбрата. Я, например, когда поступала в медицинское училище, твердо знала, что хочу быть операционной сестрой. И, уже учась в медицинском училище, понимала, что хочу и буду работать только в операционном блоке, буду ассистировать хирургу, стоять на больших, тяжелых и длительных операциях. Операционные сестры обладают особыми качествами: внимательностью, аккуратностью, четкостью действий, особой выдержкой. Операционные сестры, как правило, очень пунктуальны. Это качество у них проявляется и в жизни. Интересно, что и сейчас большая часть молодежи, когда приходит ко мне на трудоустройство, просится как раз в операционный блок и в отделения реанимации и интенсивной терапии. Там работа интересная, помощь оказывают по самым высоким стандартам, убеждена, что операционные и реанимационные сестры — это сестры высшего пилотажа. А как-то была тенденция, не знаю, от чего это зависит, когда просили более спокойную работу, например в физиотерапевтическое отделение.

**— Как вообще проходит распределение, специализация у тех, кто приходит из медицинских колледжей?**

— Выпускники медицинских колледжей приходят к нам с дипломом «сестринское дело», а дальше проходят специализацию на уровне учреждения. Когда приходит к нам молодой специалист, всегда сама лично провожу с ним собеседование, спрашиваю, что его во время обучения и практики заинтересовало, где бы ему больше хотелось работать. Если при трудоустройстве использовать принцип: где есть свободные вакансии, туда и направлять молодого специалиста, то это неизбежно приведет только к текучести кадров. Если душа не лежит к какой-то работе, хорошим профессионалом не станешь. Тем более в такой непростой области,



**МЕДСЕСТРА ДОЛЖНА ПОСТОЯННО БЫТЬ РЯДОМ С ПАЦИЕНТОМ, НАБЛЮДАТЬ ЗА ЕГО СОСТОЯНИЕМ, ПОДДЕРЖИВАТЬ, НАСТРАИВАТЬ НА ПРАВИЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. ЭТО НЕПРОСТО. НЕ ВСЕ ОБЛАДАЮТ НЕКОЙ ПОТКОЙ ДУШЕВНОЙ ТЕПЛОТЫ.**

как медицина. А хотелось бы, чтобы человек ходил на работу с удовольствием, с душой, чтобы она приносила ему моральное удовлетворение. Работа тяжелая и я помню: когда начинала, и бессонные ночи были, и физически уставала, но наступало утро и я шла на работу с улыбкой.

### **— А много ли мужчин в профессии?**

— Сейчас очень много парней поступают в колледжи. Конечно, что душой кривить: молодые ребята, как правило, не задерживаются в сестринской профессии, они потом поступают в институт и становятся врачами. Есть и те, которые получают высшее сестринское образование и возглавляют какие-то структурные подразделения. Но есть и прекрасные молодые медбратья. У нас в клинике работает молодой человек на должности старшей медицинской сестры реанимации, и он еще даст фору любой медсестре женского пола, у него порядок, он умеет организовать работу, учит сестер правильно выполнять различные манипуляции, наблюдать, общаться с родственниками.

### **— Можно ли сейчас прожить на зарплату медсестры?**

— Стартовая зарплата молодого специалиста, который приходит к нам, и у него еще нет опыта работы, — 16 тысяч с копейками. Плюс 25 % выплаты за звание молодого специалиста, а если у выпускника красный диплом, то и все 50% надбавки. Московские медицинские сестры, которые проработали в стационаре более семи лет, много и без замечаний работающие, имеющие высшую квалификационную категорию, то у них весьма достойный уровень заработной платы — 55–60 тысяч рублей. В итоге учитывается и стаж, и квалификационная категория, и внутренние проценты на совмещение и увеличение объема выполняемой работы.

### **— Давайте поговорим про образование. Говорят, что врач должен всю жизнь учиться, думаю, что для медсестры это тоже актуально. Какие сейчас возможности в Москве у среднего медперсонала повышать свою квалификацию?**

— Столичная медицина не стоит на месте. Все стационары и поликлиники хорошо оснащены, разрабатываются и внедряются в клиническую практику новые методики лечения. Естественно, медсестры, как и врачи, должны постоянно получать новые знания и овладевать новейшими методиками в рамках непрерывного медицинского образования с целью повышения профессиональных знаний. Программ, которые помогают поддерживать свой профессионализм на должном уровне, достаточно. Последние четыре года практикуются международные командировки в известные клиники Израиля, Бельгии. Сестры ездят, перенимают опыт у зарубежных коллег и делятся своим. наших медиков тоже слушают там с интересом. Департамент здравоохранения города Москвы в 2016 году запустил очень интересные программы по обучению медицинских сестер. Они включают в себя такие направления, как «Персональная эффективность», «Коммуникационная эффективность», «Сложные типовые ситуации». Медсестер учат пользоваться различными управленческими техниками, на конкретных примерах узнавать свои сильные и слабые стороны. В жизни порой не обращаешь внимания на элементарные вещи, а на тренингах тебе показывают, как и что нужно делать. Это важно и полезно. Очень рассчитываю, что в 2017 году эта программа будет продолжена. Сестра находится с больным человеком в постоянном контакте, и без таких навыков никак не обойтись. Она должна уметь правильно ответить на вопрос, даже иногда и не связанный с лечением, но и убедить в правильности лечения обязана уметь. Да и пациенты бывают разные. Некоторые устают от лечения, особенно при тяжелых диагнозах. У них опускаются руки, они ничего не хотят, и сестра должна поддержать человека, найти искренние и правильные слова. Убедить его продолжать лечение.

Стартовала и программа обучения руководителей сестринских служб при Университете управления правительства Москвы. Начали обучение главные сестры наших учреждений и старшие медсестры, а дальше пойдут палатные, процедурные медсестры. Учиться никогда не поздно, нужно идти в ногу со временем. А тот, кто этого не хочет или не может, остается за бортом.



**ЕСЛИ ДУША НЕ ЛЕЖИТ К КАКОЙ-ТО РАБОТЕ,  
ХОРОШИМ ПРОФЕССИОНАЛОМ НЕ СТАНЕШЬ.  
ТЕМ БОЛЕЕ В ТАКОЙ НЕПРОСТОЙ ОБЛАСТИ.**



**— Отразились ли перемены в московском здравоохранении на среднем медицинском персонале? Что изменилось в организации работы медсестер?**

— Во-первых, изменилось само отношение общества, пациентов к медицинской сестре, ее стали воспринимать как полноправного сотрудника, а не как обслуживающий персонал. Такое отношение сформировалось в 90-е, когда из-за катастрофической нехватки кадров на работающих медсестер легли и функции санитарки. Они были вынуждены заниматься всем. Сейчас все иначе. Клининговые компании взяли на себя часть черновой работы, и медсестра занимается не уборкой и выносом суден, а именно уходом за больным, наблюдением за ним — выполнением своих сестринских манипуляций.

В поликлиниках появились сестринские посты, на которых медсестра координирует движение пациентов по медучреждению, маршрутизацию. Мы тем самым разгрузили врачей. Смешно, когда доктор сидит и занимается выписыванием направления на анализы вместо того, чтобы больше времени уделить самому пациенту и тщательнее собрать анамнез.



**СЕЙЧАС ВСЕ ЛЕЧЕБНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ПЕРЕХОДЯТ НА ЭФФЕКТИВНЫЕ КОНТРАКТЫ, И В НИХ РАБОТОДАТЕЛЬ, В НАШЕМ СЛУЧАЕ ЭТО ГЛАВНЫЙ ВРАЧ, МОЖЕТ ВНОСИТЬ КОРРЕКТИРОВКИ, КОТОРЫЕ В ДАЛЬНЕЙШЕМ МОГУТ ОТРАЖАТЬСЯ НА ЗАРПЛАТЕ СОТРУДНИКА.**

Многое изменили информационные технологии. Раньше медсестры работала исключительно с бумажными документами, сейчас без компьютера никуда: и выписка лекарственного обеспечения, и анализы, и документация — все в компьютере и существенно сокращает время.

**— Изменились ли требования к медсестрам? Претерпевают ли изменения документы, регламентирующие деятельность среднего медперсонала?**

— Сейчас все лечебные учреждения переходят на эффективные контракты, и в них работодатель, в нашем случае это главный врач, может вносить корректировки, которые в дальнейшем могут отражаться на зарплате сотрудника. В таком документе подробно прописаны должностные обязанности и предъявляемые к медицинской сестре на той или иной позиции требования. Конечно,

требования возросли. Большое значение имеет подготовка медсестры в вопросах деонтологии. Она не должна быть биороботом: взяла, собрала, пошла, сделала, ничего не объяснила, уколола и ушла. Она должна быть не просто грамотной и подкованной в профессиональном плане, но и уметь находить контакт с каждым пациентом. Медсестра должна доносить информацию до пациента так, чтоб ему было все понятно. Современная медицинская сестра может поговорить с пациентом и на какие-то отвлеченные темы: о театре, о замечательных фильмах, о музыке и тд.

**— Можно сказать, что сейчас медсестрам в московских клиниках работается комфортно?**

— Все зависит от того, как организована работа на уровне каждого конкретного медучреждения. Могу рассказать вам на примере больницы, в которой я работаю. Мы проводим различные мероприятия для создания комфортной рабочей атмосферы. Когда молодежь приходит к нам на работу, мы обязательно проводим праздник «Посвящение молодых специалистов в профессию». Проходит он не для галочки, а красиво, красочно, торжественно, с вручением памятных подарков, с концертом самодеятельности сотрудников учреждения. Участвуют причем не только медицинские сестры, но и врачи. Девочки, молодые люди, которые приходят к нам работать, таким образом вливаются в семью и чувствуют себя полноценными членами рабочего коллектива. Ежегодно проходит и конкурс на выявление лучшей медицинской сестры, победители которого выходят на городской уровень. А какая медсестра, будем честны, не хотела бы быть в своем учреждении признанной лучшей из лучших хотя бы на год? Все это не менее важно, чем собственно профессиональная деятельность. Да, мы умеем работать, но умеем и отдыхать.

### **— Какие задачи стоят перед вами как перед главным внештатным специалистом города по управлению сестринской деятельностью?**

— Основная задача — чтобы не было дефицита кадрового состава. Необходимо работать над тем, чтобы люди шли в эту профессию осознанно. Хотелось бы добиться соотношения врачей и сестринского персонала 1:4, о котором я упоминала в начале разговора. Это моя личная цель, если хотите. Важная составляющая моей работы — забота о создании системы, где медсестра будет защищенной в профессиональном плане. Пока никакой защищенности у нас нет.

### **— Есть ли какая-то структура вроде совета главных врачей?**

— Совета главных сестер пока при департаменте нет. Но мои предложения на эту тему поддержаны руководителем ДЗМ Алексеем Ивановичем Хрипуном. Пока же мы работаем в тесном контакте с окружающими специалистами. С ними мы составляем годовой план, проводим каждый месяц научно-практические конференции по различным тематикам, чтобы было интересно всем сестрам.

### **— Татьяна Викторовна, а как вы сами пришли в профессию?**

— Когда еще я училась в школе, оканчивала десятилетку, это конец 80-х годов, в то время была передача «Здоровье», которую вела Юлия Васильевна Белянчикова, меня особенно затрагивали сюжеты из операционной. И, казалось бы, там были врач-анестезиолог, хирург, а мне нравилась именно та девушка, которая стояла у операционного стола и молча подавала инструменты хирургу. Запоминающиеся образы операционных медсестер были и в художественных фильмах о Великой Отечественной войне. Одним словом, когда я заканчивала 10 класс, сомнений относительно того, куда идти дальше учиться, у меня не было. Родители меня отговаривали, потому что работа тяжелая физически, и я с этим впоследствии столкнулась, но, как я уже сказала, наступало утро, все вставало на свои места, и я шла на работу с удовольствием. Когда я окончила колледж, попасть на работу в операционный блок было очень проблематично, свободных вакансий в операционном блоке, как правило, не было, но моя мечта свершилась. Я проработала за операционным столом 18 лет, и это непередаваемые ощущения — быть причастной к спасению жизни. А такие ситуации были не редкостью. Были разные пациенты и тяжелые сочетанные травмы, а в лихие 90-е и огнестрельные ранения. С февраля 2007 года работаю главной медицинской сестрой ГБУЗ «ГКБ им В.М. Буянова ДЗМ», и долгое время я очень скучала по операционному делу. Да что тут говорить, работа в операционной мне и сейчас часто снится.

### **— Что сегодня значит словосочетание «современная медсестра», по вашему мнению?**

— Современная медсестра — это сердце столичного здравоохранения. В каждом медучреждения большую часть персонала составляют именно медицинские сестры. Без них врач как без рук порой. Без профессионально грамотной медицинской сестры доктора обойтись сегодня не могут. А больше всего медсестра нужна нашим пациентам. Пациент ждет внимания, желает ощущать поддержку, соучастие, и потому медсестра должна обладать такими качествами, как доброта, душевность, честность и милосердие. Без этого в нашей профессии делать нечего.

Ранее медицинская сестра воспринималась только как помощник врача. Сегодня она является полноправной коллегой доктора, и отношение к ней в обществе, ее социальный статус меняются. Многие сестры в последнее время получили высшее сестринское образование, даже мыслить они стали по-другому, так как имеют хорошую базу медицинских знаний.

Безусловно, медсестра не вмешивается в сам лечебный процесс — только врач координирует лечение, ставит диагноз и назначает лекарственные препараты. Современные сестры ухаживают за пациентами, оценивают их состояние, они вносят свои рекомендации, работают грамотно и профессионально, активно участвуют в реабилитации пациентов. Да просто поднимают больных на ноги и возвращают их к нормальной жизни!

# РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В МОСКОВСКОМ СТАНДАРТЕ ПОЛИКЛИНИКИ

За последние несколько лет в столичном здравоохранении произошли существенные изменения. В первичном звене они во многом были связаны с результатами реализации предложений, высказанных москвичами в ходе проекта «Московская поликлиника».



**Ирина КАЛИНИНА,**  
окружной внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью ЮВАО ДЗМ, главная медицинская сестра ДЦ №3 Департамента здравоохранения города Москвы

В ходе реализованного в 2015 году проекта «Московская поликлиника» были собраны предложения горожан относительно возможных путей улучшения работы столичных поликлиник. Участники проекта внесли более 27 тыс. предложений, на основе которых Департамент здравоохранения города Москвы разработал Московский стандарт поликлиники (МСП).

Новая система включила в себя механизмы по сокращению очередей, улучшение работы регистратуры, повышение комфорта в поликлинике. Для эффективности работы упрощена процедура выписки льготных рецептов для хронических пациентов, созданы отдельные бригады для выездов на дом, организованы т.н. сестринские посты.

На всех этапах внедрения стандарта проводилась и проводится информационно-разъяснительная работа среди населения и медицинских работников государственных учреждений здравоохранения, информация по ключевым вопросам размещается на официальном сайте ДЗМ. В итоге практически все столичные поликлиники перешли на новый стандарт работы, в рамках которого старается действовать каждый медработник.

МСП включает в себя множество мероприятий, которые позволяют повысить эффективность работы медперсонала, комфортность пребывания пациентов в поликлинике, качество и доступность медицинской помощи.

Причем в этой работе особая роль отведена медицинским сестрам.

Стандартный маршрут пациента начинается с инфомата.

Здесь его встречает медсестра, которая поможет записаться на прием к врачу, даст разъяснения, порекомендует специалиста. Раньше после этого пациент шел в регистратуру, а теперь идет сразу на прием к врачу, не теряя время на получение

медицинской карты. После замены регистратуры на картохранилище все карты, которые хранились в регистратуре, вынесли в отдельное помещение, куда нет доступа для пациентов. Когда пациент записывается к врачу, его амбулаторная карта заблаговременно доставляется в кабинет специалиста. Карты предварительно подбираются на прием медсестрами по данным записи ЕМИАС, или по звонку врача или м/с с поста, или от инфомата, если пациент только записался на прием.

В амбулаторных центрах созданы колл-центры, которые принимают вызовы на дом от пациентов. Для вызова бригады определен единый номер телефона, по которому принимаются вызовы в часы работы поликлиники. Трубку берет не просто оператор, а квалифицированный медицинский сотрудник, который может проконсультировать пациента, дать рекомендации: что лучше, вызвать врача на дом или прийти в поликлинику. Эти сотрудники могут сразу же записать пациента к специалисту.

Раньше пациента на дому посещал участковый терапевт, который добирался на вызов своим ходом. С собой у него был ограниченный набор препаратов и медицинских инструментов. Теперь врач приезжает на вызов на автомобиле поликлиники. Оснащение выездных бригад автотранспортом сокращает длительность обработки одного вызова на дом в среднем с 30 до 17 минут по сравнению с пешим обходом участка. При этом время осмотра пациента не уменьшается и в обоих вариантах составляет в среднем 15 минут. После осмотра пациента лист осмотра поступает в поликлинику к заведующему терапевтическим отделением, если есть необходимость, лечение координируется лечащим врачом.

Введены должности фельдшера для выписки повторных рецептов хроническим больным в ситуации, не требующей коррекции лечения.

В каждом филиале поликлиники московского стандарта работает дежурный врач. Пациентам с острой болью предоставлена возможность без предварительной записи попасть на прием к дежурному врачу в день обращения.

Внедрена система приема пациентов средним медицинским персоналом (без участия врача) на сестринском посту для выписки медицинских документов (различные справки, санаторно-курортные карты), измерения артериального давления и других процедур, не требующих участия врача. Данные посещения составляют до 50% всех приемов пациентов, и их выполнение на сестринских постах значительно снижает нагрузку на врачей.

Медицинский пост входит в состав терапевтического или профильного отделения, обеспечивает формирование и распределение потоков пациентов по цели обращения в поликлинику, оформление медицинской документации по назначению врача-терапевта участкового и врачей-специалистов, запись на прием к врачу в системе ЕМИАС.

Накануне приема сотрудник сестринского поста обзванивает пациентов, напоминает, что завтра у них прием и спрашивает, придут ли они к врачу. Если по каким-либо обстоятельствам человек не может прийти в поликлинику, ему предлагают перезаписаться на другой день. Это уменьшает количество пропусков приема пациентами. Немаловажно то, что при реализации МСП участково-территориальный принцип не нарушается: пациент записывается на прием к своему участковому врачу (в его отсутствие — к врачу, его заменяющему). Либо пациент имеет возможность выбрать лечащего врача и по заявлению прикрепиться к нему на обслуживание. Врачу-терапевту участковому выделено время в расписании (рабочая суббота и по 2 часа еженедельно) на посещение своей маломобильной группы и ведение диспансерного наблюдения пациентов своего участка. В поликлиниках функционируют отделения профилактики, которые занимаются диспансеризацией прикрепленного населения, при выявлении хронических заболеваний данные передаются участковому

врачу-терапевту, где врач ставит пациента на диспансерное наблюдение.

Осмотр онкологических пациентов на дому для выписки наркотического средства осуществляет врач паллиативной медицины, при его отсутствии — заведующий терапевтическим отделением.

В рамках стандарта организована патронажная служба медицинских сестер, которая оказывает медицинскую помощь на дому, социальную и психологическую поддержку больным и членам их семей, обеспечивает физический комфорт; осуществляет взаимосвязь и преемственность в работе выездной патронажной службы с подразделениями ЛПУ.

Московский стандарт позволил поликлинике маршрутизировать потоки пациентов и реализовать те возможности, которые имеются в медицинском учреждении. Врачи первого уровня — терапевты, хирурги, оториноларингологи, офтальмологи, акушеры-гинекологи — сами направляют пациента к нужному доктору. Еще одно нововведение касалось пациентов, страдающих хроническими заболеваниями. Сегодня специалист сам определяет для них время приема, и больному не нужно приходить каждый месяц за получением рецепта, как это было ранее. К тому же медицинский персонал заинтересован работать лучше и качественнее, поскольку заработная плата сотрудников была увеличена.

Внедрение МСП позволило улучшить доступность, дать врачам больше времени на прием пациентов, а также повысить комфортность от посещения поликлиники, увеличить привлекательность медицинских учреждений для пациентов. Но выбор поликлиники всегда будет зависеть от обстоятельств и желания конкретного пациента. Соблюдение требований федерального законодательства (порядков и стандартов) наряду с требованиями Московского стандарта поликлиники позволит обеспечить доступность и качество медицинской помощи, комфортные условия для врача и пациента.

Как же изменилась роль медицинской сестры в рамках московского стандарта?

Основной смысл выведения медицинской сестры за рамки врачебного приема — подъем статуса медицинской сестры амбулаторно-поликлинического звена, изменении ее взаимоотношений с пациентами. До сих пор медсестра была «функционально-бумажным» помощником доктора, а не пациента. Внедрение ЕМИАС сделало ее присутствие в кабинете и вовсе необязательным.

Медицинская сестра теперь может самостоятельно общаться с пациентами, помогать ему в решении многих проблем, при которых нет необходимости обращаться непосредственно к врачу. И хотя в большинстве учреждений здравоохранения остается сложившийся традиционный подход к роли медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе, в рамках которого ей отводится роль исполнителя предписаний врача, хочется верить в то, что в процессе реформирования системы здравоохранения роль медицинской сестры значительно возрастет. В особенности с точки зрения увеличения ее профессиональной компетентности, профессионального и социального статуса.

Сегодня большую роль уделяют непрерывному обучению медицинских сестер, для них проводятся семинары по повышению мотивации, пациентоориентированности, профилактики эмоционального выгорания, развитию их компетенций и стрессоустойчивости, сестринские конференции по различным тематикам, обучение практическим навыкам в симуляционных центрах.

Медицинские сестры, обладая новейшими знаниями и практиками, смогут более качественно и эффективно выполнять свою работу, что не только отразится на благополучии пациентов, но и на степени удовлетворенности самих медицинских сестер своей работой.

# ПРОБЛЕМЫ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Каждая семья хоть раз в жизни сталкивается с проблемой ухода за заболевшим родственником. Независимо от того, случилась ли эта ситуация внезапно или ей предшествовал длительный период болезни, приготовиться к тому, что дома будет постоянно находиться тяжелобольной родственник, нуждающийся в посторонней помощи при передвижении, приеме пищи, физиологических отправлениях, очень тяжело. И в большинстве случаев при столкновении с подобными проблемами люди не знают, что делать...

Одной из задач амбулаторно-поликлинической службы (участкового звена) является помощь семье в подборе системы для организации ухода с последующим патронажем больного человека. Как правило, решение данной задачи ложится на плечи медицинской сестры участковой, которая и осуществляет патронаж на дому.

Прежде всего медицинской сестре нужно определить состояние пациента и какая система ухода нужна данному пациенту (замещающая, компенсирующая, консультативная), на что будет направлен уход (на выздоровление, поддержание имеющегося состояния, облегчение боли и др.), в состоянии ли родственники обеспечить качественный уход и что нужно для их готовности к уходу (мотивация или правильная организация процесса, средства по уходу и др.).

К сожалению, необходимо констатировать тот факт, что за последнее время все большее число людей желает переложить уход за родственниками на любой медицинский и немедицинский персонал (нанять сиделок, сдать в дома/отделения сестринского ухода и др.). Проблему мотивации родственников, не желающих осуществлять уход за больным человеком одной медсестре решить достаточно сложно, здесь необходимо привлекать также и дополнительных специалистов, в том числе психологов, социальных работников. Необходимо отметить, что в большинстве случаев сиделки



**Валентина  
ЗАРУБИНА,**  
окружной внештатный  
специалист по управ-  
лению сестринской  
деятельностью ЮЗАО  
Департамента здра-  
воохранения города  
Москвы



не имеют профессиональных навыков ухода и нуждаются в помощи медицинской сестры, дополнительном обучении.

На первом этапе необходимо помочь родственникам организовать пространство члена семьи для удобства и качественного ухода. Если больной родственник может самостоятельно передвигаться, то необходимо убрать все лишнее с проходов (загромождающую и качающуюся мебель, расширить проходы и др.), убрать лишние коврики, загибающиеся ковры, линолеум и др., подобрать систему опоры (трость, ходунки, поручни на стены, особенно в туалете и в ванной комнате) или передвижения (кресло-коляска). Кровать должна быть такой высоты, чтобы больной мог беспрепятственно встать и сесть. Если он ограничен в подвижности и не встает, то кровать должна быть удобна по высоте для ухаживающего человека, который не должен высоко тянуться или чрезмерно склоняться к постели. Кровать должна быть в меру широкая, чтобы пациент сам или с помощью ухаживающего мог легко переверачиваться, желательно продумать систему ограждения (перила), чтобы пациент при манипуляциях или самостоятельных поворотах не упал.

Одежда пациента должна быть легкой, удобной, из натуральных тканей, без лишних молний, пуговиц, завязок и т.д., т.к. если он может сам доходить до туалета или самостоятельно переодеваться, все это будет усложнять процедуру, может возникнуть ложное (мнимое) недержание мочи и/или кала и, как следствие, ухудшение его состояния и взаимоотношений с родственниками (с ухаживающим человеком). Одежда должна легко одеваться и сниматься, не быть обтягивающей и не «болтаться» на теле. В синтетической и в слишком теплой одежде пациент будет и потеть, и мерзнуть, в холодной и слишком открытой одежде также будет холодно и некомфортно. Необходимо иметь несколько комплектов одежды. Если пациент передвигается по дому, то он не должен быть целый день в пижаме (ночной рубашке). Обувь должна быть удобной, «сидеть на ноге», мягкой и нигде не давить и не натирать. Одной из причин падения пожилых (ослабленных болезнью) людей является неправильная домашняя обувь, обстановка, отсутствие опоры.

Следующим моментом является необходимость помочь родственникам подобрать средства по уходу и абсорбирующее белье. Медсестре очень важно определить необходимость применения противопролежневых систем до того, как появятся пролежни, оценить степень риска развития пролежней и разработать план противопролежневых мероприятий, обучить родственников правильно применять противопролежневые системы. Необходимо помочь подобрать вид абсорбирующих изделий в случае недержания мочи и/или кала у пациента в зависимости от степени ограничения подвижности, степени недержания (урологические вкладыши, впитывающие трусы, подгузники и др.), помочь определиться с размером, впитываемостью (в зависимости от биологических ритмов, питьевого режима, инфузионной терапии), количеством. Также надо научить правильно использовать абсорбирующие средства, правильно подбирать по размеру и впитываемости, правильно одевать и снимать, обрабатывать кожу. Помимо того, что неправильное использование и подбор абсорбирующих изделий приводит к неприятному запаху и психологическим проблемам, моча и кал при контакте с кожей вызывают раздражение, зуд, что может приводить к расчесам и провоцировать инфекции.

При любом состоянии подвижности пациента необходимо правильно подобрать систему ухода за кожей, оценить возможность проведения водных процедур (гигиенических ванн, душа) в домашних условиях или подобрать систему мытья «без воды» в зависимости от состояния кожи, возможности применения водных процедур. Иногда из-за планировок помещений пациента не представляется переместить в душевую (ванную) комнату (узкие проходы для кресла-каталки, слишком тучный пациент и др.).

В этих случаях отдается предпочтение мытью «без воды». Медицинская сестра должна правильно оценить состояние кожи на всех участках, особое внимание уделив зонам риска развития пролежней, промежности, обучить родственников правильной последовательности обработки тела (лицо, шея, руки, плечи и т.д.) и правилам подбора и применения средств дерматокосметики (система очищения, увлажнения, защиты). При уходе за кожей необходимо сделать акцент на процедурах аэрации кожи при переодевании, смене подгузников и др., правилам высушивания (вытирания) от воды. При уходе за лежачим пациентом достаточно часто забывают про уход за полостью рта, что приводит не только к неприятному запаху изо рта, плохому состоянию зубов (протезов и др.), слизистой полости рта, но и к дополнительным проблемам с пищеварением (тяжесть в желудке, отсутствие аппетита, нарушение вкуса, диарея), что ухудшает качество жизни как пациента, так и членов его семьи. Правильный подбор системы ухода за полостью рта (мягкая щетка с очищающим бальзамом, очищение с помощью ирригатора и др.) поможет решить часть проблемы. Кроме того, необходимо следить за чистотой рук как самого пациента, так и ухаживающего за ним человека. Многие родственники считают физические упражнения и массаж излишними процедурами, между тем при правильном уходе в комплексе с другими мероприятиями они помогают избежать развития пролежней, застойной пневмонии, помогают откашливаться, опорожнять кишечник, снижать боль и др.

Обеспечение правильного режима лекарственной терапии и приема лекарств способствует закреплению положительных результатов качественного ухода и, как следствие, повышает качество жизни пациента и членов его семьи. Кроме общих гигиенических процедур система качественного ухода включает и организацию досуга пациента (чтение, решение кроссвордов, вязание, выжигание по дереву и прочее рукоделие). Если больной в состоянии в чем-либо помочь, то необходимо просить его о посильной помощи.

Несмотря на все вышесказанное, самая важная составляющая качественного ухода и качества жизни пациента — это общение, коммуникация внутри семьи. Даже если все делать правильно, но молча, «по схеме и расписанию» или с маской безразличности/злости или чрезмерной озабоченности, положительных результатов не будет. И это еще одна причина, по которой так важно помочь родственникам организовать уход за пациентом на дому.

## **Подготовка патронажных медицинских сестер**

Подготовка персонала, способного не только квалифицированно и качественно оказать помощь пациенту, нуждающемуся в наблюдении на дому, но и научить родственников принципам правильного ухода, имеет очень важное значение.

Поэтому в нашей поликлинике была создана патронажная служба. В каждом терапевтическом отделении амбулаторного центра было выделено по одной медицинской сестре, которая прошла обучение на базе ГБУЗ «ГП № 22 ДЗМ».

С 01.09.2015 года был создан методический кабинет с подборкой соответствующей обучающей литературы. К обучению привлекались специалисты разного профиля. В подготовке медицинских сестер участвовали окружные специалисты. Амбулаторным центром была сделана заявка в филиал № 1 колледжа № 7 о проведении тематического усовершенствования медицинских сестер «Порядок оказания паллиативной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях» в количестве 72 часов с 26 апреля по 27 мая 2015 года. Обучены 15 медицинских сестер. Им вручены свидетельства об окончании обучения установленного образца.

# НАВСТРЕЧУ ПАЦИЕНТУ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОММУНИКАЦИЙ

Медицинские сестры московских медицинских организаций на протяжении нескольких последних месяцев стали активными участниками уникального проекта, направленного на внедрение системы пациентоориентированности. Инициатором проекта стал руководитель Департамента здравоохранения города Москвы Алексей Иванович Хрипун.



**Наталья ГРЕБНЕВА,**  
заместитель главного  
врача по работе  
с сестринским  
персоналом  
ГКБ им Вересаева  
Департамента  
здравоохранения  
города Москвы,  
окружной внештатный  
специалист по управ-  
лению сестринской  
деятельностью САО  
Департамента здра-  
воохранения города  
Москвы

На первом этапе целевая аудитория комплексного образовательного проекта — медицинские сестры, деятельность которых в большей степени направлена на взаимодействие с пациентами. Сам проект построен как целостная практическая система с вовлечением ресурсов всего сестринского сообщества.

Для всестороннего исследования текущей ситуации и возможностей изменений были организованы семинары и обсуждения с руководством сестринского и врачебного сообщества для того, чтобы последующее массовое обучение было максимально практичным, а также учитывало реальные ситуации, типичные жалобы и обращения пациентов.

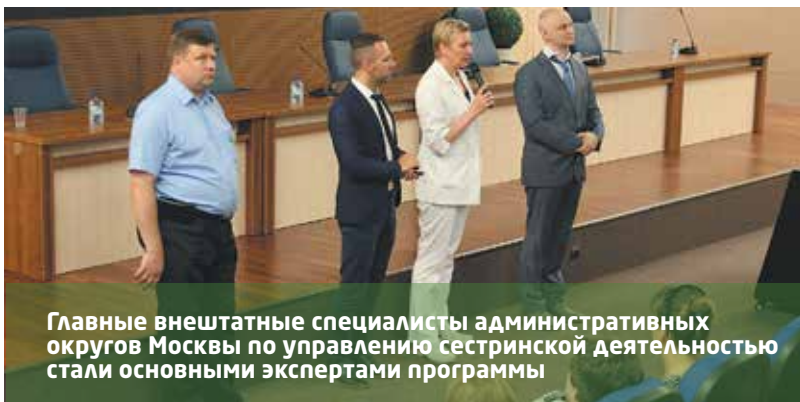
При формировании программы стало понятно, что в программу обучения необходимо включать инструменты, позволяющие выявлять и снижать проявления эмоционального выгорания у медицинских сестер как для себя, так и для своих коллег.

Главные внештатные специалисты административных округов Москвы по управлению сестринской деятельностью во главе с главным внештатным специалистом по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы Татьяной Викторovной Амплеевой стали основными экспертами программы, наполнив ее нужным сестринскому сообществу содержанием, а в дальнейшем — поддерживая реализацию программы на всех уровнях.

Программа обучения состоит из 3-х этапов. Первыми участниками программы стали более 200 главных медицинских сестер большинства медицинских организаций города, а также часть старших медицинских сестер резерва.

Интерактивное обучение и активная обратная связь позволили совершенствовать элементы программы и наполнить ее расширенным набором практических ситуаций общения медицинских сестер с пациентами и в коллективах.

Важнейшей задачей главных медицинских сестер после обучения было донести развернутую информацию до сестринских коллективов.



Далее последовал этап обучения старших медицинских сестер, состоящий из двух блоков — управленческого и коммуникативного. Управленческий блок посвящен вопросам эффективного взаимодействия в коллективе, коммуникативный блок нацелен на отработку типовых и сложных ситуаций общения с пациентами.

К настоящему моменту обучение прошли 2 тыс. старших медицинских сестер. Задача на 2016 год — охватить не менее 3 тыс. старших медицинских сестер медицинских организаций города.

На 3 этапе началось массовое обучение медицинских сестер навыкам эффективных коммуникаций с пациентами и снижению эмоционального выгорания на рабочем месте. В настоящее время продолжается обучение старших сестер и медицинских сестер всех медицинских организаций ДЗМ. В мероприятиях программы уже приняли участие 4,5 тыс.

медицинских сестер всех уровней. Планируемая численность участников образовательного проекта должна составить 12 тыс. к концу 2016 года.

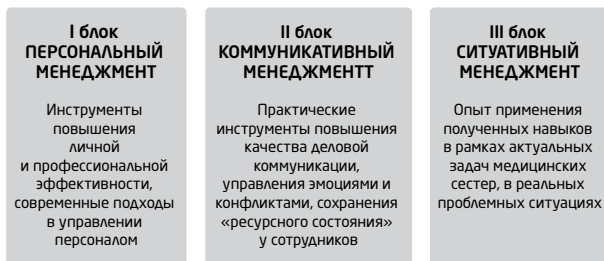
Для примера можно привести обучение медсестер стационаров в Северном округе города Москвы. На первом этапе в обучении приняли участие главные и старшие медсестры резерва. В дальнейшем было организовано 11 мероприятий по обучению старших медицинских сестер и массовому обучению медицинских сестер, в которых приняли участие более 200 старших медицинских сестер и более 500 медицинских сестер. Всего в программе обучения в стационарах Северного округа приняли участие почти 800 медсестер всех уровней. Отдельно хочется отметить главных врачей и главных медицинских сестер ГБУЗ «ГКБ ДЗМ им. В.В. Вересаева», ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ», ГБУЗ «ГКБ №24 ДЗМ», которые предоставили

Таблица. Сравнительный анализ изменений на основе обратной связи участников

Направление	ДО обучения	ПОСЛЕ обучения
Управленческая эффективность	Управление осуществлялось по иерархии (авторитарно)	Управление направлено на вовлечение персонала в решение задач
	Большинство задач брали на себя, вместо делегирования сотрудникам и коллегам	Разделение «своих» и «чужих» задач. Эффективное делегирование задач
	Людей воспринимали как проблему	Воспринимают людей как ресурс
	Управление по негативному основанию – корректировка некачественной работы	Постановка целей и их достижение для повышения качества работы
	Низкая значимость благодарности, поддержки сотрудников, их мотивации	Повышение роли мотивации сотрудников, аргументированной благодарности
Коммуникативная эффективность	Общение с сотрудниками и пациентами строилось из «родительской» позиции	Общение строится в рамках партнерской и командной культуры, из «взрослой» позиции
	Восприятие конфликтной ситуации как негатива, направленного на сотрудника лично	Конфликт воспринимается как стимул к созданию партнерских отношений за счет внимания и поддержки
Персональная эффективность	Сопrotивление к изменениям: потеря сил, времени и ресурсов	Управление сопротивлением, приход в точку принятия, к конструктивным действиям
	Эмоциональное выгорание, апатия, стресс	Возвращение в «ресурсное состояние»

## Ключевые содержательные блоки обучения

Цель: развитие управленческих и коммуникационных навыков медицинских сестер, повышение мотивации, снижения уровня эмоционального выгорания



**ВОВЛЕЧЕННОСТЬ МЕДСЕСТЕР: ОПРОСНИК ГЭЛЛАПА**  
 ВО ВРЕМЯ ОБУЧЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ ОЦЕНКА ПО ТЕСТУ ГЭЛЛАПА  
 ОПРОСНИК ГЭЛЛАПА – ЭТО 12 ШКАЛ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ПЕРСОНАЛА ОТ 0 ДО 10 БАЛЛОВ.

**УРОВЕНЬ  
ВОВЛЕЧЕННОСТИ  
МЕДСЕСТЕР:**

# 6,3

коллег на регулярной основе.

Наставник — это опытная в коммуникации старшая медицинская сестра, готовая показать личным примером, как решаются типовые конфликтные ситуации, поделившись собственным опытом с коллегами.

## В чем принципиальная особенность и новизна проекта?

Обучение построено по модели тренинга, где медицинские сестры — не просто слушатели, а включенные участники динамичного диалога тренера со всем залом. В ходе тренинга, работая в мини-группах по два-три человека, участники имеют возможность глубже посмотреть на свое отношение к пациентам, в ситуационных ролевых



Высокие показатели и низкие показатели:			
Фактор	Фактор	Балл	
1. Я знаю, что от меня ожидается на работе	7,4	7. Мне кажется, что на работе с моим мнением считаются	7,0
2. Я располагаю материалами и оборудованием, которые необходимы мне для правильного выполнения моей работы	6,7	8. Задачи (цели) моей компании позволяют мне чувствовать важность моей работы	7,0
3. На работе у меня есть возможность ежедневно заниматься тем, что я умею делать лучше всего	7,2	9. Мои коллеги (товарищи по работе) считают своим долгом выполнить работу качественно	7,2
4. За последние семь дней мне была объявлена благодарность, либо меня похвалили за хорошо выполненную работу	4,5	10. В моей организации работает один из моих лучших друзей	4,9
5. Мне кажется, что мой непосредственный руководитель или кто-то другой на работе проявляет заботу обо мне как о личности	6,2	11. За последние шесть месяцев кто-то на работе беседовал со мной о моем прогрессе	4,8
6. У меня на работе есть человек, который поощряет мой рост	5,9	12. В течение прошедшего года у меня на работе были возможности для учебы и роста	6,8

помещения для проведения мероприятий и привлекли наибольшее количество участников на обучение. Главные, старшие и обычные медицинские сестры с удовольствием и интересом принимали участие в данном проекте, благодаря которому они получили необходимые знания, навыки и умения в коммуникативном общении и теперь активно применяют их в ходе своей повседневной работы. Дальнейшее развитие проекта подразумевает как продолжение прямого обучения медицинских сестер города до конца года, так и подготовку в каждой медицинской организации наставников, которые смогут проводить подобные тренинги по пациентоориентированности для своих

играх почувствовать себя в роли пациента — понять его стрессовое состояние, обусловленное непривычной обстановкой с долей неизвестности и стресса.

Для пациентов поликлиник, например, стали существенны изменения, связанные с модернизацией некоторых процессов в работе, например с введением ЕМИАС, сестринских постов и инфоматов. И пациенты, видя изменения, могут не воспринимать их как изменения к лучшему, скорее воспринимая как нарушение привычного для них сценария общения. И в этих ситуациях задача медицинской сестры инициативно упреждающая: информировать пациентов, что это делается в первую очередь для

**Проведение обучающих мероприятий в МО подготовленными наставниками  
Сентябрь – декабрь 2016 г.  
До 4 тыс. медицинских сестер, вовлеченных в обучающие мероприятия.**



улучшения качества обслуживания. Такие вопросы стали хорошим примером практического инструмента проводимых тренингов для медицинских сестер амбулаторной сети.

В отношении детских городских больниц важным практическим инструментом стал совместно найденный практический подход проговаривания назначений процедурными и постовыми медицинскими сестрами. Ведь бывает ситуация, когда процедурная медицинская сестра, четко зная, что назначено ребенку, поздоровавшись с мамой, сразу проводит процедуру. В этом случае мама, особенно ребенка с хроническими заболеваниями, видевшая десятки подобных манипуляций, автоматически становится в позицию контролера по отношению к медицинской сестре, что порождает ненужные вопросы и даже конфликты.

Если же медицинская сестра перед проведением назначения проговорит его с мамой, то мама может стать, скорее, помощником в лечении ребенка. Например, медицинская сестра может начать диалог: «Здравствуйте, меня зовут ... Вашему ребенку доктор назначил ...(название процедуры). Скажите, пожалуйста, вам раньше такое назначение уже выполняли? Что мне стоит знать и учесть?» Мама отвечает, например, что в прошлый раз укол делали в левую руку, можно в этот раз в правую. «Спасибо, я постараюсь сделать с учетом ваших пожеланий».

Поскольку сейчас активно формируются группы наставников, необходимо отдельно отметить ключевые факторы, которые учитываются при включении желающих в программу:

- активная жизненная позиция;
- способность разрешать конфликтные ситуации;
- опыт общественной работы;
- психологическое образование является дополнительным преимуществом.

Организаторы ждут активных и мотивированных коллег для участия в проекте, который не только дает возможность приобрести дополнительные профессиональные компетенции, но и является важным ресурсом развития сестринского сообщества.

Эффективность коммуникаций с пациентами становится все более значимой составляющей в оценке качества оказания медицинской помощи. Программа обучения медицинских сестер Москвы работе в типовых и сложных ситуациях взаимодействия уже позволяет повышать удовлетворенность пациентов при посещении медицинской организации. Вместе с этим владение разнообразными коммуникационными инструментами способствует сохранению позитивного внутреннего настроя у медицинских сестер и снижает для них риск эмоционального выгорания.



# РОЛЬ РЕНТГЕНОЛАБОРАНТА В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Лучевые методы исследования занимают центральное место в ряду современных медицинских услуг. Лучевая диагностика является одним из базовых элементов модернизации здравоохранения. Последние годы ознаменованы широким распространением новых диагностических методов и методик, появлением дополнительных возможностей классической диагностики и иных подходов к использованию диагностической техники.



**Юлия ЗУЕНКОВА,**  
заместитель дирек-  
тора по медицинской  
части Научно-практи-  
ческий центр меди-  
цинской радиологии  
Департамента здра-  
воохранения города  
Москвы

В Москве только в 2015 г. было проведено более 28 миллионов разнообразных лучевых исследований. Эта цифра увеличивается ежегодно на 7–15% в зависимости от модальности (рис. ).

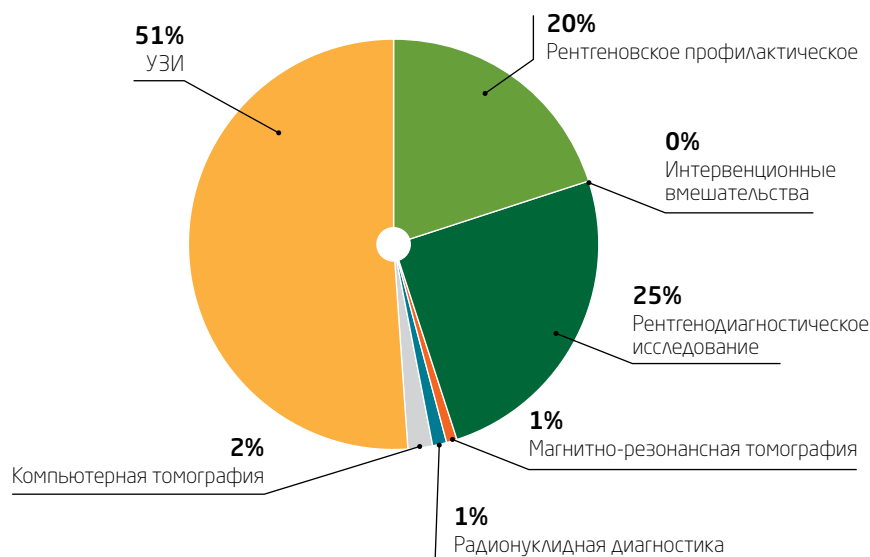
Доступность для населения высокотехнологичных методов лучевой диагностики также повышается из года в год. Рост количества исследований и повышение доступности услуг для населения требует соответствующих кадровых ресурсов.

В 2015 г. потребность в рентгенолаборантах лучевой диагностики составляла более 3000 человек по Москве.

В то же время, по данным клинического аудита, проведенного специалистами НПЦ медицинской радиологии ДЗМ в 2016 году, во многих медицинских организациях столицы отмечается нехватка рентгенолаборантов, что отражается на эффективности работы отделений лучевой диагностики и, как следствие, степени удовлетворенности пациентов.

Данные статистики говорят о необходимости совершенствования кадровой политики в такой высокотехнологичной, дорогостоящей и эффективной области медицины, как лучевая диагностика.

Рисунок . Структура проведенных лучевых исследований в городе Москве в 2015 г.



### **Насколько важна роль рентгенолаборанта в службе лучевой диагностики?**

Сегодня во всем мире, и Россия здесь не исключение, неуклонно растет спрос на экономичные, низкзатратные и качественные технологии здравоохранения. А вместе с этим растет и роль специалистов со средним медицинским образованием. С целью сокращения расходов на здравоохранение средний медицинский персонал может частично взять на себя задачи врачей и сделать более эффективным взаимодействие врачей с пациентами.

Многочисленные исследования экономической эффективности, проводившиеся за рубежом, показали, что рентгенлаборант может быть высокоэффективным поставщиком медицинских услуг. Может оказывать равноценное по значимости, а в отдельных случаях даже более качественное медицинское обслуживание при меньших затратах, чем это делают врачи. Таким образом, можно говорить о потенциальном снижении уровня затрат на обслуживание пациента.

Рентабельность использования специалистов со средним медицинским образованием начинается с их профессиональной подготовки. Американская ассоциация колледжей по сестринскому делу показала, что стоимость подготовки таких специалистов составляет около 20–25% от стоимости подготовки врачей. В 2009 году общая средняя стоимость обучения медицинских сестер была меньше, чем стоимость обучения врача за один год (AANP 2010). Сопоставимые цифры экономии бюджета связаны и с уровнем заработной платы. Так, в 1981 году почасовая стоимость специалистов со средним медицинским образованием составляла треть заработной платы врача, и эта разница сохранялась неизменной на протяжении 30 лет.

В 2012 году были применены методы моделирования для прогнозирования возможностей повышения рентабельности загрузки среднего медперсонала. Перримэн с соавт. (2012) проанализировали потенциальные экономические результаты, ожидаемые при большей загрузке указанной профессиональной группы, равно как и от внедрения в работу других передовых сестринских практик. Полученный результат показал значительную экономию, которая с течением времени постоянно увеличивалась.

## Кто такой рентгенолаборант и каковы его функции в работе отделения лучевой диагностики?

Рентгенолаборанты выполняют важную функцию в такой быстро развивающейся отрасли медицины, как радиология. Они играют важную роль в обеспечении высокого качества рентгенологического изображения, а также в коммуникациях с пациентом — в частности, в плане уменьшения психологического дискомфорта перед процедурой. Грамотный и опытный рентгенолаборант является правой рукой и незаменимым помощником врача-диагноста.

В зависимости от медицинского учреждения и видов процедур в обязанности рентгенолаборанта отделения лучевой диагностики входит:

- Помощь больным, разъяснения по вопросам проведения исследований: рентгенолаборант играет ключевую роль в подготовке пациентов, объясняя каждый этап процесса медицинской визуализации, помогая развеять опасения пациента по поводу исследования.

- Подготовка пациентов к процедуре, включая размещение на столе. От того, насколько правильно произведена «укладка» пациента, во многом зависит качество диагностического изображения.

- Оценка состояния пациента до и после исследования.

- Наблюдение за жизненно важными показателями пациента: рентгенолаборант должен уметь критически анализировать любые изменения в состоянии пациента и вовремя сообщать об этих изменениях врачу.

- Контроль за внутривенным введением контрастного вещества: по назначению врача рентгенолаборант может вводить пациентам контрастные препараты, такие как барий, йод, гадолиний или радиофармпрепарат, для лучшего распознавания полученных изображений.

- Введение необходимых лекарственных препаратов.

- Мониторинг восстановления и выписки пациентов после процедуры: после проведенного исследования рентгенолаборант оценивает качество полученных изображений и дает рекомендации пациентам об их дальнейших действиях.

Таким образом, рентгенолаборант проводит пациента шаг за шагом через всю процедуру, освобождая врача-диагноста от рутинных задач и позволяя ему сосредоточиться на расшифровке и интерпретации диагностических изображений, постановке окончательного диагноза.

Рассказывает Е.В. Панина, ведущий специалист по «Лабораторному делу в рентгенологии» ГБУЗ НПЦМР ДЗМ, член аттестационной комиссии:

— Рентгенолаборант должен быть в курсе современных тенденций, вновь появляющихся методов исследования, обладать обширными знаниями и практическими навыками, компетенциями в области радиационной безопасности и гигиене труда. Рентгенолаборант выполняет не рутинные функции, которые могут наскучить с годами. Каждый пациент уникален, и работа рентгенолаборанта очень ответственна и непроста. При этом она крайне разнообразна и увлекательна, особенно для тех, кто интересуется новыми технологиями, кто стремится быть в курсе последних тенденций в медицине.

## Как и куда движется развитие лабораторного дела в лучевой диагностике?

Очевидно, что подготовка специалистов широкого профиля, хорошо разбирающихся в современных методах лучевой диагностики, владеющих навыками диагностических манипуляций, умеющих оказать необходимую помощь пациенту, — дело ответственное и достаточно сложное. Обучение и воспитание таких «профессионалов среднего звена» требует объединения усилий как организаторов здравоохранения, так и врачей, и самих специалистов.

Рассказывает С.П. Морозов, главный внештатный специалист по лучевой диагностике Департамента здравоохранения города Москвы:

— В рамках новой «Концепции службы лучевой диагностики Москвы» сегодня задается новый стандарт функционала рентгенолаборанта. Стандарт направлен на повышение эффективности работы отделений лучевой диагностики, улучшение обслуживания пациентов и облегчение работы врача. Возрастет значимость рентгенолаборанта, переводя его работу на качественно новый уровень.

Конечно, превращение рентгенолаборанта из «сотрудника среднего звена» в «правую руку врача» — процесс долгий, требующий системной работы и совместных усилий. Необходимо менять подходы к обучению рентгенолаборантов, создавать новые образовательные программы с новым форматом. В рамках развития «Концепции радиологии Москвы» мы формируем единую базу молодых специалистов — кадровый резерв рентгенолаборантов. Естественно, что внедрение этих изменений требует тщательной оценки инвестиций — как материальных, так и временных затрат. Эту задачу должны решать организаторы здравоохранения, экономисты, которые с помощью различных инструментов оценки технологий анализируют обоснованность внедрения тех или иных изменений в отрасли.

Подготовкой специалистов такого профиля в Москве занимается НПЦ медицинской радиологии. Осознавая роль рентгенолаборанта в развитии специальности, НПЦ медицинской радиологии уделяет особое внимание лабораторной службе в лучевой диагностике.

#### **Основные направления развития рентгенолабораторного дела включают:**

- Модификацию образовательных программ — расширение направлений обучения, включая курсы лидерства и менеджмента, изменение формата программ с лекционных на кейс-технологии; вовлечение рентгенолаборантов в процесс усовершенствования и внедрения изменений в отделении.
- Создание образовательной базы — накопление базы кейсов и ситуационных задач.
- Изменение подходов к аттестации специалистов, внимание к оценке практических навыков.
- Формирование единой базы молодых специалистов / кадрового резерва рентгенолаборантов.
- Формирование типовых критериев мотивации рентгенолаборантов.
- Анализ трудозатрат, оплаты труда, нормирование рабочего времени и предложения по улучшению условий труда.
- Оценку эффективности и экономической целесообразности «усиления» среднего звена и обоснованность внедрения изменений.
- Утверждение нового стандарта функционала рентгенолаборанта и подготовка к внесению изменений в содержание профстандарта.

Только объединив усилия руководителей среднего звена, рентгенолаборантов, практикующих врачей, организаторов здравоохранения, специалистов по управлению кадрами, можно добиться достойного результата. Последовательная и системная работа, нацеленность на результат и вера в успех — вот что лежит в основе успешных проектов.

Сегодня роль врача-радиолога уже не ограничивается только интерпретацией изображений. Задачи врачей-радиологов постоянно расширяются, и, чтобы охватить весь спектр поставленных задач, им необходима надежная поддержка в лице рентгенолаборантов. Только благодаря пониманию изменений в роли специалистов лучевой диагностики — как врачей, так и сотрудников среднего звена — лучевая диагностика сможет выйти на качественно иной уровень эффективности, безопасности и качества.

# ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СТАЦИОНАРА

Медицинская сестра – одна из наиболее востребованных профессий в современном мире, предполагающая наличие определенных нравственных и психологических качеств у человека, ее избравшего, а также необходимой профессиональной подготовки. Возрастающая сложность и высокая технологичность эндоскопических манипуляций ставит эндоскопическую сестру на уровень партнера врача, ассистента врача-эндоскописта.

**Эльвира АЛИМОВА**, старшая медицинская сестра Туберкулезной клинической больницы № 3 им. профессора Г.А. Захарьина Департамента здравоохранения города Москвы

Проведение эндоскопических диагностических исследований, лечебных манипуляций осуществляется совместной слаженной работой эндоскопической бригады, которая состоит из врача-эндоскописта и одной или двух медицинских сестер эндоскопического отделения.

Весь объем работы, выполняемой эндоскопической сестрой ежедневно, можно условно разделить на два направления:

- подготовка пациента к исследованию, ассистирование врачу-эндоскописту при проведении эндоскопических исследований и манипуляций, послеоперационное наблюдение больных;
- обработка и подготовка к исследованию эндоскопического оборудования и инструментария, рабочего места, ведение учетной документации.

При проведении эндоскопии медицинская сестра участвует в четырех последовательных этапах исследования.

1. Подготовка пациента (местная анестезия), его укладка на манипуляционный стол, установка необходимых принадлежностей, забота о его психологическом комфорте до и во время исследования.
2. Непосредственное участие в проведении эндоскопического исследования и манипуляции. Эндоскопическая сестра знает алгоритм выполняемой эндоскопии, владеет навыками работы с необходимым инструментом, осуществляет постоянный мониторинг его работоспособности, своевременно проводит маркировку извлеченного материала. Слаженность действий врача и медицинской сестры, понимание и критическая оценка происходящих во время манипуляции изменений являются необходимыми условиями для ее качественного выполнения.

3. После завершения эндоскопии медицинская сестра передает пациента в лечебное отделение или наблюдает его на месте.

4. Проводит сортировку, разборку инструментария для его дальнейшей обработки.

Весь персонал эндоскопического отделения соблюдает принципы инфекционного контроля, что способствует поддержанию безопасной среды, в которой невозможна передача инфекции к пациентам и сотрудникам. Это правило относится к каждому в отдельности и ко всем видам проводимых эндоскопических процедур.

Диапазон безопасности при обработке гибких эндоскопов достаточно узок. Малейшее отклонение от рекомендованного протокола обработки может привести к выживанию микроорганизмов и к повышению риска инфицирования.

Обучение инфекционному контролю — это крайне важный аспект в деле профессиональной ориентации и непрерывного образования всего персонала, включая врачей, медицинских сестер, которые работают в учреждении, где проводится эндоскопия.

В эндоскопическом отделении выполняются диагностические и лечебные манипуляции по следующим видам исследований: фибробронхоскопия (при необходимости с селективной бронхографией), ригидная бронхоскопия, фиброларингоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия; исследования через свищи и дренажи; все виды биопсий, включая трансбронхиальную биопсию лимфоузлов и чрезбронхиальную биопсию легких; оперативные вмешательства: эндоскопические операции на бронхиальном дереве (реканализация бронхов при кольцевидных рубцовых стриктурах, прижигание грануляций при стенозах бронхов, установка эндобронхиальных клапанов).

В плановом порядке диагностическая фибробронхоскопия производится при подозрении на опухоль трахеи, центральных и мелких бронхов, при кровохарканье, при воспалительных процессах в бронхах и легких, в том числе и при туберкулезе, для морфологической верификации процесса при диссеминированных процессах в легких и периферических образованиях.

При бронхоскопии можно обнаружить, качественно оценить и записать в цифровом формате патологические изменения на внутренней оболочке трахеи, крупных и мелких бронхов, различные аномалии их развития, инородные тела и т.д. При этом удастся также определить эластичность или ригидность стенок трахеи и бронхов, их активную подвижность или пассивную смещаемость при дыхании, спазм или расширение, т.е. выяснить не только морфологическое, но и функциональное состояние трахеобронхиальной системы.

Бронхоскопия также дает возможность получить для исследования содержимое бронхоальвеолярного дерева.

Бронхологическое исследование предусматривает комплекс различных эндобронхиальных и трансбронхиальных микрохирургических вмешательств биопсийного характера. Биопсия часто является единственным методом, позволяющим установить точный морфологический диагноз.

Для биопсии используют различные технические приемы:

- скусывание щипцами (щипцовая биопсия);
- соскабливание щеточкой (браш-биопсия);
- аспирационная биопсия.

Выбор приема ориентировочно определяют заранее в зависимости от рентгенологических данных, но окончательно устанавливают в процессе бронхоскопии. Для получения более достоверных данных разные приемы часто сочетают. При щипцовой биопсии можно получить кусочек ткани, достаточный по величине для гистологического исследования. Соскабливание, пункция рассчитаны на получение материала для цитологического исследования в случаях, когда щипцовую биопсию провести невозможно.

Бронхоскопия жестким бронхоскопом проводится в операционной под наркозом с применением искусственной вентиляции легких. Через жесткий бронхоскоп удобнее удалять инородные тела и осуществлять эндоскопические операции в просвете трахеи и бронхов, производить тампонаду бронхов при массивных кровотечениях.

Мы работаем не только у себя в кабинете, но и в оперблоке, отделениях реанимации.

Во время операции проводится контроль за состоянием культи резецированного бронха и при необходимости санационная бронхоскопия.

Тяжелым больным диагностические исследования проводятся в отделении реанимации.

Наряду с диагностическими бронхоскопиями мы проводим лечебные бронхоскопии. Лечебные бронхоскопии проводятся 2 раза в неделю. Во время лечебных бронхоскопий удается восстановить дренажную функцию бронхов, удаляя гнойное содержимое бронхиального дерева, проводить целенаправленное воздействие на микрофлору бронхов и вводить препараты, снижающие вязкость секрета. При лечебных бронхоскопиях широко используется NO терапия (аппарат «Плазон»). Терапия оксидом азота является проверенным методом в лечении специфических и неспецифических поражений бронхов при туберкулезе, а также туберкулезных эмпием плевры.



В последние годы в России и во многих странах мира увеличилось число тяжелых, быстро прогрессирующих и нередко приводящих к летальному исходу форм туберкулеза легких. В этих условиях существенно возрастает роль немедикаментозных малоинвазивных исследований и методов лечения, особенно при таких осложнениях, как легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, острая и подострая эмпиема плевры, просачивание воздуха по дренажам после хирургических операций на легких.

Одним из методов лечения заболеваний легких и их осложнений является применение эндобронхиального клапана. Принципиально новым в этом методе лечения туберкулеза легких, включая лекарственно-устойчивые формы, является создание лечебной гиповентиляции в пораженном участке легкого с сохранением дренажной функции заблокированного бронха и полости деструкции. Установка клапана производится как жестким бронхоскопом под наркозом, так и фибробронхоскопом под местной анестезией.

Клапан позволяет отходить из очага поражения воздуха, мокроты, бронхиальному содержимому при выдохе

и кашле. При этом обратного поступления воздуха в пораженные участки легкого не происходит, тем самым достигается постепенное состояние лечебной гиповентиляции и ателектаз легочной ткани.

Клапанная бронхоблокация является эффективным малоинвазивным немедикаментозным методом лечения различных форм туберкулеза легких, включая лекарственно-устойчивые формы и его наиболее частые осложнения, такие как легочное кровотечение, бронхоплевральные свищи.

Работа медицинской сестры в эндоскопическом отделении прежде всего связана с использованием и обслуживанием сложной электронной техники и дорогостоящей аппаратуры. Медицинская сестра как непосредственный партнер врача должна быть собранной, внимательной, хорошо ориентироваться в последовательности этапов проводимых обследований, знать показания и противопоказания к исследованиям, быть готовой к оказанию неотложной помощи при критических состояниях. Для успешной работы необходимы рабочий контакт между врачом и медицинской сестрой, полное взаимопонимание и доверие.

Обследования	Всего		
	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Бронхоскопия	3082	2589	2898
Гастроскопия	797	743	1328
Колоноскопия	21	23	50
ФЛС	46	41	73

Количество проведенных эндоскопических обследований в 2013–2015 г.



# РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛЕЧЕНИИ И УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Отделение реанимации и интенсивной терапии №4 ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» приняло первых пациентов в апреле 2013 года. Отделение рассчитано на 12 реанимационных коек и функционирует в составе первичного сосудистого отделения больницы, которое включает в себя также отделение неврологии для больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

**Ирина ТИШИНА**, старшая медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии № 4 ГКБ № 52 Департамента здравоохранения города Москвы

Первичное сосудистое отделение работает по программе, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».

Появление такой сосудистой программы непосредственно для больных с инсультами обусловлено тем, что в последние годы в России распространенность сосудистых заболеваний растет, что ведет к увеличению летальности и инвалидизации населения.

По данным Национального регистра инсульта, 30% пациентов, перенесших это заболевание, нуждаются в посторонней помощи в уходе за собой, 20% не могут самостоятельно ходить и лишь каждый пятый может вернуться к прежней работе. В 2006 году разработана и принята целевая Программа Министерства здравоохранения и социального развития «Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга в Российской Федерации», которая была включена в приоритетный



**НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПО БОРЬБЕ С ИНСУЛЬТОМ ПРОВОДИЛА ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ ПОКАЗАЛИ, ЧТО В РОССИИ ПРОЦЕНТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ КОЛЕБЛЕТСЯ ОТ 30 ДО 100%.**

необходимо создание специализированных отделений.

Ими и стали первичные сосудистые отделения, одним из которых и является наше отделение реанимации.

В нем оказывается помощь больным с острым нарушением мозгового кровообращения различного генеза (ишемический инсульт, геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака, гипертонический криз, осложненный острой гипертонической энцефалопатией), а также больным с нарушениями жизненно важных функций организма вследствие развития острого нарушения мозгового кровообращения (кома, нестабильная гемодинамика, вторичные осложнения вследствие инсульта).

В ОРИТ №4 имеется весь спектр самого современного оборудования, позволяющего оптимизировать процесс лечения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в первые часы от поступления в стационар. Это оборудование для проведения искусственной вентиляции легких, мониторинга показателей гемодинамики (АД, ЧСС и др.) в круглосуточном режиме, для проведения искусственной гипотермии, для дозированного введения лекарственных препаратов и контроля



**ПО ДАННЫМ НАЦИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА ИНСУЛЬТА, 30% ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, НУЖДАЮТСЯ В ПОСТОРОННЕЙ ПОМОЩИ В УХОДЕ ЗА СОБОЙ, 20% НЕ МОГУТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ХОДИТЬ И ЛИШЬ КАЖДЫЙ ПЯТЫЙ МОЖЕТ ВЕРНУТЬСЯ К ПРЕЖНЕЙ РАБОТЕ.**

Национальный проект «Здоровье» на 2008–2010 годы. Речь идет о многостороннем решении проблемы сосудистых заболеваний мозга и сердца.

Национальная ассоциация по борьбе с инсультом проводила исследования, которые показали, что в России процент госпитализации больных с инсультом колеблется от 30 до 100%. Лечение проходит, как правило, в общих неврологических, иногда в терапевтических отделениях или на дому. Но для эффективного обследования и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения

уровня глюкозы в крови с адекватным подбором дозы инсулина. Мобильное диагностическое оборудование (аппарат для проведения УЗИ экспертного класса, электроэнцефалограф, электрокардиограф, аппарат для проведения рентгенографии и др.) позволяет проводить обследование больных непосредственно в отделении реанимации.

Так как отделение реанимации является единственным на сегодняшний день, расположенным в корпусе, то в него госпитализируются и другие пациенты с различными заболеваниями, имеющие нарушения витальных функций или требующие проведения интенсивной терапии. В отделение поступают больные не только из приемного и других отделений стационара, но и по направлению скорой медицинской помощи (минуя приемное отделение).

С момента поступления пациента в ОРИТ № 4 его окружают специалисты, которые работают как единая команда с четкой согласованностью действий. В эту команду входят врачи анестезиологи-реаниматологи и неврологи, медицинские сестры и младшие медицинские сестры.

Современная лечебно-диагностическая тактика невозможна без участия других служб больницы: отделений функциональной диагностики, лучевой диагностики, клинико-диагностической лаборатории, ангиографии, лечебной физкультуры и др.

Совместная работа с узкопрофильными специалистами — кардиологами, нефрологами, хирургами, урологами, офтальмологами, оториноларингологами — позволяет оптимизировать процесс лечения пациентов с инсультами. Реаниматология как клиническая дисциплина играет важную роль в медицинской практике. Поэтому медицинские сестры отделения реанимации должны обладать не только теоретическими, но и практическими знаниями в области реаниматологии, знать современное оборудование. Немаловажное значение имеет подход медицинской сестры к пациенту — ее желание и умение работать с больными. Современные достижения медицинской науки и техники значительно расширили возможности эффективного лечения пациентов, состояние которых ранее считалось безнадежным. Борьба за жизнь таких пациентов становится возможной при условии интенсивного проведения лечебных мероприятий, включающих применение различной аппаратуры и сложных реанимационных приемов. Работа медицинской сестры реанимационного отделения сопряжена с большими психологическими и физическими нагрузками. Поэтому медицинская сестра, работающая в таком отделении, должна быть своего рода психологом. Роль реанимационной медицинской сестры в выживании пациентов очень велика, так как в большинстве случаев в отделении реанимации лечат крайне тяжелых, а иногда и безнадежно больных пациентов, которые совершенно беспомощны и не могут самостоятельно реализовать ни одну из своих потребностей. Они полностью зависят от медицинских работников, их квалификации, милосердия, душевного тепла, внимания и ответственности, поэтому в отделении реанимации работают медицинские сестры, которые четко представляют себе, какая ответственность ложится на их плечи. Каким бы совершенным оборудованием и лекарственными средствами не было обеспечено отделение реанимации, конечный результат определяют те, кто постоянно находится рядом с пациентом и готов в любой момент прийти ему на помощь.

Участие медицинской сестры в лечении пациентов не менее важно, чем участие врача, так как конечный результат зависит от тщательной подготовки пациента к лечебно-диагностическим процедурам, пунктуального выполнения назначений врача, грамотного ухода за пациентом в период реабилитации. Медицинская сестра отделения реанимации должна четко ориентироваться в малейших изменениях в состоянии пациента и показателях следящей аппаратуры, чтобы в случае развития критической ситуации оказать необходимую помощь пациенту. Для того, чтобы полноценно оценить состояние пациента, медицинской сестре необходимо:

- подключить больного к монитору с постоянным измерением артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, сатурации кислорода, температуры тела и занести данные в карту интенсивного наблюдения;
- уметь снять электрокардиограмму;
- произвести забор всех анализов по стандарту ведения больного с ОНМК;
- подготовить пациента к проведению обследований — компьютерной томографии, рентгенологическому



**С МОМЕНТА ПОСТУПЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ОРТ № 4 ЕГО ОКРУЖАЮТ СПЕЦИАЛИСТЫ, КОТОРЫЕ РАБОТАЮТ КАК ЕДИНАЯ КОМАНДА С ЧЕТКОЙ СОГЛАСОВАННОСТЬЮ ДЕЙСТВИЙ. В ЭТУ КОМАНДУ ВХОДЯТ ВРАЧИ АНЕСТЕЗИОЛОГИ-РЕАНИМАТОЛОГИ И НЕВРОЛОГИ, МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ И МЛАДШИЕ МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ.**



**УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ НЕ МЕНЕЕ ВАЖНО, ЧЕМ УЧАСТИЕ ВРАЧА, ТАК КАК КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЗАВИСИТ ОТ ТЩАТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТА К ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕДУРАМ, ПУНКТУАЛЬНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ ВРАЧА, ГРАМОТНОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ.**

исследованию органов грудной клетки, ультразвуковых исследований брахецефальных сосудов и транскраниальной доплерографии, ультразвукового исследования сердца; подготовить пациента к консультации окулиста, а также в зависимости от вида инсульта — нейрохирурга и ангиохирурга.

Также медицинская сестра проводит оценку риска развития пролежней по шкале Ватерлоо и самостоятельно строит программу по профилактике пролежней с оформлением протокола противолежневых мероприятий (на основании приложения 1 к Приказу Минздрава России от 17.04.2002 № 123 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни»).



**НЕЛЬЗЯ ИГНОРИРОВАТЬ ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ, У КОТОРЫХ ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОНМК ИЗМЕНЕНО СОЗНАНИЕ, ИМЕЮТСЯ РЕЧЕВЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ.**

Для восстановления нормальных движений у больного с инсультом огромное значение имеют укладки и лечение положением, при котором больного специальным образом укладывают в постели так, чтобы создать наилучшие условия для восстановления функций парализованной руки и ноги.

Когда речь идет о пациентах с ОНМК, мы часто сталкиваемся с нарушенным глотанием (дисфагией), она отмечается почти у 30% больных в остром периоде заболевания (в течение первой недели инсульта). В связи с этим недостаточное питание и дегидратация находятся в центре внимания. Медицинские сестры играют важную роль в ведении больных с дисфагией и уходе за ними.

Одним из направлений работы медицинской сестры являются мероприятия общего ухода. Можно грамотно подобрать терапию, но, не обеспечив надлежащий уход, полностью перечеркнуть всю работу с пациентом. Современная медицинская сестра перестает быть просто помощником врача, механически выполняя его назначения. Высококвалифицированная практикующая сестра должна иметь достаточно знаний и навыков, а также уверенности, чтобы планировать, осуществлять и оценивать уход, отвечающий потребностям отдельного пациента. В этой ситуации незаменимым помощником является младшая медицинская сестра.

С момента поступления пациента в стационар медицинская сестра находится в постоянном контакте с ним. Нельзя игнорировать определенные особенности общения с пациентами, у которых вследствие перенесенного ОНМК изменено сознание, имеются речевые и когнитивные нарушения, эмоционально-личностные изменения. Тактика коммуникации с такими пациентами формируется, исходя из этих индивидуальных особенностей. Медицинским сестрам следует быть спокойными, не торопиться, не обижаться и не ссориться с пациентом, прислушиваться и быть внимательными к его словам, наблюдать за языком тела пациента и контролировать собственный язык тела.

На основании изложенного можно сделать вывод о том, насколько важна роль медицинской сестры в отделении реанимации в качестве полноправного участника лечебного процесса.

Еще раз подчеркну, что реанимация должна рассматриваться как комплексный процесс, целью которого является сведение к минимуму функциональных последствий и негативных влияний заболевания (в данном случае инсульта) на жизнь пациента и ухаживающих за ним лиц, повышение самостоятельности пациента. Роль медицинской сестры в этом процессе уникальна.

В отделении реанимации лежат тяжелые пациенты. Если опустить всю сложную медицинскую терминологию о поддержании витальных функций организма, можно сказать просто: они находятся между жизнью и смертью. И во многом именно от профессионализма врачей и среднего и младшего медицинского персонала, который здесь работает, зависит, вернутся они к своим родным или нет...

# РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ

На современном этапе в России уделяется большое внимание развитию клинической лабораторной диагностики. Лабораторная медицина в настоящее время по количеству предоставляемой информации одна из самых объемных отраслей клинической медицины. Получаемые данные — базис для работы медиков самых разных специализаций. В формировании этого базиса немалую роль играет средний медицинский персонал лабораторий.

**М.Ф. ЛАТЫПОВА, А.Г. МЕЛКУМЯН, В.Г. СТРЕБКОВ, О.И. ИВАНУШКИНА, А.В. ЭМАНУЭЛЬ,**  
ГБУ «НИИОЗММ ДЭМ»

## **Трансфер технологий**

В настоящее время в городе Москве проводится реорганизация лабораторной службы, основой которой является централизация лабораторных исследований. Осуществлено создание централизованных клинико-диагностических лабораторий, их переоснащение, укомплектование квалифицированным персоналом, отработаны маршруты движения биологического материала.

В концепции развития системы здравоохранения до 2020 года инструментами для достижения целей, поставленных перед лабораторной диагностикой, стали внедрение инноваций и трансфер технологий. Информатизация и централизация лабораторных исследований приводят к повышению эффективности исследований и качества предоставляемых услуг, а также к сокращению затрат на обеспечение лабораторного анализа.

В рамках этого подхода была проведена централизация сбора и обработки данных лабораторных анализов. В соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы № 1051 от 12.12.2014 г. «О мероприятиях по оптимизации деятельности клинико-диагностических лабораторий медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, выполняющих лабораторные исследования населению, получающему первичную медико-санитарную помощь» сформирована единая трехуровневая система лабораторной службы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Все это позволило существенно повысить доступность лабораторно-диагностической помощи населению, обращающемуся в амбулаторно-поликлиническую сеть.

### **Трехуровневая система**

1. Клинико-диагностические лаборатории I уровня с сетью пунктов приема биологического материала.
2. Окружные централизованные клинико-диагностические лаборатории II уровня.
3. Централизованные клинико-диагностические лаборатории III уровня.

### **Основные задачи централизованной клинико-диагностической лаборатории**

1. Проведение лабораторных исследований для всех обслуживаемых медицинских организаций.
2. Освоение новых методов исследований, имеющих наибольшую аналитическую и диагностическую надежность.
3. Повышение качества лабораторных исследований путем проведения систематического контроля качества.
4. Экономическое и эффективное использование лабораторной техники, реактивов и биопрепаратов.
5. Повышение эффективности труда работников лаборатории.
6. Повышение квалификации специалистов.

### **На службе пациента и врача**

Для проведения централизованных лабораторных исследований у пациентов в процедурных кабинетах (в медицинских организациях по месту жительства, в амбулаторно-поликлинических центрах, в прикрепленных окружных стационарах и специализированных медицинских учреждениях) ежедневно (по рабочим дням) по направлениям лечащих врачей берется кровь и другой биоматериал, которые доставляются в окружные централизованные клинико-диагностические лаборатории (ЦКДЛ II–III уровень) санитарным автотранспортом медицинских организаций в сопровождении курьеров в течение рабочего дня.

Городские больницы и специализированные медицинские учреждения, находящиеся на территории административных округов с целью обеспечения пациентов полным перечнем лабораторных исследований (в том числе редких, дорогостоящих) и повышения рентабельности имеющегося парка оборудования, при необходимости используют возможности окружных централизованных лабораторий.

В централизованных лабораториях II уровня прием проб осуществляется ежедневно в течение рабочего дня. Все ЦКДЛ работают в двухсменном режиме с 8:00 до 20:00. При большом количестве биологических проб время работы лабораторного оборудования продлевается, при этом работающее оборудование обслуживает дежурный оператор. Биохимические и иммунохимические исследования выполняются в течение 1 рабочего дня, результаты выдаются на следующий день.



Для обеспечения населения города редкими и дорогостоящими лабораторными исследованиями (исследования иммунного статуса, определение гуморального и клеточного иммунитета, аутоантител, проведение ПЦР-исследований, определение расширенной панели онкомаркеров, гормонов, определение тестов резорбции костной ткани), результаты которых востребованы врачами разных специальностей, создана ЦКДЛ III уровня на базе ГБУЗ «Диагностический центр лабораторных исследований ДЗМ». На нее возложены обязанности по выполнению дорогостоящих, редких (в том числе не входящих в перечень услуг ОМС) лабораторных исследований как бесплатно, так и на договорной основе для медицинских организаций и населения города Москвы.

Активно создаются автоматизированные рабочие места для врачебного и среднего медицинского персонала лабораторий. В 2017 году планируется внедрение комплексных информационно-аналитических систем в практическую деятельность ЦКДЛ медицинских организаций.

### Унификация результатов

Следует отметить, что в настоящее время медицинские организации, в которых трудятся лабораторные специалисты, существенно различаются по условиям, создаваемым для деятельности клинической лаборатории, — по размещению, оборудованию, удовлетворению потребностей, степени рабочей нагрузки и т.п. Для унификации качества результатов исследований серьезные проблемы создает применение различных методик, видов реагентов. Следует признать, что, помимо этих объективных факторов, в разное лабораторных результатов проявляется влияние и субъективных факторов — недостаточного профессионализма части сотрудников, недостаточной мотивации добросовестного выполнения обязанностей, перегрузки в условиях нехватки персонала. Иногда проявляется и нежелание критично рассмотреть качество своей работы вкуче со ссылкой на отсутствие средств контроля качества.

Интересы пациентов, которым нужна достоверная и точная лабораторная информация, диктуют необходимость внедрения в практику лабораторий российских медицинских организаций системы менеджмента качества в соответствии с ГОСТ Р ИСО 15189, который служит руководством для последовательного совершенствования организации, порядка и результатов деятельности лаборатории как подразделения медицинского учреждения или самостоятельной медицинской организации независимо от размеров лаборатории и исходного положения дел.

### Кадры решают все

Получение качественных результатов лабораторных исследований больного во многом зависит от уровня подготовки, оперативности и качества работы среднего медицинского персонала лаборатории в едином процессе, начиная от назначения лабораторного исследования, взятия биоматериала, его доставки, проведения исследований и заканчивая получением и использованием результатов для выбора оптимального лечения. Чем быстрее будут получены результаты лабораторного исследования и выше их качество, тем быстрее будет поставлен правильный диагноз и выбрана правильная тактика лечения.

## ПОДРОБНОСТИ



### В общем виде

Работа клиничко-диагностической лаборатории представляет собой процесс аналитической переработки входящего в систему материала — образца биологической жидкости — с использованием материальных и трудовых ресурсов (определенных реактивов, пробоподготовительного и аналитического оборудования, труда квалифицированного персонала) и выдачу на выходе продукта этого процесса — информации об исследуемом анализе и/или его содержании в описательной или числовой форме.

Между тем как раз нехватка высококвалифицированного персонала среднего звена — одна из проблем организации полноценной и эффективной работы на уровне государственных клиничко-диагностических лабораторий. Сегодня соотношение между штатными единицами среднего медицинского персонала и врачами составляет только 1,2:1 при международном стандарте 1:8–12 и более.

Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения в части, касающейся специалистов со средним медицинским образованием по клинической лабораторной диагностике, зафиксированы в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

В числе должностей значатся:

- медицинский технолог;
- фельдшер-лаборант (медицинский лабораторный техник);
- лаборант.

### Звенья одной цепи

Медицинский технолог — основное звено в работе лабслужбы. Именно он проводит практически все лабораторные исследования (кроме ряда морфологических). Зафиксированные в нормативных документах должностные обязанности отражают расширение зоны ответственности этих специалистов и включают в необходимые знания для технологов основ микробиологии, фармакокинетики и фармакодинамики основных лекарственных препаратов, а также понимания влияния биологических факторов на результаты исследований, причин и условий возникновения преаналитических и аналитических погрешностей и т.д.

Фельдшер-лаборант (медицинский лабораторный техник) фактически признан эквивалентным и приравнен к медицинскому технологю. Наряду с технологами медицинские лабораторные техники в КДЛ выполняют подавляющее большинство лабораторных исследований и составляют значительную часть кадров КДЛ.

В нашей стране лаборантом раньше мог стать выпускник нелабораторного отделения медицинского училища или колледжа после прохождения 8-месячной переподготовки, но в 541-м приказе квалификационные требования изменились: на должность лаборанта может быть принят только выпускник лабораторного отделения с сертификатом по специальности «Лабораторная диагностика» или



**НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА**

Осуществляет научно-практические разработки в области внедрения систем менеджмента качества (СМК) в сфере здравоохранения



### АЛЕКСАНДР ЦИБИН

НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ОРГАНИЗАЦИИ И КОНТРОЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ:

“ Эффективное функционирование системы здравоохранения невозможно без повсеместного внедрения принципа стандартизации и полноценного контроля за его соблюдением в повседневной работе врача.

- ПОДГОТОВКА К ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
- ПРОВЕДЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХ СЕМИНАРОВ И ТРЕНИНГОВ ПО РАБОТЕ С СМК ДЛЯ ВРАЧЕЙ И РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
- МЕТОДИЧЕСКАЯ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ВНЕДРЕНИИ СМК

**www.niozmm.org**  
+7 (495) 951-20-54  
niozmm@zdrav.mos.ru  
115184, Москва,  
Большая Татарская, 30

медико-профилактического отделения по специальностям «Лабораторное дело» или вновь введенной в 2010 году «Бактериологии». Добавлен ряд положений по санитарно-гигиеническим и санитарно-микробиологическим исследованиям, значительная часть приведенного материала перекликается с разделом о фельдшерах-лаборантах. В целом в должностных обязанностях лаборанта в необходимых знаниях отмечен ряд дополнительных моментов.

## **С высокой продуктивностью**

Специалисты со средним лабораторным медицинским образованием по клинической лабораторной диагностике должны организовать свою работу в лаборатории так, чтобы достичь самой высокой ее продуктивности. Достижение поставленной цели возможно при рациональной организации рабочего места, сокращении затрат труда за счет четкого планирования, что предусматривает последовательность, чередование разных видов и этапов работы, сведение к минимуму непродуктивно затраченного времени; специализации и повышения квалификации; владение навыками работы на современном высокотехнологичном и специализированном лабораторном оборудовании; ведение отчетной документации, использование в работе компьютерных методов обработки информации, соблюдение санитарно-гигиенических нормативов и предупреждение профессиональных заболеваний.

Специалисты по лабораторной диагностике среднего звена на современном этапе стали полноценными участниками лабораторного процесса. Возрастают требования: к качеству и количеству выполняемых ими функций, к современному уровню их профильного и специального образования, к освоению современных научных, технологических и инновационных решений, без которых невозможно осуществлять на должном уровне практическую профессиональную деятельность и быть конкурентоспособными.

### **Основные функции специалиста со средним медицинским образованием в клинко-диагностической лаборатории**

- взятие капиллярной крови;
- подготовка проб биологического материала к отправке в клинко-диагностическую лабораторию;
- оформление транспортной накладной и сбор транспортного контейнера;
- прием и регистрация биологических материалов, поступивших на исследование, проверка соответствия его упаковки и времени доставки необходимым требованиям;
- регистрация полученных проб биологического материала (капиллярная кровь, моча, кал и т.д.) в журнале учета биоматериала;
- выбраковка биологических проб, не пригодных к анализу (бракераж);
- ведение необходимой документации (регистрация, записи в журналах, бланках результатов анализа и т.д.);
- выполнение первичной пробоподготовки;
- проведение лабораторных исследований под руководством врача клинической лабораторной диагностики и самостоятельная подготовка для их проведения лабораторной аппаратуры, реактивов, химической посуды, питательных сред, красящих и дезинфицирующих растворов;
- дезинфекция и утилизация использованных расходных материалов и биоматериала в соответствии с требованиями Санитарно-эпидемиологических правил и нормативов.

# ПО ЕВРОПЕЙСКИМ СТАНДАРТАМ

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов время от поступления пациента с инфарктом миокарда в стационар до завершения операции не должно превышать 60 минут. Для того чтобы им следовать, в ГКБ имени В.В. Вересаева сделано все необходимое. По мнению заведующего отделением анестезиологии-реанимации для пациентов кардиологического профиля Заура Шогенова, без слаженной работы квалифицированного среднего медицинского персонала рассчитывать на качественное лечение пациента невозможно. Ключевую роль в работе отделения играют операционные медицинские сестры и анестезистки.

## **В составе инфарктной сети**

Отделение неотложной кардиологии с блоком кардиореанимации было создано еще в 1994 году, а сегодня оно в числе 24 подобных входит в состав московской инфарктной сети. Именно в такие специализированные кардиореанимационные отделения бригады скорой медицинской помощи доставляют пациентов с острым коронарным синдромом. Для оперативного взаимодействия со службой СМП в отделении установлена информационная система «АС стационар». На экране монитора в режиме реального времени появляется информация о бригадах СМП, которые должны привезти пациента в отделение, и предполагаемое время доезда. Эта информация — первый шаг в отточенной до мелочей работе всей команды отделения.

Временные рамки работы с кардиопациентами очень жесткие, и только благодаря отработанному до мелочей взаимодействию всего персонала и продуманной логистике пациента на сегодняшний день смертность пациентов, поступающих в больницу с диагнозом «инфаркт миокарда», по больнице снизилась до 6%.

— По этому показателю мы работаем на уровне ведущих европейских клиник, — говорит Заур Шогенов.

Заведующий отделением подчеркивает, что при организации помощи пациентам с острым коронарным синдромом крайне важно, чтобы в стационаре кардиореанимационное отделение было агрегировано с отделением рентгеноваскулярных методов диагностики и лечения.



**Первичный осмотр пациента, привезенного бригадой СМП, осуществляется в непосредственной близости от операционной**

### **От пяти до десяти минут**

— Ключевая задача персонала — минимизировать время от поступления пациента в стационар до проведения ему оперативного вмешательства, — говорит Заур Шогенов. — И именно поэтому в нашем стационаре эти два отделения находятся буквально рядом. Не просто в одном корпусе, но на одном этаже. После поступления пациента в остром состоянии уже в кратчайшие сроки (в течение 5–10 минут) мы доставляем его в операционную.

Бригада СМП привозит пациента, минуя традиционное приемное отделение стационара, сразу в отделение, где его уже ждут медицинские сестры и врач. Одна из медицинских сестер оформляет историю болезни, вторая — параллельно со сбором анамнеза врачом берет кровь для всех необходимых кардиологических тестов, проводит другие необходимые предоперационные процедуры, санитарка проводит предоперационную подготовку пациента.

По сути, медицинская сестра — первая, кого видит пациент, попадая в клинику.

Уже при поступлении врач осматривает пациента, говорит о необходимости операции при подтверждении показаний к ее проведению. В операционной бригада тоже наготове.



**Операционная готовится к приему пациентов**



— Быстрота и слаженность работы определяется как территориальным расположением, так и слаженностью работы персонала, — подчеркивает Заур Шогенов. На сегодняшний день показатели работы отделения одни из самых высоких в городе. В месяц через отделение проходят порядка 90—120 пациентов с подтвержденным диагнозом острого коронарного синдрома, из которых на долю инфаркта миокарда приходится порядка 70—80% случаев, то есть тех, кому была проведена экстренная операция.

### **Под постоянным контролем**

После операции пациент возвращается в отделение кардиореанимации. Там тоже ключевую роль в работе с пациентом играют медицинские сестры.

— Львиная доля контакта больного с медицинским персоналом приходится на медицинскую сестру, — рассказывает Заур Шогенов, — которые круглосуточно следят за состоянием больного. Самочувствие и состояние пациента кардиологического профиля — две большие разницы. Пациент может чувствовать себя прекрасно, но реальные показатели его состояния могут приближаться к критическим. Это должна видеть грамотная и высокопрофессиональная медицинская сестра и информировать об этом лечащего врача.

В 2012 году в рамках модернизации в отделении была проведена переустановка

**Медицинские сестры на смене в отделении кардиореанимации**





**На сегодняшний день в отделении имеются 18 функциональных кроватей и 16 многофункциональных панелей**

системы прикроватных мониторов с возможностями центрального мониторингового наблюдения, а также инвазивного контроля центральной гемодинамики. Благодаря оснащению отделения многофункциональными мониторами, постоянно осуществляется контроль за состоянием пациентов. Подобный мониторинг позволяет определить сердечно-сосудистый статус, а также следить за уровнем сознания пациента. Таким образом, за состоянием пациента налажена постоянная система мониторингового наблюдения и контроля за витальными показателями.

### **24 часа – 7 дней в неделю**

Отделение рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения — еще одна важная составляющая сосудистого центра, функционирующего на базе ГКБ имени В.В. Вересаева.

— Круглые сутки 7 дней в неделю, не прекращаясь, идет работа по оказанию экстренной высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, — рассказывает заведующий отделением Сергей Семитко. — Также к нам поступают и плановые пациенты из поликлиник округа для



**Операционная медицинская сестра за работой во время операции**





**В отделении работают только медицинские сестры, прошедшие жесткий кастинг и курс специализации на базе стационара**

обследования и лечения сосудов сердца, головного мозга, почек, висцеральных ветвей аорты, артерий нижних конечностей. Но гораздо больше пациентов, которые поступают по скорой помощи с острым расстройством коронарного кровообращения. Они в течение получаса доставляются в операционную из отделения кардиореанимации. По словам Сергея Семитко, в течение года в его отделении проводится диагностика и лечение 2,5 тысячи больных.

— Это большой для городского стационара объем, — уточняет врач. — Из них больше половины лечим эндоваскулярно.

### **До, во время и после операции**

Одно из ключевых структурных подразделений отделения анестезиологии-реанимации для больных кардиохирургического профиля — операционный блок.

Операции на сердце и магистральных сосудах выполняются как по закрытой методике, так и в условиях искусственного кровообращения. При их проведении применяются современные методы комбинированной анестезии с использованием как внутривенных, так и ингаляционных анестетиков.

#### **Направления работы операционной:**

- операции коронарного шунтирования;
- одномоментное выполнение коронарного шунтирования и каротидной эндартерэктомии у больных с критическими стенозами сонных артерий;
- операции как изолированного протезирования пластики митрального и аортального клапанов сердца, так и в сочетании с коронарным шунтированием;
- операции протезирования аортального клапана из мини-доступа, что позволило снизить риск развития дыхательной недостаточности и других осложнений послеоперационного периода.

Разработаны в операционной и собственные оригинальные технологии. В частности, технология ингаляционной анестезии (изофлураном, севофлураном) и методы защиты сердца и легких при операциях на клапанах сердца (технологии «бьющееся сердце», «дышащие легкие»). В их разработке и реализации в клинической практике принимают непосредственное участие и медицинские сестры отделения. Разработаны и внедрены в ежедневную

практику оригинальные методики по ведению пациентов во время искусственного кровообращения, защиты сердца, управления гемодилюцией и сохранения аутокрови.

Сотрудники отделения обеспечивают кардиохирургическое вмешательство в условиях искусственного кровообращения у больных с ишемической болезнью сердца при приобретенных и врожденных пороках сердца, а также при опухолях сердца, аневризмах грудной аорты, расслаивающих аневризмах аорты.

Применяют методы вспомогательного кровообращения: — внутриаортальная баллонная контрпульсация,

— обходы желудочков сердца центрифужным насосом,

— экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО).

Тонкое знание особенностей течения анестезии и квалифицированная помощь медицинских сестер-анестезистов, операционных медицинских сестер помогает оперировать пациентов даже с самой тяжелой патологией сердечно-сосудистой системы.

После операции пациент сразу поступает в послеоперационную палату 56 ОАР на 12 коек, оснащенную оборудованием экспертного класса для проведения искусственного дыхания, слежения за состоянием больного, автоматизированными системами введения лекарственных средств. Восстановление и риск развития послеоперационных осложнений зависит от того, насколько профессионально подготовлена медсестра. Основная тяжесть ведения послеоперационного периода ложится на медицинскую сестру, которая не только своевременно вводит больному лекарства, но и ухаживает за ним, участвует в кормлении, следит за гигиеническим состоянием кожи и ротовой полости. Медицинская сестра постоянно находится возле больного, поэтому первой замечает ухудшение состояния больного и бывает вынуждена иногда самостоятельно оказать первую помощь. Правильное, своевременное выполнение врачебных назначений, качественный, полноценный уход и чуткое отношение к больному создают условия для быстрого выздоровления.

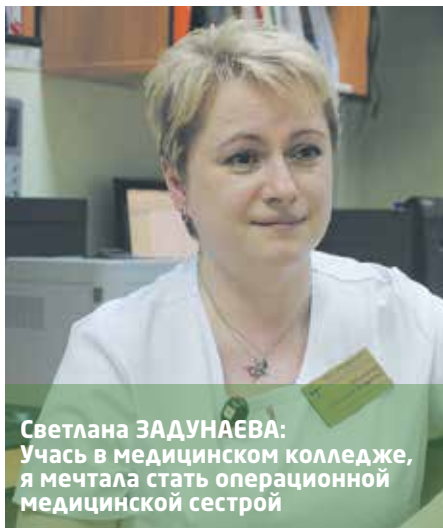
Персонал отделения решает важнейшие задачи. В их числе определение и выбор наиболее подходящего метода анестезии, предоперационной подготовки; обеспечение общей, региональной анестезии для проведения операции, диагностических, лечебных процедур; обеспечение интенсивного наблюдения за состоянием больных, которые находятся в послеоперационном периоде; проведение интенсивной терапии в отделении; своевременное выполнение запланированных врачебных назначений. Без среднего медицинского персонала решение этих задач невозможно.

## **Жесткий отбор**

Очевидно, что для такой интенсивности и эффективности работы кадры должны быть отобраны и подготовлены с особой тщательностью. Для этого на базе стационара медицинские сестры проходят необходимое обучение и получают соответствующую специализацию для работы в отделении.



**Заур ШОГЕНОВ: В слаженно работающем механизме отделения реанимации важнейшую функцию выполняют медицинские сестры**



**Светлана ЗАДУНАЕВА:**  
Учась в медицинском колледже,  
я мечтала стать операционной  
медицинской сестрой

По словам Заура Шогенова, медицинские сестры — одни из самых благодарных слушателей.

— Я 17 лет преподаю, и только последний год стал вести курс для медицинских сестер. Получаю от общения с ними истинное удовольствие. Они слушают меня с горящими глазами, узнавая новые нюансы работы с тем, что они и так вроде бы прекрасно знают, — рассказывает он.

По словам заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом Натальи Гребневой, уже практически все медицинские сестры отделения имеют две квалификации. Это позволяет ротировать состав, одна и та же медицинская сестра может работать на разных позициях, что хорошо и для нее, и для клиники.

— На сегодня в отделении сестринских вакансий нет, — подчеркивает Наталья Гребнева. Попасть на работу в отделение непросто. Как правило, медицинских сестер растят внутри коллектива.

### Ключевое звено

Одна из таких воспитанниц — Светлана Задунаева, старшая операционная медицинская сестра отделения рентгеноэндovasкулярных методов диагностики и лечения, пришедшая в клинику более 20 лет назад. Отделение было сформировано в больнице в 2007 году, и когда начали набирать персонал, в качестве одной из кандидатур была и она.

На вопрос, сильно ли отличается работа в операционной отделении от классических функций операционной сестры, Светлана отвечает:

— Да, отличается кардинально, и в силу своей новизны, и также высокой технологичности. При этом, как и везде в хирургии, необходима высокая слаженность работы всей операционной бригады, что достигается постоянным обучением и совершенствованием навыков. По ее словам, работа в новом отделении — следующий шаг на пути профессионального роста. Уже учась в медицинском колледже Светлана знала, что будет операционной медицинской сестрой.

При наблюдении за работой Светланы и других операционных медицинских сестер в отделении не покидает ощущение, что их объединяет высокий профессионализм и любовь к своей специальности.

— Профессия операционной сестры это, прежде всего, любовь, даже страсть к своему делу. Моя профессия — это моя жизнь, — говорит Светлана. — Конечно, эта работа непростая и тяжелая, но интересная и, безусловно, крайне необходимая.

— В слаженно работающем механизме отделения реанимации важнейшую функцию выполняют медицинские сестры. Медсестры принимают пациента и ведут его вплоть до момента выписки. Какой бы ни был врач, без участия медсестры он пациента не вылечит, — резюмирует Заур Шогенов. — Сегодня нас считают одним из ведущих многопрофильных стационаров города, и мы со своей стороны прилагаем все возможные усилия, чтобы поддерживать тот уровень профессионализма, который позволяет нам считаться таковым. А это возможно только в том случае, если мы будем постоянно учиться сами и работать не покладая рук, если мы будем способны обучать других, и если мы будем соблюдать все правила этики и деонтологии. И в этом нам без квалифицированного среднего медицинского персонала никак не обойтись.

# АРХИТЕКТУРА МЕЖКОРПУСНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ

## Опыт внедрения транспортной бригады в работу многопрофильного стационара

Долгое время одной из актуальных проблем для среднего и младшего медицинского персонала являлся процесс перемещения пациентов внутри стационара. Транспортировка пациентов на лечебно-диагностические процедуры и внутрибольничные переводы занимает достаточно много времени и сил как у медицинской сестры, так и у младшего медицинского персонала. Значительную часть своего рабочего времени сотрудники тратят на неквалифицированный труд, тем самым оставляя без должного внимания выполнение своих непосредственных функций. Последствиями такой организации деятельности отделения являются накапливающаяся физическая усталость сотрудников и снижение профессионального интереса к работе, не говоря уже о качестве медицинской помощи и уходе за пациентами, на которых, безусловно, это сказывается в первую очередь.

Городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения города Москвы является многопрофильным лечебно-диагностическим учреждением, одним из крупнейших в городе Москве, которое оказывает круглосуточную неотложную и плановую медицинскую помощь более чем 54 тыс. пациентов в год. Больница располагает стационаром на 1025 коек (971 койка хирургического, терапевтического, нефрологического, акушерского профиля и 54 реанимационные). На территории больницы 4 лечебных корпуса, которые не имеют межкорпусных переходов. В связи с таким архитектурным решением вопрос межкорпусной транспортировки стоял особенно остро.

Для решения этой проблемы было предложено создать специальную транспортную бригаду. Процесс ее создания состоял из нескольких этапов.

### 1 этап. Подготовительный

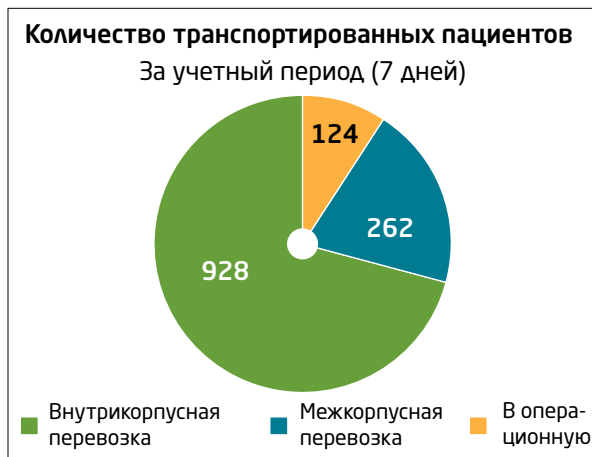
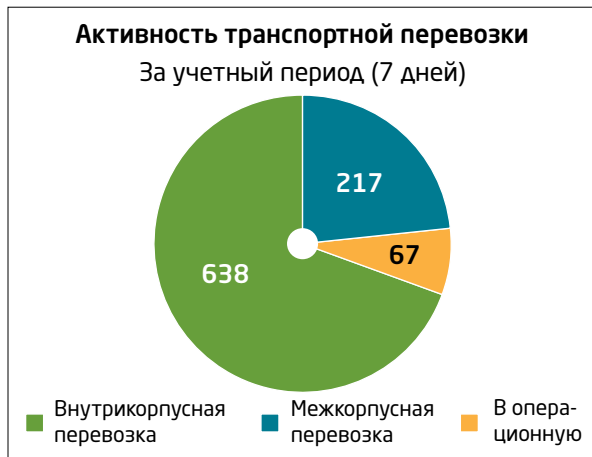
Целью этого этапа стало выявление потребности в транспортировке пациентов в разных отделениях больницы. Был разработан лист учета проводимых транспортировок за сутки. В нем учитывались транспортировки внутри корпуса и межкорпусные. Лист учета предусматривал хронометраж времени, которое занимали те или иные транспортировки. Была проведена разъяснительная работа среди старших медицинских сестер отделений о порядке заполнения листа учета проводимых транспортировок. После этого в отделениях больницы проводилась аналогичная работа с дежурным персоналом.

### 2 этап. Хронометраж

Для изучения потребности в перемещении пациентов в течение суток был проведен хронометраж больницы за 7 дней. Ежедневно дежурная смена подавала данные о проведенных транспортировках. Все полученные данные заводились в единую таблицу, в которой хорошо была



**Елена СОКОЛОВА,**  
окружной внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью СЗАО ДЭМ  
главная медицинская сестра ГКБ № 52  
Департамента здравоохранения города  
Москвы



видна загруженность персонала в данном виде деятельности в зависимости от времени суток и дня недели. В ходе проведения хронометража также фиксировались виды перевозок (на сидячей каталке или лежа).

В результате проведенного хронометража:

- подсчитано общее количество случаев транспортной перевозки пациентов как внутри корпусов, так и межкорпусные перевозки;
- вычислена потребность клинических отделений в транспортной перевозке за указанный период;
- определена потребность в транспортной службе в зависимости от времени суток и дня недели.

### 3 этап. Анализ полученных данных

На основании проведенного хронометража была выявлена потребность в транспортировке по корпусам с учетом времени суток. Эта потребность оказалась разной. Где-то больше использовалась транспортировка внутри корпуса, где-то — между корпусами, а в части случаев — смешанная.

Хронометраж показал, что младший медицинский персонал большую часть дневного времени занят транспортировкой

пациентов. В отделениях, где была низкая укомплектованность младшим медицинским персоналом, к транспортировке привлекались медицинские сестры.

Согласно проведенному хронометражу, в дневное время по причине выполнения работ по транспортировке пациентов младший медицинский персонал отсутствовал в отделении до 30-40% рабочего времени.

При этом медицинские сестры, занятые транспортировкой, также практически отсутствовали на медицинских постах, что сказывалось на качестве выполнения ими своих непосредственных обязанностей.

### 4 этап. Внедрение транспортной бригады в работу отделений

На основании данных хронометража и потребности в разных видах транспортировки было разработано положение о транспортной бригаде, должностные инструкции. Для создания штата транспортной бригады было принято решение вывести из штатного расписания всех отделений больницы от 0,5 до 3,0 ставок младшего медицинского персонала.

Необходимо было четко разработать механизм регулирования работы данного структурного подразделения. При подборе кадров для работы в транспортной бригаде учитывалась тяжесть выполняемой работы, в связи с этим транспортная бригада формировалась преимущественно из мужчин. Все кандидаты на работу в транспортной бригаде проходили собеседование у заведующего и старшей медицинской сестры отделения общепольничного медицинского персонала.

Набор персонала в транспортную бригаду происходил постепенно, по мере подбора кадров. Сначала межкорпусной перевозкой был охвачен один лечебный корпус, затем второй и так далее. Постепенно была обеспечена перевозка и внутри лечебных корпусов.

Для организации работы транспортной бригады в последующем были выделены помещения, а именно:

- диспетчерская;
- раздевалка, комната отдыха и приема пищи;
- душ, туалет.

Персонал транспортной бригады обеспечен рабочей формой одежды для работы в летнее и зимнее время. График работы транспортной бригады с учетом загруженности в разное время суток и в разные дни недели составляет старшая медицинская сестра отделения общепольничного медицинского персонала.

В настоящее время в учебно-методическом кабинете больницы разрабатывается программа обучения работников транспортной бригады правилам перемещения пациентов, вопросам этики и деонтологии. Эту обучающую программу будут проходить все вновь устраивающиеся на работу в транспортную бригаду.



### Задачи транспортной бригады:

- Оперативное решение задач по перемещению и транспортировке пациентов из профильных отделений в диагностические кабинеты и иные лечебные отделения.
- Освобождение среднего и младшего медицинского персонала от выполнения непрофильных функций.



### Функции транспортной бригады:

- Круглосуточное и бесперебойное обеспечение выполнения заявок по транспортировке из отделений.
- Транспортировка пациентов из профильных отделений в диагностические кабинеты или иные лечебные отделения производится по заявкам отделений.
- Обеспечение в пределах своей компетенции защиты сведений, составляющих врачебную тайну, персональных данных пациентов и иных сведений ограниченного распространения.

### Организация работы транспортной бригады

- Заявки из отделений принимает диспетчер транспортной бригады, который распределяет их между работниками. На время отсутствия диспетчера (выходные дни, отпуск, болезнь и пр.) его обязанности выполняет старший смены, назначенный в установленном порядке. Данное лицо приобретает соответствующие права и несет ответственность за ненадлежащее исполнение возложенных на него обязанностей. Место диспетчера оснащено компьютером, городским телефоном для приема заявок из отделений. Во время рабочей смены из отделений подаются заявки на транспортировку пациентов, которые диспетчер принимает по телефону, делая запись в журнале учета приема заявок транспортной бригады.
- Осуществление своевременной транспортировки пациентов производится работниками транспортной бригады на каталках, креслах-каталках и иных средствах передвижения пациентов из лечебных профильных подразделений в диагностические кабинеты и другие лечебные отделения и обратно.

- Осуществление транспортировки пациентов, состояние которых оценивается лечащим врачом как тяжелое или средней тяжести, производится работниками транспортной бригады только в сопровождении медицинского персонала профильного отделения.

### Требования к сотрудникам транспортной бригады:

- Работники транспортной бригады должны бережно относиться к средствам передвижения, предоставленным им из отделений для транспортировки пациентов.
- Работники транспортной бригады при осуществлении транспортировки пациентов должны быть одеты в чистую санитарно-гигиеническую одежду.
- При осуществлении транспортировки работники транспортной бригады обязаны соблюдать принципы этики и деонтологии, уважительно относиться к пациенту, проявлять к нему максимум внимания.

В функции диспетчера входят осуществление рациональной расстановки работников транспортной бригады и организация их труда, обеспечение своевременной и качественной транспортировки пациентов. Диспетчер расставляет кадры в зависимости от нагрузки на тот или иной корпус и корректирует работу бригады в течение рабочей смены в зависимости от количества поступающих заявок.

Для экономии времени при получении новой заявки от диспетчера на осуществление транспортировки в распоряжении санитаров транспортной бригады имеются мобильные телефоны.

### 5 этап. Анализ деятельности транспортной бригады

В связи с увеличившимся оборотом койки, с постоянно увеличивающимся количеством пациентов, нуждающихся в транспортировке в диагностические кабинеты, межкорпусных переводах, мы увидели решение этой наболевшей проблемы в создании транспортной бригады.

При наличии транспортной бригады персонал высвобождается от выполнения непрофильных функций. Увеличивается количество времени для ухода за пациентами и уборки помещений, не нарушаются нормативы физической нагрузки для работающих женщин.

Благодаря хорошо скорректированной работе транспортной бригады обеспечивается бесперебойная доставка пациентов в диагностические кабинеты и переводы их в другие отделения.

Уже с первого дня функционирования транспортной бригады несомненные плюсы стали очевидны не только медицинским сестрам и младшему медицинскому персоналу, но и врачам и, конечно же, пациентам.

# ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ЭФФЕКТИВНОЙ АДАПТАЦИИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

В современных условиях большое значение приобретают вопросы формирования кадровой среды медицинских организаций, которая во многом предопределяет их дальнейший рост и развитие. Немаловажное значение имеет грамотное привлечение и закрепление в кадровом составе молодых специалистов. При этом результативность данного процесса во многом зависит от того, насколько успешно проводится их адаптация в коллективе.

**Яна ГАБОЯН**, к.м.н., заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГКБ № 15 Департамента здравоохранения города Москвы

**Владимир ВЕЧОРКО**, к.м.н., главный врач ГКБ № 15 Департамента здравоохранения города Москвы

Адаптация — один из важных этапов процесса управления средним медицинским персоналом.

Также к нему относятся следующие направления:

- кадровое планирование;
- отбор и прием сотрудников;
- организация труда;
- профессиональный рост и развитие.

Собственно, подбор персонала должен плавно перетекать в систему адаптационных мероприятий, а та в свою очередь в систему оценки и развития кадров.

В контексте управления персоналом данный термин можно определить как процесс и результат успешного приспособления к условиям труда на новом рабочем месте. Адаптация дает возможность молодому работнику достичь профессиональной компетенции в течение достаточно непродолжительного времени, а также интегрироваться в кадровую и социальную структуру организации.



Управление системой адаптации заключается в создании специальных адаптационных процедур, которые должны быть тщательно спланированы и организованы. Зачастую новые специалисты сталкиваются с различными трудностями, основная масса которых порождена отсутствием информации о порядке работы, об организации рабочего места, об особенностях труда и т. д.

С целью изучения мнения специалистов нами проведен опрос среди старших медицинских сестер ГБУЗ «ГКБ № 15 ДЗМ» (всего 60 опрошенных) путем анкетирования. Опрос показал, что большинство — 65,4% — предпочитают принимать на работу медицинских сестер, имеющих опыт работы; 30,8% — молодых специалистов и лишь 3,8% не придают этому значения.

Половина опрошенных считают, что скорость адаптации зависит от индивидуальных особенностей специалистов; 32,7% полагают, что быстрее адаптируются медицинские сестры, имеющие опыт работы, и лишь 17,3% — молодые специалисты. Однако важно отметить, что 57,8% старших медицинских сестер отмечают, что молодые специалисты легче обучаются специфике работы в отделении, новым требованиям. Большинство опрошенных (69,2%) отмечают, что психологическая адаптация в трудовом коллективе зависит от индивидуальных особенностей работника.

На вопрос о проблемах, с которыми сталкиваются молодые специалисты, получены следующие ответы:

- нехватка практических навыков — 94,2%;
- недостаток теоретических знаний — 30,8%;
- неумение контактировать с пациентами — 23,1%;
- неумение контактировать с коллегами — 13,5%.

Среди ответов можно также выделить такие проблемы, как страх, неуверенность, отсутствие интереса к работе.

69,2% опрошенных специалистов отмечают необходимость в проведении контроля уровня теоретической и практической подготовки при приеме на работу.

80,8% старших медицинских сестер считают необходимым проведение занятий при приеме на работу молодых специалистов. Большинство из них (65,4%) полагают, что занятия должны проводиться на базе учебно-методического центра больницы. С целью регулирования процесса профессиональной адаптации целесообразно разработать специальную программу, регламентирующую действия по проведению адаптационной работы с новыми специалистами. Такая программа может способствовать снятию большого количества проблем, возникающих на начальном этапе работы.

Важно, чтобы данная программа включала в себя следующие разделы:

1. Общее представление о медицинской организации (МО).
2. Знакомство с подразделением.
3. Рабочие обязанности и ответственность сотрудника.
4. Информация об оплате труда.
5. Вопросы, связанные с охраной труда.
6. Вопросы социальной защиты.

Таким образом, информацию о новом месте работы сотрудник получает не лавинообразно, а в упорядоченном и структурированном виде, что значительно облегчает процесс вхождения в должность.

Далее новый сотрудник начнет активно включаться в работу и взаимодействовать с коллегами. При этом руководство оказывает поддержку и регулярно проводит оценку эффективности его работы.

Особую роль в формировании стереотипа работы медицинской сестры, характера взаимоотношений с врачами, пациентами и их родственниками играет наставник

— более опытный коллега, помогающий молодому специалисту адаптироваться. Человек формирует собственное поведение, адаптируется в новом коллективе, принимает типичные приемы работы и общения, свойственные данному коллективу, в течение первых трех месяцев со дня поступления на новое место работы. Медицинская среда — одна из немногих, где наставничество гармонично вписывается в культуру профессии. Медицинские знания и умения всегда передавались из уст в уста, и эта традиция сохраняется до сих пор. Однако нужно понимать, что наставничество требует времени, сил и желания поделиться знаниями, приобретенными собственным трудом.

Наставничество позволяет положительно влиять на профессиональное развитие; закрепление и самореализацию; состояние трудовой дисциплины; формирование ценностей. Наставник необходим молодому специалисту как друг и помощник в процессе адаптации; медицинской организации — как связующее звено смены поколений и проводник корпоративной культуры.

Обычно наставниками выбирают старших, закаленных сотрудников, обладающих богатым накопленным опытом и мудростью. Они посредством советов, рекомендаций и иными способами повышают личное развитие своих подопечных, оказывая важное формирующее влияние на их карьеру.

Для унификации наставничества в МО руководством должна быть выработана стратегия развития наставничества, для которой необходимо разработать критерии оценки деятельности структурных подразделений по наставничеству; критерии оценки деятельности наставников; систему материального стимулирования наставников по результатам адаптации; методические пособия по наставничеству.

Перед тем как опытный сотрудник получит статус наставника, он обязательно должен пройти соответствующее обучение. После этого руководство МО совместно с наставниками должно определить оптимальный перечень мероприятий, направленных на цели наставничества, которым он и будет следовать на протяжении всего адаптационного периода.

Положением о наставничестве ГБУЗ «ГКБ № 15 ДЗМ» предусматриваются следующие задачи наставничества:

1. Оптимизация процесса формирования и развития профессиональных знаний, навыков, умений молодых специалистов, в отношении которых осуществляется наставничество.
2. Оказание помощи в адаптации молодых специалистов к условиям осуществления трудовой деятельности.
3. Воспитание профессионально значимых качеств личности молодых специалистов, ознакомление с правилами и традициями больницы и своего подразделения.
4. Содействие выработке навыков профессионального поведения молодых специалистов, соответствующего профессионально-этическим стандартам и правилам.
5. Формирование и развитие ответственного и сознательного отношения к работе.
6. Изучение с молодыми специалистами требований нормативных правовых актов, регламентирующих исполнение должностных обязанностей.
7. Оказание моральной и психологической поддержки молодым специалистам в преодолении профессиональных трудностей, возникающих при выполнении должностных обязанностей.
8. Развитие у молодых специалистов интереса к трудовой деятельности.

Задачи наставничества реализуются проведением наставником воспитательной работы и профессиональной подготовки молодых специалистов, психологической поддержкой.

В частности, задачи наставничества считаются выполненными в случае, если молодой специалист проработал в ГКБ №15 имени О.М.Филатова свыше 1 года.

Чтобы наставничество было эффективным, необходимо следовать следующим правилам:

1. Передаваемые знания должны быть системными. Основные подходы к диагностике и лечению пациентов должны быть приняты во всей МО.
2. Процесс наставничества должен регулироваться одним наставником. Как известно, сколько людей — столько мнений.
3. Наставник должен подавать личный пример. Понятно, что результаты, достигаемые наставником в его собственной работе, отношение к ошибкам, к повышению собственной квалификации, выстраивание отношений с коллегами и пациентами становятся объектом внимания молодого сотрудника.
4. Должна быть возможность посоветоваться с наставником при необходимости. То есть наставник должен быть всегда открыт для диалога.
5. Между наставником и молодым сотрудником должен быть эмоциональный контакт. Поддержка более опытного и зрелого человека помогает в тяжелых, стрессовых, конфликтных ситуациях, позволяет работать более эффективно и формировать правильное отношение к проблемам. В самом начале работы важно, чтобы молодого сотрудника принял коллектив. В этот период наставник становится «защитником» своего подопечного и должен ориентировать молодого специалиста на обучение и рабочий процесс.

Если все эти правила соблюдаются, то и адаптационный процесс для нового сотрудника будет проходить быстрее и легче.

Во многих современных организациях наставничество является эффективной формой адаптации и развития нового персонала. В продвинутых организациях наставничество является неотъемлемым элементом кадровой политики, ключевой частью корпоративного обучения.

Развитие наставничества в МО способствует повышению теоретической подготовки медицинских сестер, совершенствованию практических умений, повышению качества сестринской помощи и престижа профессии, укреплению корпоративного духа в коллективе.

Признаками успешной адаптации являются: овладение необходимыми профессиональными знаниями и навыками (выполнение манипуляций, требований инфекционной безопасности); неукоснительное выполнение требований трудовой дисциплины; появление интереса к организации и к своей работе, ощущения связи с профессией и, как следствие, стремление к профессиональному совершенствованию, росту и развитию; успешное вхождение в коллектив, выстраивание отношений с коллегами, ощущение психологического комфорта.

Если процесс адаптации нового сотрудника руководством пущен на самотек, то завершающий этап (переход к стабильной и результативной работе) наступает примерно через год-полтора. Если же процессом адаптации грамотно управлять, используя приведенную выше схему, то сроки адаптации значительно сокращаются и составляют примерно от трех до шести месяцев.

Конкретное содержательное наполнение мероприятий по адаптации можно сформировать, только зная специфику данного учреждения здравоохранения и конкретного трудового коллектива. Поэтому в каждой организации должна быть своя программа адаптации.

Самое главное — все должно быть абсолютно прозрачно и понятно новому сотруднику.

# ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Система здравоохранения России стремительно реформируется и развивается, внедряются инновационные технологии и методики в диагностике и лечении пациентов. Эффективность реформы в значительной степени зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки среднего медицинского персонала.

**Виктория ДОЛГОВА**, старшая медицинская сестра учебно-методического кабинета ГКБ № 52 Департамента здравоохранения города Москвы

## Предпосылки совершенствования

Среди медицинских организаций особое место отводится крупным многопрофильным стационарам как центрам высокотехнологичной диагностической и специализированной медицинской помощи. Происходящее в последнее время в обществе повышение ценности здоровья обуславливает высокий спрос населения на помощь в крупных многопрофильных учреждениях. Поэтому медицинским организациям уже сегодня необходимо строить свою стратегию, основываясь не только на современных принципах управления, но и уделяя особое внимание кадровому составу.

Современное развитие медицинской науки требует постоянного совершенствования системы повышения квалификации медицинских работников. Поэтому для обеспечения качественного сестринского ухода медицинская сестра должна обладать соответствующим уровнем знаний и высоким профессионализмом. При этом следует отметить, что нормативно-правовая база кадрового обеспечения здравоохранения России остается несовершенной. Объем знаний в медицине удваивается каждые 3 года. Однако повышение квалификации

медицинские работники проходят один раз в пять лет, следовательно, несколько лет до очередного цикла обучения медперсонал работает с явно устаревшими знаниями. Кроме того, в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года», утвержденной 17 ноября 2008 г. распоряжением Правительства РФ №1662-р., был представлен проект документа «Концепция непрерывного медицинского образования (НМО) в РФ».

В нем указано, что одной из основных задач развития здравоохранения, направленных на улучшение здоровья граждан Российской Федерации, является «обеспечение подготовки и переподготовки меди-

цинских кадров на основе непрерывного медицинского образования...». Решение данного вопроса неразрывно связано с проблемами подготовки квалифицированных специалистов сестринских служб. Расширение функциональных обязанностей специалистов со средним медицинским образованием требует постоянного совершенствования знаний и умений. Следовательно, возникает необходимость ориентировать медицинских сестер на непрерывное последипломное образование, и именно такие его формы, которые позволили бы органично интегрировать в практическую деятельность необходимый объем новых знаний в медицине.

К сожалению, до настоящего времени технология реализации принципа непрерывного образования среднего медицинского персонала не разработана, не изучена мотивация работников к повышению квалификации. Существующие социальные гарантии и компенсации для специалистов, желающих повышать свою квалификацию и профессиональную подготовку, на практике не возмещают потери, связанные с отрывом от работы. Поэтому для повышения качества непрерывного медицинского образования возникает необходимость в научном обосновании мероприятий по совершенствованию системы организации последипломной подготовки среднего медицинского персонала на базе многопрофильного ЛПУ с последующей оценкой их эффективности.

### **Приказом по больнице**

ГБУЗ «Городская клиническая больница №52 ДЗМ» — многопрофильное лечебно-диагностическое учреждение, одно из крупнейших в Москве, которое оказывает круглосуточную неотложную и плановую медицинскую помощь более чем 55 тыс. пациентов в год. В числе 1700 сотрудников больницы — 725 медицинских сестер и 452 человека младшего медицинского персонала.

С целью повышения профессионального уровня и усиления роли сестринского персонала в оказании медицинской помощи приказом главного врача в 2015 году в больнице был организован учебно-методический кабинет (УМК). Его работой руководит старшая медицинская сестра. Деятельность УМК определена Положением об учебно-методическом кабинете, а работа руководителя кабинета — должностной инструкцией старшей медсестры УМК.



**ВОЗНИКАЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ ОРИЕНТИРОВАТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НА НЕПРЕРЫВНОЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, И ИМЕННО ТАКИЕ ЕГО ФОРМЫ, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛИЛИ БЫ ОРГАНИЧНО ИНТЕГРИРОВАТЬ В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ НОВЫХ ЗНАНИЙ В МЕДИЦИНЕ.**



**С ЦЕЛЮ ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ И УСИЛЕНИЯ РОЛИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИКАЗОМ ГЛАВНОГО ВРАЧА В 2015 ГОДУ В БОЛЬНИЦЕ БЫЛ ОРГАНИЗОВАН УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ (УМК).**

### Цели и задачи учебно-методического кабинета

1. Анализ и оценка деятельности сестринского персонала учреждения.
2. Непрерывное повышение уровня профессиональных знаний и умений сестринского персонала на рабочих местах с использованием различных форм обучения:
  - Технические учебы, где прорабатывается нормативная и инструктивная документация. Например, новый приказ или нормативный документ подробно разбирается и прорабатывается с той категорией персонала, для которой этот документ является регламентирующим.
  - Мастер-классы. Проводятся при внедрении новых технологий и методик в деятельность медицинской сестры.
  - Школы профессионального мастерства для специалистов различных направлений.
3. Организация и проведение научно-практических конференций, дискуссий, семинаров для медицинских сестер, в том числе с привлечением ведущих специалистов сестринского дела. Узконаправленная тематика семинаров позволяет более детально проработать материал именно с теми, кто непосредственно сталкивается с ним в своей работе.
4. Методическое обеспечение деятельности медицинских сестер — разработка инструкций, памяток, протоколов, карт, пособий, бюллетеней, стендов, алгоритмов.

Деятельность УМК ориентирована на повышение теоретических знаний и совершенствование практических умений и навыков среднего и младшего медицинского персонала. Приоритетные направления — методические разработки и контроль полученных знаний на рабочих местах.

Например, карта наблюдения за сосудистым катетером представляет собой оценочный лист с ежедневным заполнением по датам, в который дежурная медсестра вносит данные о состоянии области катетеризации и отметки о проведении

профилактических мероприятий (промывание катетера, обработка кожных покровов, смена повязки и т.п.). Такой лист наблюдения позволяет отследить все манипуляции, связанные с катетеризацией, а также предупредить развитие осложнений.

При разработке алгоритмов учитывалось функциональное предназначение. ГОСТы, в соответствии с которыми и были разработаны алгоритмы, содержат исчерпывающую информацию по манипуляции: начиная от кодировки услуг и до стоимости в УЕТ. Однако практикующей медицинской сестре часть этой информации ни к чему. Поэтому алгоритмы разработаны исключительно как пошаговый инструмент к выполнению конкретной манипуляции, с

момента обработки рук до записи в медицинской документации о выполненной процедуре.

Для удобства систематизации и хранения всей методической документации в каждом отделении на посту была сформирована учебно-методическая папка, которая пополняется по мере необходимости инструктивной документацией. Таким образом, медицинская сестра имеет абсолютно свободный доступ к папке и в случае необходимости в любой момент может освежить свои знания по той или иной процедуре прямо на рабочем месте.



**КОНТРОЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ,  
ПОЛУЧЕННЫХ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ  
В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ, — НЕОТЪЕМЛЕМАЯ  
ЧАСТЬ ОБУЧАЮЩЕГО ПРОЦЕССА.**

## Неотъемлемая часть обучения

Контроль использования в практической деятельности знаний и умений, полученных медицинскими сестрами в процессе обучения, — неотъемлемая часть обучающего процесса.

При оценке эффективности проводимых учебных мероприятий используется метод проверки исходного и конечного уровня знаний. К примеру, до недавнего времени в нашем стационаре остро стояла проблема ошибок на преаналитическом этапе лабораторной диагностики. Внедрение современных технологий и методик преаналитического этапа в работу медицинского персонала больницы — долгий и трудоемкий процесс, обусловленный недостаточной информированностью сотрудников о принципах работы с современными закрытыми вакуумными системами, а зачастую и нежеланием более опытных работников принимать нововведения в, казалось бы, такой простой манипуляции, как забор крови. Перейдя на закрытые системы забора крови, мы столкнулись с многочисленными проблемами: от нерационального использования расходных материалов до искажения результатов, а иногда и просто невозможностью проведения исследования. Хотя выполнение лабораторных анализов в наши дни максимально автоматизировано, человеческий фактор все же влияет на получаемые результаты. 50–70% ошибок совершается на преаналитическом этапе (в процессе взятия крови и оформления пробы и документации), а 25% — с нарушением условий взятия анализа.

Проанализировав ситуацию, мы пришли к выводу о необходимости проведения обучающих семинаров и тренингов.

С целью выявления причин наиболее частых ошибок были составлены тестовые задания. Для составления тестовых заданий были использованы инструктивно-нормативная документация, сборники технологий и стандартов практической деятельности сестринского персонала, методические пособия по специальностям. После проверки исходного уровня знаний удалось выяснить, какие конкретно пробелы в них существуют у медицинских сестер в том или ином отделении. На основании полученных данных были проведены повторные мастер-классы на рабочих местах в каждом из тех отделений, где это было необходимо. Оценить эффективность проведенных мероприятий позволил все тот же тестовый контроль.

Однако деятельность учебно-методического кабинета клиники направлена не только на работу со средним, но и с младшим медицинским персоналом.

Для младшего медперсонала на базе кабинета проводятся обучающие семинары по вопросам

## ПОДРОБНОСТИ



### В имитационных условиях

Открытие Медицинского симуляционного центра Боткинской больницы стало одним из важнейших этапов в программе повышения квалификации медицинских сестер. Медицинские сестры нашей больницы одними из первых начали обучение в центре по программе «Комплексное применение сестринских навыков в имитационных условиях». Учебно-методический кабинет организует обучение медицинских сестер в МСЦ: формируются группы по 6–8 сестер, составляется график проведения курсов, заявка согласовывается с руководством центра. Больше 100 медсестер уже прошли обучение, и ежемесячно еще 30–40 сестер будут заниматься по данной программе. Планируется обучить абсолютно всех сестер клиники в данном симуляционном центре.



50-70%

**ошибок совершается на преаналитическом этапе (в процессе взятия крови и оформления пробы и документации), а 25% — с нарушением условий взятия анализа.**

санитарно-эпидемиологического режима. Особое внимание уделяется правилам проведения уборок, обработке и хранению уборочного инвентаря, организации сбора и утилизации отходов в медицинском учреждении, соблюдению санитарных требований при работе в буфетных и раздаточных, ознакомлению с новыми дезинфицирующими средствами. Разбирается в доступной форме нормативная документация, регламентирующая данный раздел работы. Метод оценки эффективности обучения применяется такой же, как и для медицинских сестер. Такая система оценки позволяет наглядно оценить эффективность проводимых учебных мероприятий, а также проанализировать допущенные ошибки.

### Не медициной единой

Помимо медицинского направления деятельности, УМК немало внимания уделяет вопросам этики и деонтологии. Совместно со штатным психологом регулярно организуются встречи медицинских сестер больницы для обсуждения статей «Этического кодекса медицинской сестры России». Занятие по обсуждению статей кодекса, разработанное и проводимое психологом больницы Н.Л. Маленковой, проходит в интерактивном формате. Группа из 12–15 медицинских сестер на протяжении 1,5 часа успевает изучить и обсудить все статьи кодекса. Для этого используются оригинальные технологии группового обучения, когда каждая из участниц становится экспертом по нескольким статьям: досконально изучает текст; с помощью рисунков и схем изображает суть статей; подбирает примеры. После подготовки каждая участница выступает с разъяснением проработанных статей, а остальные получают возможность высказать свое мнение относительно содержания и применения статьи на практике.

На занятиях участницы разбирают примеры сложных случаев: что делать, если пациент категорически отказывается от назначенного лечения? Что делать, если

друзья пациента настаивают на выдаче информации о состоянии его здоровья? Как оказать психологическую помощь родственникам пациента, которым только что сообщили о его смерти? Как поддержать пациента, который вынужден пойти на болезненную процедуру? Все эти и другие вопросы медицинская сестра должна быть готова решать быстро и верно каждый день.

Профилактика эмоционального выгорания, профессиональная поддержка и взаимовыручка в сообществе медсестер больницы, повышение профессионализма — вот те задачи, которые решают групповые занятия.



**ПОМИМО МЕДИЦИНСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, УМК НЕМАЛО ВНИМАНИЯ УДЕЛЯЕТ ВОПРОСАМ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ. СОВМЕСТНО СО ШТАТНЫМ ПСИХОЛОГОМ РЕГУЛЯРНО ОРГАНИЗУЮТСЯ ВСТРЕЧИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР БОЛЬНИЦЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ СТАТЕЙ «ЭТИЧЕСКОГО КОДЕКСА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ РОССИИ».**

# ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Главные и старшие медицинские сестры отделений стационаров, как правило, занимаются клинической практикой со студентами и молодыми специалистами. При том, что руководят медицинскими колледжами и преподают в них врачи, очевидно, что «вхождению в профессию» должна помогать именно медицинская сестра...

**Мария ШАТАЛОВА**, главная медицинская сестра ДСП № 41 Департамента здравоохранения города Москвы

Только медицинская сестра может грамотно и искренне заинтересовать студента и молодого специалиста в совершенствовании ухода за пациентом, практическим навыкам выполнения манипуляций. Только медицинская сестра поможет молодому специалисту и студенту выработать реалистичное отношение как к самому себе, так и в других вопросах, касающихся профессиональных ожиданий и выбранных целей.

Врач-педагог, порой не имеющий клинической практики, объясняет клинику заболеваний и стандарты выполнения манипуляций, подробно описанные в учебниках. Но в реальной жизни студент сталкивается совершенно с другой ситуацией: например, как объяснить двухлетнему ребенку, рядом с которым находится обеспокоенная мать, куда и как положить руку...

Врач делает назначения и дает рекомендации, однако их практической реализацией занимается именно медицинская сестра. Напрашивается вопрос: когда медицинских сестер в колледжах начнут готовить именно медицинские сестры? Медицинская сестра-организатор, перешедшая в статус педагога, может быть не только примером и наставником

для студентов, но и жестким экзаменатором, имеющим богатый практический опыт.

Пока же выпускники медицинских колледжей впервые с настоящей практикой сталкиваются уже в финале обучения, и многие из них разочаровываются в профессии.

Для сохранения престижа профессии преподавать в медицинских колледжах должны именно медицинские сестры, дальнейшее прохождение практики и обучение молодых специалистов зависит от руководителей сестринских служб данной МО, куда пошел работать молодой специалист.

Зачастую даже от встречи выпускника в отделении старшей сестрой зависит его или ее дальнейшая работа. На своем опыте могу привести свой пример набора персонала для работы в отделении.

Начиная со второго курса, я приглашала студентов в отделение, знакомила их со структурой больницы от приемного отделения до операционного блока. Видя желание продолжать работать в профессии, целенаправленно в отделении, куда придет работать будущий специалист, его обучали даже сложным манипуляциям, работе с аппаратурой, осуществлению ухода, кормлению пациента и т.п.

**Общие задачи клинической практики:**

1. Научиться оценивать потребности пациента.
2. В сотрудничестве с пациентом — планирование сестринских вмешательств.
3. Анализ и интерпретация клинических данных.
4. Безопасная и эффективная реализация плана ухода и манипуляций.
5. Ведение историй болезни от приема пациента до его выписки.
6. Умение сотрудничать со всеми членами медицинского коллектива.

**Задачи руководителя практики:**

1. Распределение студентов по рабочим местам, инструктаж по ТБ.
2. Ознакомление студентов со структурой МО, правилами внутреннего распорядка.
4. Контроль за непосредственными руководителями практики, их инструктаж.
5. Утверждение характеристик по итогам практики.
7. Проведение собраний со студентами и старшими сестрами для выяснения хода практики и устранения выявленных недостатков.
8. Составление графика работы студентов на период практики, обеспечение ежедневного контроля и выставление оценок.

На государственную практику студент выходил уже с большим набором умений и навыков, с желанием остаться работать в отделении. Все это заведомо приводило к высвобождению времени и ресурсов старшей медсестры при получении готового специалиста для работы в отделении. Педагогическая деятельность руководителей сестринского звена очень хорошо видна на государственной производственной практике перед выпуском студентов: студенты приступают к итоговой клинической практике и частично к самостоятельной работе, которая является неотъемлемой частью программы всего обучения. При этом количество рабочих смен может варьировать по усмотрению руководителя практики — старшей медицинской сестры.

**Процесс прохождения клинической практики****1 этап. Ориентация**

Ориентация включает в себя общее знакомство с отделениями в МО, обсуждение состояния находящихся в них пациентов, знакомство с оборудованием отделения и протоколами действия в экстренных ситуациях. Руководитель практики также знакомит студентов с внутренними нормативными документами отделений и формами сестринской документации.

**2 этап. Работа под наблюдением**

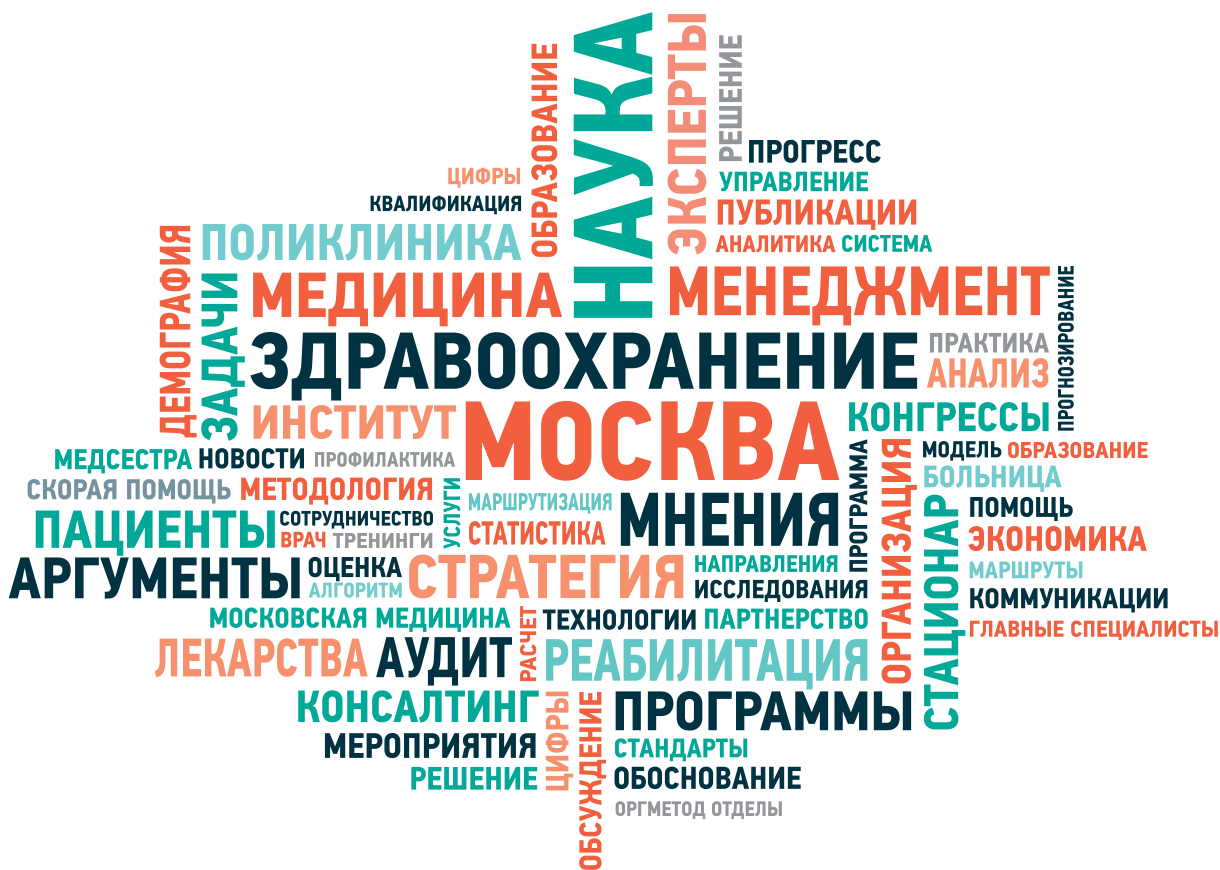
В начале практики руководитель и студент работают в очень тесном контакте, распределяя нагрузку и ответственность по уходу за пациентом. Как правило, студенту выделяется один-три пациента, не требующих сложного ухода. Накануне утренней смены (пятиминутки) студент должен иметь

достаточно времени изучить их состояние, назначенные им медикаменты, процедуры, обследования, проанализировать и составить план сестринского ухода. По мере того как студенты осваиваются, они начинают лучше организовывать свое время и правильно распределяют нагрузку. Очень важно, чтобы студент получал обратную связь со стороны руководителя практики. Руководитель практики, в свою очередь, при этом должен следить, чтобы все поставленные клинические задания выполнялись полностью.

**3 этап. Сотрудничество**

На итоговой фазе руководитель практики становится консультантом, к помощи которого студент обращается только в случае необходимости. Студент приобретает клинические и организационные навыки, соответствующие уровню начинающей самостоятельной медсестры. По мере увеличения сложности заданий и рабочей нагрузки начинающая медсестра приобщается к реалиям сестринского дела.

Из вышесказанного можно сделать вывод о том, что для превращения студента в настоящего профессионала мало одного желания. Руководителям сестринских служб нужно больше времени уделять педагогической работе не только со студентами, но и со своими подчиненными, взаимодействовать с директорами медицинских колледжей и их педагогами, брать совместительство в медицинских колледжах и преподавать там основы сестринского дела. Это требует взаимодействия очень большого количества служб не только в МО между собой, но и между МО и колледжем.



**НИИ**  
**ОРГАНИЗАЦИИ**  
**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  
**И МЕДИЦИНСКОГО**  
**МЕНЕДЖМЕНТА**

+7 (495) 951-20-54  
 niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

[www.niiozmm.org](http://www.niiozmm.org)

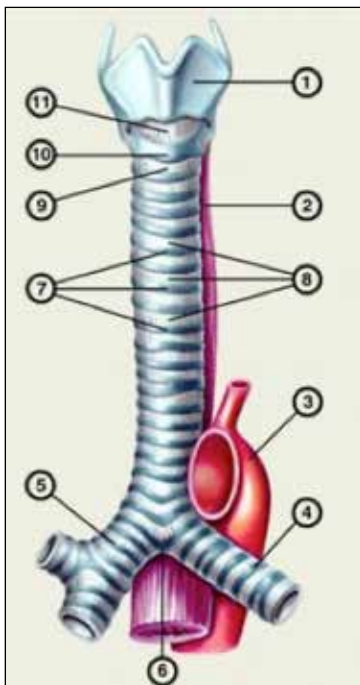
# ЦИРКУЛЯРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ТРАХЕИ ПРИ СТЕНОЗАХ

**Альбина ЮНУСОВА,**  
старшая операционная  
сестра операционного  
блока ГКБ № 68 Де-  
партамент здраво-  
охранения города  
Москвы

## АНАТОМИЯ

Трахея представляет собой трубку, которая связывает гортань с бронхами. Основной ее функцией является проведение воздуха в легкие и из легких. У взрослых трахея начинается на уровне 6–7 шейных позвонков и оканчивается на уровне 4–5 грудных позвонков делением на два главных бронха (бифуркация). Длина трахеи 10–13 см, ширина 1,5–2,5 см. Основу стенки трахеи составляют 16–20 гиалиновых хрящей, соединенных кольцевыми связками.

Рисунок 1.



## **ЧТО НЕОБХОДИМО ПОДГОТОВИТЬ К ОПЕРАЦИИ**

Для системы «шунт дыхания»: микроинтубационную трубку для лор-операций или армированную интубационную трубку № 6–7, дыхательный контур, фильтр и трубку датчика углекислого газа. Все это должно быть стерильным.

Для гемостаза и диссекции: коагулятор, ручка к коагуляции, ультразвуковой генератор с ручкой и инструментом.

## **ИНСТРУМЕНТЫ**

Ранорасширитель Егорова-Фрейдина; крючки Фарабефа; крючки Фолькмана тупые и острые; зажимы Бильрота большие — 2 штуки, маленькие — 8 штук; зажим Микулича — 4 штуки; ножницы сосудистые, ножницы Купера, сестринские; пинцет хирургический — 2 штуки, анатомический средний — 2 штуки, коагуляционный — 1 штука, пинцет сосудистый — 1 штука; цапка Бакгауза — 8 штук; зажимы для тупферов — 4 штуки; зажимы для обработки операционного поля — 2 штуки; иглодержатели средний — 2 штуки, левый коронарный — 1 штука, сосудистый — 1 штука; диссектор мягкий, острый (заточенный) и большой по 1 штуке; массивная режущая игла 60–70 мм 3/8; скальпель № 21 — 1 шт, № 24 — 1 штука.

## **ШОВНЫЙ МАТЕРИАЛ (АТРАВМАТИКА)**

1. Нерассасывающийся крученный материал лавсан М5 (USP2) на режущей игле 45–50 мм 1/2 или 3/8 — 3 штуки; лавсан М5 (USP2) на колющей игле 30 мм 1/2 — 1 штука; лавсан М3 (USP2/0) на колющей игле 30 мм 1/2 — 2 штуки; лавсан М7 (USP4) отрезок 150 см без иглы.

2. Нерассасывающийся: мононить пролен М3 (USP2/0) на колющей игле 30 мм 1/2 — 3 штуки; пролен М2 (USP3/0) на режущей игле 40–45 мм 3/8 — 1 штука.

3. Рассасывающийся: мононить PDS или моносил М2 (USP3/0) на колющей игле 20–22 мм 1/2 — 1 штука; PDS или моносил М3 (USP2/0) на колющей игле 22–26 мм 1/2 — 3 штуки. (Если нет мононити, можно использовать те же номера и иглы нити викрил)

4. Рассасывающийся крученный материал тисорб, викрил, ПГА и т.д. (что вы используете) на колющей игле 30–40 мм 1/2 — 2 штуки.

5. На время «больших операций» (мобилизация трахеи, лимфодиссекция, работа рядом с крупными сосудами) под рукой всегда должен быть НАБОР ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ СОСУДИСТОГО ШВА: сосудистый иглодержатель, сосудистый пинцет, пролен USP3/0, пролен USP4/0, пролен USP5/0, пролен USP6/0 — строго на колющих иглах!

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ РАСХОДНЫЙ МАТЕРИАЛ**

Антимикробная пленка на операционное поле; отсос; аспирационная трубка; клей на анастомоз (тиссукол); перевязочный материал (шарики, капельюшки, салфетки, тампоны); дренажная система типа «гармошка»; два шприца, в/м игла; турникеты для сосудов; пластиковые держалки для трахеи.

## **ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО НА СТОЛЕ**

Положение больного на спине с валиком под плечами, со сведенными руками вдоль туловища. Должна быть готова подушка, чтобы во время операции можно было менять положение головы больного.

## **ХОД ОПЕРАЦИИ**

После соответствующей обработки мы обкладываем операционное поле стерильным бельем. Далее сестра подает хирургам антимикробную пленку, предварительно

высушив операционное поле, и подключают коагуляцию, гармоник, отсос. Сестра подает оперирующему хирургу скальпель № 21 и салфетку, ассистентам — тупфер, коагуляционный пинцет, коагулятор. Выполняется два Y-образных разреза или воротничково—шейный разрез по Николаеву (рис. 2).

Рисунок 2.



Сестра далее готовит лавсан М5 на режущей игле для подшивания кожного лоскута к операционному белью. После того как кожные лоскуты отсепарованы, хирургу подают иглодержатель и хирургический пинцет, ассистенту — куперовские ножницы. Когда подшиты верхние края раны, необходимо подать две цапки для дополнительного захвата верхнего края операционного поля. Далее обнажают гортань и трахею, для этого сестра подает по требованию хирурга диссектор, рабочие тупфера, коагуляцию, гармоник, коагуляционный пинцет, анатомический пинцет, ножницы сосудистые. После этого устанавливается ранорасширитель Егорова-Фрейдина. В операционную приглашаются эндоскописты.

Под контролем эндоскопа определяют верхний и нижний край стеноза. В этот момент хирургу подают в/м иглу, с помощью которой хирург пунктирует трахею и определяют границы стеноза. Сестра далее готовит лавсан М3 на колющей игле и подает хирургу. Он прошивает край резекции и оставляет хвостик из лавсана в качестве метки. Ассистенту подают ножницы Купера.

После того как определили края резекции, начинается циркулярная мобилизация трахеи. На этом этапе сестра подает по требованию хирурга следующие инструменты: диссекторы, рабочие тупферы, коагуляцию, гармоник, коагуляционный пинцет, анатомический пинцет, ножницы сосудистые. По требованию хирурга сестра должна также подать «держалку на трахею». В процессе выделения трахеи выделяются и крупные сосуды. К этому моменту сестра должна подготовить турникеты (пластиковая или текстильная тесьма с трубочкой примерно 3–4 см, в которую можно провести вашу тесьму).

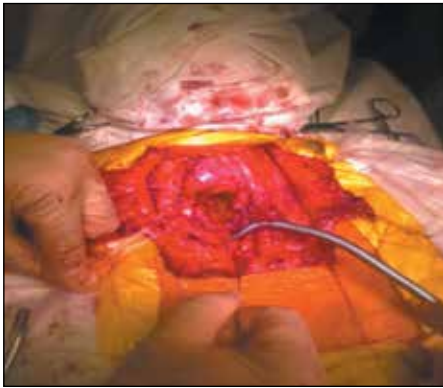
Во время мобилизации трахеи сестра должна быть предельно собрана и у нее наготове должен быть набор для наложения сосудистого шва. Во время выделения трахеи сестра должна подготовить микроинтубационную трубку для лор-операций, дыхательный контур. На интубационной трубке необходимо проверить целостность манжеток (при помощи шприца надуть и раздуть их). После окончания мобилизации трахеи осуществляется контроль положения пищевода и возвратных нервов. Дальше сестра подает стерильный дыхательный контур хирургам и цапку для прикрепления контура к белью. По намеченному нижнему краю резекции вскрывают просвет



трахеи — ревизия слизистой трахеи. К моменту вскрытия просвета трахеи должен быть подготовлен отсос. Далее устанавливают систему «шунт дыхания» (рис. 3). Сестра подает поочередно интубационную трубку, шприц с воздухом для раздувания манжетки. После этого нужно подготовить пролен USP2/0 на держалки. После того как трахея пересекается с иссечением рубцово-измененных тканей, сестра подает хирургу иглодержатель с лавсаном USP2 на колющей игле, которой он прошивает ортотрахеальную трубку, и дальше иглодержатель с проленом USP2/0 и пинцет, ассистенту — маленький зажим Бильрота, на бранши которого надеты пластиковые трубки (действие повторяется три раза).

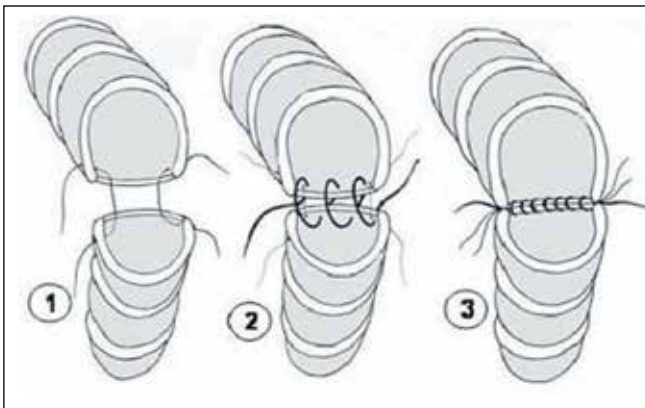
Дальше нужно подготовить шовный материал для наложения шва на заднюю стенку

Рисунок 3.



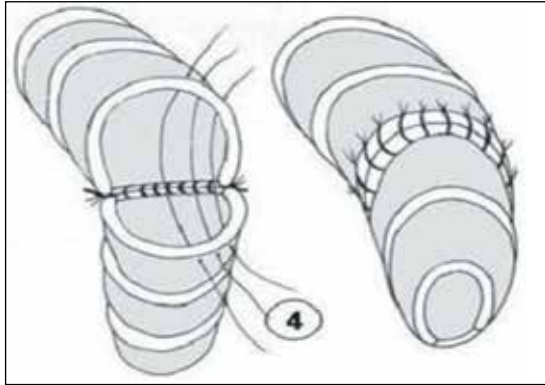
трахеи (рис. 4). Задняя стенка шьется непрерывно PDS 3/0 на колющей игле 20–22 мм 1/2. Оперирющему хирургу подаете иглодержатель и пинцет, ассистенту — большой зажим Бильрота для подхвата.

Рисунок 4.



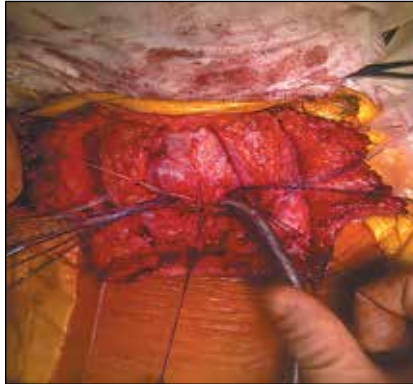
После того как наложены швы на заднюю стенку, сестра подает хирургу поочередно PDS 2/0 на колющей игле 22–26 мм 1/2 для наложения швов на боковые и переднюю стенку (рис. 5). Ассистенту подают маленькие зажимы Бильрота для держалок.

Рисунок 5.



После того как сформированы боковые и передняя стенка анастомоза удаляют систему «шунт дыхания» (рис. 6), для чего сестра подает пустой шприц.

Рисунок 6.



Ортротрахеальная трубка проводится за линию швов. Швы на боковых и передней стенке завязаны. После этого меняются перчатки, перестилается операционное поле. Под контролем бронхоскопа интубационная трубка проводится выше уровня анастомоза и выполняется водяная проба. После пробы трубка вновь проводится ниже линии швов. Анастомоз дополнительно укрепляется клеем. Постановка активного дренажа. Далее сестра готовит рассасывающийся материал USP2/0 на колющей игле для сшивания мышц и подкожной клетчатки. Хирургу подают иглодержатель и пинцет, ассистенту тупфер. После сшивания этих слоев раны снимается антимикробная пленка. Края раны обрабатываются антисептиком и затем накладываются внутрикожные швы мононитью (пролен, стерилин, моносил и т.д.) M2 USP 3/0 на режущей игле 40–45мм 3/8. Туалет и асептическая повязка. После этого подаете хирургу иглодержатель, направленный массивной иглой и лавсаном M7 2 раза, он накладывает фиксирующие подбородок кожные швы.

# ДЕФЕКТ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

В материале рубрики приводится клинический пример успешного закрытия инфарктного дефекта межжелудочковой перегородки окклюдером Amplatzer на четвертые сутки заболевания. Особое внимание уделено роли операционной медицинской сестры при проведении подобных вмешательств.

**ЗАДУНАЕВА С.И., КУРМАНГАЛИЕВА О.С., ГАЙТРОВА Е.С., ГРЕБНЕВА Н.Л., Д.М.Н. СЕМИТКО С.П., К.М.Н. КЛИМОВ В.П., Д.М.Н. ВЕРТКИНА Н.В.**

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ города Москвы  
Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева Департамента здравоохранения города Москвы.

С наступлением эры активного использования реперфузионной терапии в лечении острого трансмурального инфаркта частота разрыва миокарда межжелудочковой перегородки снизилась, по разным данным, в 5–6 раз и составила 0,5% от всех случаев острых трансмуральных инфарктов миокарда [1–4] против 1–3% без применения реперфузионной стратегии лечения. Изменился и срок развития этого осложнения: от 3–5 дней — без тромболитической реперфузионной терапии, до первых суток — в случае первичного эндоваскулярного вмешательства или тромболитической терапии [5,6]. В большинстве случаев (70%) разрыв МЖП возникает как осложнение переднего трансмурального инфаркта миокарда. В 66% случаев наблюдается апикальная локализация разрыва, в 34% — базальная.

Известно, что категорией «повышенного риска» разрыва миокарда является пожилой возраст пациента, женский пол, сахарный диабет, первый (в анамнезе) передний трансмуральный инфаркт миокарда, отсутствие реперфузии в первые 6 часов от начала развития заболевания или поздняя медикаментозная или механическая реперфузия [3,5].

Разрыв свободной стенки левого желудочка в абсолютном большинстве случаев — фатальное осложнение трансмурального инфаркта. Разрыв межжелудочковой перегородки (РМЖП) также в большинстве случаев является угрожающим жизни большим осложнением, когда госпитальная летальность составляет более 90%. Единственным шансом улучшить прогноз заболевания является хирургическое или эндоваскулярное лечение, направленное на закрытие дефекта МЖП, что способно снизить летальность до 35–45% [1,2]. Ключевыми

вопросами на современном этапе развития хирургических и эндоваскулярных методов лечения в каждом конкретном случае являются такие факторы, как определение оптимальных сроков вмешательства, выбор типа вмешательства, определение оптимальной медикаментозной и гемодинамической поддержки на этапе подготовки пациента к коррекции данного осложнения и в раннем послеоперационном периоде.

На всех этапах ключевое значение имеют подготовка больного, подбор инструментария для эндоваскулярного вмешательства, собственно оперативное вмешательство, навыки и опыт оперирующей бригады. Умение операционной медицинской сестры рентгенохирургического отделения играют важную роль в успехе процедуры.

Подготовка операционной медицинской сестры для работы в рентгенооперационной — очень важный элемент успешности работы всего подразделения и, к сожалению, до настоящего момента нерегламентированный процесс, который полностью ложится на коллектив, где «воспитывается» и осваивает профессиональные навыки операционная сестра. Операционная сестра отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения должна досконально знать работу со сложной аппаратурой и при необходимости в экстренных случаях выполнять работу рентгенолаборанта.

Совместное обучение операционных медицинских сестер и хирургов, которое регулярно проводится в отделении, позволяет нам обеспечить координированную и качественную работу на всех этапах пребывания пациента в рентгенооперационной. Учитывая комплексность рентгенохирургических процедур, к операционной медицинской сестре, работающей в рентгенооперационной, предъявляются повышенные требования к знанию анатомии сердечно-сосудистой системы, представлению о коронарной и клапанной патологии сердца, используемых сосудистых доступах, знанию основных этапов операции, возможных сценариев развития событий и осложнений. А также — принцип действия инструментария: баллонорасширяемых и самораскрывающихся стентов, баллонов, зашивающих устройств, проводников и катетеров (их типов и особенностей использования). На первом этапе обучения в нашем коллективе делается акцент на следующих ключевых моментах:

- работа в стерильных условиях;
- изучение анатомии сердечно-сосудистой системы;
- основные принципы работы с эндоваскулярными инструментами;
- отработка навыков «чтения» ангиограмм различных сосудистых бассейнов для взаимопонимания и слаженной работы с хирургом;
- основы проведения сердечно-легочной реанимации.

В повседневной практике эндоваскулярных вмешательств в отделении используется более 200 наименований инструментария различных типов и размеров, который принципиально отличен от инструментов, используемых в обычной хирургической практике. Операционная сестра должна быть знакома абсолютно со всем этим инструментом.

С развитием рентгенохирургии появилось много вспомогательных устройств, используемых при эндоваскулярных вмешательствах: внутрисосудистый ультразвук, оптическая когерентная томография (ОКТ), аппарат измерения фракционного резерва коронарного кровотока (ФРК), аппарат для радиочастотной абляции (РЧА) артерий и вен, реолитическая тромбэктомия (AngioJet-9000) при тромбозах различной локализации, ротационная эндартерэктомия при выраженном кальцинозе коронарных артерий, аппарат для внутриаортальной баллонной контрапульсации и др. Квалифицированная операционная медицинская сестра обязана знать предназначение, принцип работы и установки этих устройств.

Большое внимание операционная сестра уделяет пациенту. Именно она отвечает за правильную укладку больного на операционном столе, в процессе своей работы постоянно наблюдает за ним и совместно с сестрой-анестезистом обеспечивает психологическую разгрузку, создает комфортную атмосферу для больного при проведении манипуляций.

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения успешно развивается, не останавливаясь в стремлении освоить новые и перспективные направления в своей области. За достаточно короткий срок мы смогли выстроить хорошо продуманную и динамично развивающуюся службу, ориентированную на качественные результаты.

Операционные сестры рентгенохирургического отделения, получившие дополнительные знания, умеющие на практике применять приобретенные навыки и быстро ориентироваться в нестандартной ситуации, способны улучшить результаты операций и обеспечить комфортную работу хирургу.

Хорошей иллюстрацией вышесказанного является следующий клинический случай из практики больницы им. В.В. Вересаева.

## **Клинический случай**

Пациентка М., 59 лет, длительно страдающая инсулинпотребным сахарным диабетом, артериальной гипертензией, с избыточной массой тела без предшествующей клиники стенокардии, впервые в жизни утром почувствовала интенсивные жгучие боли за грудиной, резкую слабость, затрудненное дыхание, потливость. За квалифицированной медицинской помощью не обращалась, прибегла к самолечению: приему нестероидных анальгетиков, валидола, валлокардина. Вышеописанные боли сохранялись в течение нескольких часов с последующим облегчением симптоматики. Прогрессирующее ухудшение самочувствия больная отметила на следующие сутки, выразившееся в нарастании чувства нехватки воздуха сначала при минимальной физической нагрузке, далее — в покое, с развитием «булькающего» дыхания, резкой слабости; при этом боли в грудной клетке не беспокоили. На фоне декомпенсации состояния, после первичного обращения за медицинской помощью больная была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в отделение кардиореанимации ГКБ №81. После первичного физикального осмотра, по результатам лабораторных и инструментальных исследований, больной был выставлен диагноз:

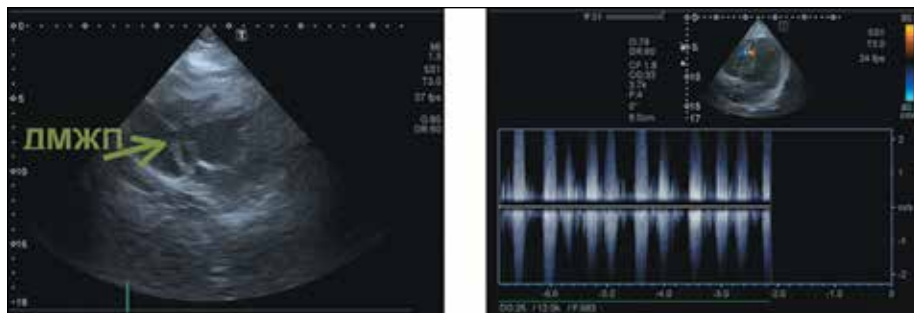
«ИБС: острый передний распространенный Q-инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST от 20.03.2013 г. Острая аневризма ЛЖ. Острый разрыв миокарда межжелудочковой перегородки. Устойчивая форма фибрилляции предсердий неуточненной давности. Кардиогенный шок. Killip IV. Гипертоническая болезнь III стадии.

Внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония. Сахарный диабет, тип 2, тяжелое течение, декомпенсация. Диабетическая микроангиопатия, ретинопатия, полинейропатия. Ожирение III ст.».

На серии ЭКГ в 12 стандартных грудных и усиленных отведениях регистрировалась «застывшая» картина трансмурального переднераспространенного инфаркта миокарда. Отметим отдельно, что аускультативно на фоне грубых дыхательных шумов выслушивался интенсивный систолический шум во всех стандартных позициях с эпицентром на верхушке. По данным эхокардиографии была выявлена картина передневерхушечной острой аневризмы ЛЖ, гиперкинез базальных отделов ЛЖ, снижение глобальной сократимости ЛЖ до ФВ — 42%. Причиной грубого систолического шума был выявленный дефект (разрыв миокарда) в нижней трети межжелудочковой перегородки (размер дефекта 8–10 мм) с массивным сбросом «слева направо» и картиной перегрузки правых отделов (СДЛА 86 мм рт. ст.) (рис.1).

На фоне интенсивной терапии, направленной на купирование клинической картины недостаточности кровообращения, была налажена внутриаортальная баллонная контрпульсация (ВАБКП) в режиме 1:1, что позволило добиться относительной стабилизации основных показателей гемодинамики и разрешения клиники отека легких.

Рисунок 1. Инфарктный дефект (разрыв) МЖП со сбросом «слева направо»



Подготовка доступа и инструментария для постановки баллона для проведения ВАБКП. Операционная медицинская сестра рентгенохирургического отделения готовит операционное поле для пункции общей бедренной артерии (ОБА) и необходимый инструментарий: пункционную иглу, металлический проводник, зажим, скальпель, интродьюсер для катетеризации ОБА по методу Сельдингера и баллон для ВАБКП в наборе со стилетом и металлическим проводником размером 0,021 дюйма (для проведения баллона в аорте), со специальным шприцем с клапаном для создания вакуума в баллоне перед его введением. После позиционирования баллона и налаживания его работы аппаратом для ВАБКП проксимальная его часть для предупреждения дислокации фиксируется на бедре, накладывается асептическая повязка. На этом фоне на второй день пребывания в отделении кардиореанимации больной была выполнена коронарография (КГ) и левая вентрикулография (ВГ), по данным которых было выявлено: подострая магистральная окклюзия ПМЖВ в проксимальном сегменте, без активного коллатерального заполнения дистального русла; умеренные диффузные изменения ОВ ЛКА и ПКА; по данным левой ВГ в левой краниальной проекции: дефект МЖП со сбросом слева направо размером 10–12 мм (рис. 2 А, Б, В).

Рисунок 2 А. Подострая магистральная окклюзия ПМЖВ Б. Диффузные изменения ПКА



В. Левая контрастная вентрикулография (LAO 40 Cr 20): МЖП — межжелудочковая перегородка; ПЖ — правый желудочек; ЛЖ — левый желудочек

## Работа операционной медицинской сестры рентгенохирургического отделения при выполнении коронарографии и вентрикулографии

Готовится операционное поле (фemorальный или радиальный доступ) по общепринятой методике и необходимый инструмент: специальные катетеры для селективной катетеризации левой и правой коронарных артерий (JL4, JR4), специальный катетер для вентрикулографии (PigTail). Отдельно подготавливается гепаринизированный физиологический раствор и контрастное вещество для внутрисосудистого контрастирования. Для местной анестезии — 0,5% раствор новокаина. Для получения рентгеноконтрастного изображения коронарных артерий катетер устанавливается в устье коронарной артерии, по катетеру вводится рентгеноконтрастное вещество, распространение которого по сосудам фиксируется высокоскоростной (до 30 кадров в секунду) рентгенографией в нескольких ортогональных проекциях. Для получения изображения полости и сегментарной сократимости стенок левого желудочка рентгеноконтрастное вещество вводится по катетеру, который располагается в полости ЛЖ. Учитывая «острый» характер разрыва МЖП и «незавершенный» процесс формирования и ограничения некроза миокарда ЛЖ, была принята попытка продолжить консервативную терапию на фоне ВАБКП для достижения максимально безопасных сроков вмешательства (не менее 14 дней).

Однако, несмотря на проводимую комплексную терапию под контролем инвазивных показателей центральной гемодинамики и газового состава крови, состояние пациентки стало ухудшаться. На фоне нарастающей лево- и правожелудочковой недостаточности, рефрактерной к проводимой консервативной терапии на 3 сутки от поступления и на 5 сутки развития ОИМ было принято решение о выполнении попытки эндоваскулярного закрытия дефекта МЖП в условиях комбинированного эндотрахеального наркоза и ВАБКП. Учитывая локализацию дефекта, для формирования транссептальной артериовенозной петли более предпочтительным был признан трансъюгулярный правосторонний доступ с использованием ASD системы доставки 10 Fr. Захват проводника выполнен в стволе легочной артерии ловушкой типа «пространственной петли» (EN Snare, MERITMEDICAL, рис. 3 А, Б). В этом случае использовались доступы — трансфemorальные (для баллона ВАБКП и для катетеризации дефекта МЖП), и трансъюгулярный правосторонний.

Операционная м/с рентгенохирургического отделения готовит операционное поле (бедренный доступ — пункция ОБА), трансъюгулярный доступ и необходимый инструментарий: пункционную иглу, металлический проводник, зажим, скальпель, интродьюсер для катетеризации ОБА и югулярной вены по Сельдингеру, ловушку для инородных тел с «пространственной петлей» (EN Snare, MERITMEDICAL) и захвата проводника ловушкой типа «пространственной петли» (EN Snare, MERITMEDICAL) в стволе легочной артерии на фоне ВАБКП.

После выполнения транссептальной катетеризации через дефект МЖП и проведения проводника в ПЖ и далее в ствол легочной артерии сформирована с помощью захвата проводника



**НИИ**  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА

Проводит экспертную  
оценку разрабатываемых  
нормативных актов  
в системе здравоохранения



**ВАДИМ АНДРУСОВ**

главный специалист отдела исследований общественного здоровья

« Наш институт способен стать ответственной организацией – разработчиком профессиональных стандартов в сфере здравоохранения

- ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИХ ПРОЕКТОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ
- ПРОВЕДЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХ СЕМИНАРОВ ПО РАЗРАБОТКЕ И ПРИМЕНЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

[www.niiozmm.org](http://www.niiozmm.org)

+7 (495) 951-20-54

niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва,

Большая Татарская, 30



ловушкой EN Share трансептальная артериовенозная петля, по которой проведена доставка окклюдера и выполнена его имплантация. На этом этапе крайне важно знание операционной м/с рентгенохирургического отделения анатомии, нужного инструментария и понимание всех деталей и возможных сложностей вмешательства. От этого зависят быстрота и слаженность ее действий совместно с хирургом в динамично меняющейся обстановке, равно как и успешность работы всей операционной бригады в целом.

Согласно существующим рекомендациям был выбран окклюдер Amplatzer VSD MI с диаметром «перешейка» 20 мм, что соответствовало 2-кратному превышению размеров дефекта, полученных по данным ЭхоКГ (рис. 3 В).

Непосредственно после закрытия дефекта отмечалась стабилизация показателей гемодинамики, что позволило немедленно после вмешательства отказаться от кардиотоников. Более того, в ближайшем послеоперационном периоде отметилась стойкая тенденция к артериальной гипертензии. С целью уменьшения постнагрузки (снижения КДД ЛЖ) было принято решение медикаментозно поддерживать умеренную артериальную гипотензию (САД до 100 мм рт. ст.) на фоне продолженной еще в течение суток ВАБКП.

По данным ЭхоКГ после вмешательства в динамике отмечалось: правильная позиция окклюдера, уменьшение линейных размеров и объемов Л и ПЖ и исчезновение высокоскоростного сброса слева направо (рис. 4) при сохранении диффузного незначительного сброса за счет т.н. порозности тела окклюдера с последующим прогрессивным уменьшением последнего с практически полным исчезновением к 14 дню после вмешательства (рис. 5). Больная выписана из стационара на 16 сутки заболевания в удовлетворительном состоянии с умеренными явлениями недостаточности кровообращения на фоне проводимой терапии.

## Заключение

Особенностями данного клинического случая мы считаем вынужденное выполнение процедуры эндоваскулярного закрытия дефекта МЖП в достаточно ранние сроки заболевания, когда не завершены процессы распространения очага некроза и процессов демаркации. Считаем правильным продолженное проведение интраортальной баллонной контрпульсации на фоне умеренной управляемой гипотонии, что помогло обеспечить максимально «комфортные» гемодинамические условия в раннем послеоперационном периоде и обеспечило стабильное положение окклюдера в необходимой позиции.

Приведенный пример показывает, что чем технологичнее специальность, тем выше должна быть квалификация персонала, вовлеченного в работу, и сестринского коллектива в особенности. Это требует постоянной работы над собой, совершенствования навыков в проведении медицинских манипуляций.



**НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА**

**Осуществляет комплексные научные исследования в области создания стандартов качества управления ресурсами в системе здравоохранения и в деятельности медицинских организаций**



## СЕРГЕЙ БУДАРИН

НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА МЕТОДОЛОГИИ ПРОВЕДЕНИЯ АУДИТА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ:

« Система контроля должна быть комплексной и охватывать все аспекты деятельности медицинской организации, способствовать своевременному принятию управленческих решений.

- РАЗРАБОТКА НАУЧНЫХ И МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ПРОВЕДЕНИЮ АУДИТОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
- ОЦЕНКА УРОВНЯ И ДОСТУПНОСТИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. РАЦИОНАЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТЕРИАЛЬНЫХ И АДМИНИСТРАТИВНЫХ РЕСУРСОВ
- СОЗДАНИЕ ВНУТРЕННИХ СИСТЕМ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И РЕСУРСАМИ НА УРОВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЕЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ

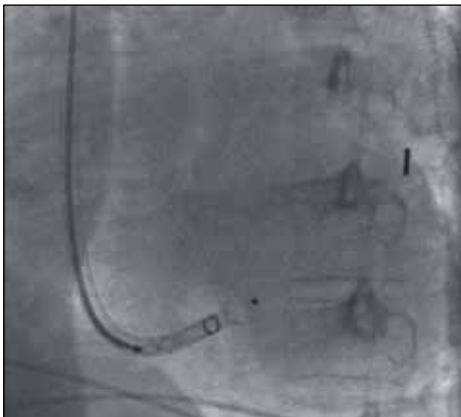
**www.niozmm.org**  
+7 (495) 951-20-54  
niozmm@zdrav.mos.ru  
115184, Москва,  
Большая Татарская, 30

Рисунок 3.

А. Этап транссептальной катетеризации и захвата проводника ловушкой типа «пространственной петли» (EN Snare, MERITMEDICAL) в стволе легочной артерии на фоне ВАБКП



Б. Этап раскрытия дистального диска окклюдера системы Amplatzer в ЛЖ



Д. Непосредственный ангиографический результат процедуры имплантации окклюдера Amplatzer (левая ВГ в левой косой краниальной проекции)

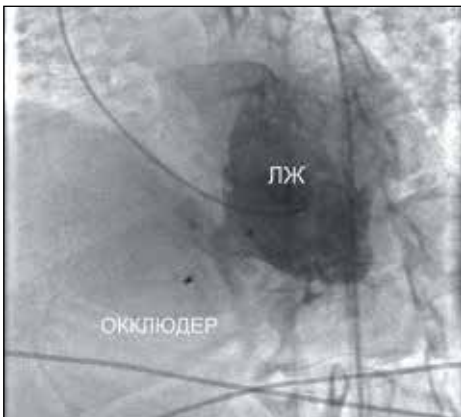


Рисунок 4. ЭхоКГ непосредственно после процедуры

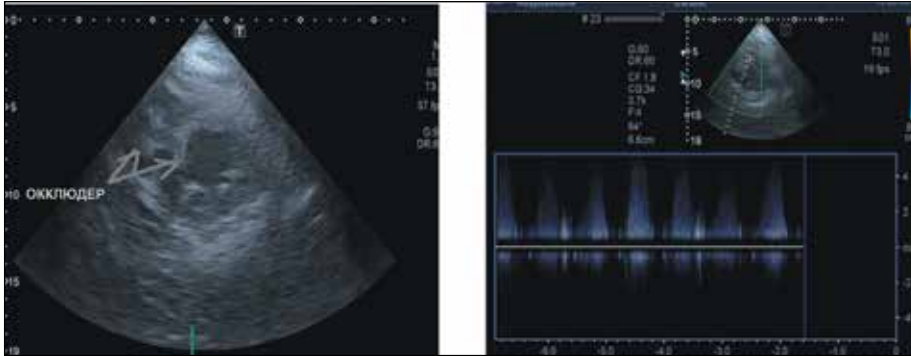
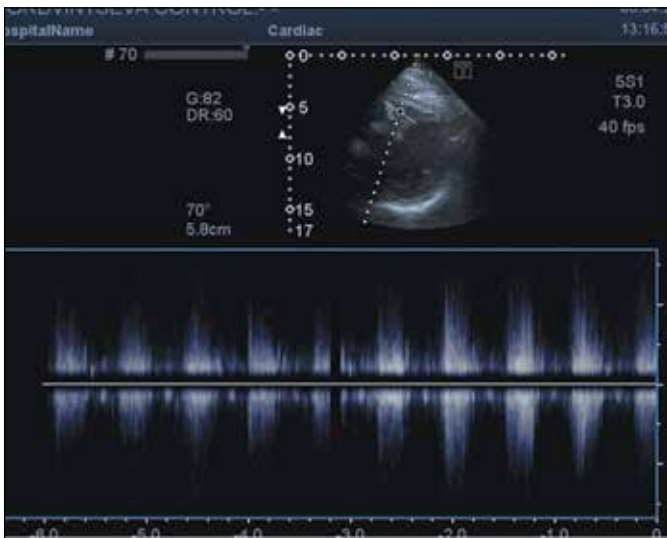


Рисунок 5. ЭхоКГ через 14 дней после процедуры



## Список литературы

1. Moreyra A.E., Huang M.S., Wilson A.C., Deng Y., Cosgrove N.M., Kostis J.B.: Trends in incidence and mortality rates of ventricular septal rupture during acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2010, 106:1095–1100.
2. Noguchi K., Yamaguchi A., Naito K., Yuri K., Adachi H.: Short-term and long-term outcomes of postinfarction ventricular septal perforation. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2012, 60:261–267.
3. Birnbaum Y., Fishbein M.C., Blanche C., Siegel R.J.: Ventricular septal rupture after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2002, 347:1426–1432.
4. Thiele H., Kaulfersch C., Daehner I., Schoenauer M., Eitel I., Borger M., Schuler G.: Immediate primary transcatheter closure of postinfarction ventricular septal defects. *Eur Heart J* 2009, 30:81–88.
5. Crenshaw B.S., Granger C.B., Birnbaum Y., Pieper K.S., Morris D.C., Kleiman N.S., Vahanian A., Califf R.M., Topol E.J.: Risk factors, angiographic patterns, and outcomes in patients with ventricular septal defect complicating acute myocardial infarction. GUSTO-I (Global Utilization of Streptokinase and TPA for Occluded Coronary Arteries) Trial Investigators. *Circulation* 2000, 101:27–32.
6. Menon V., Webb J.G., Hillis L.D., Sleeper L.A., Abboud R., Dzavik V., Slater J.N., Forman R., Monrad E.S., Talley J.D., Hochman J.S.: Outcome and profile of ventricular septal rupture with cardiogenic shock after myocardial infarction: a report from the SHOCK Trial Registry. Should we emergently revascularize Occluded Coronaries in cardiogenic shock? *J Am Coll Cardiol* 2000, 36:1110–1116.
7. Piot C., Croisille P., Staat P., Thibault H., Rioufol G., Mewton N., Elbelghiti R., Cung T.T., Bonnefoy E., Angoulvant D. et al: Effect of cyclosporine on reperfusion injury in acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2008, 359:473–481.

# ВОЗМОЖНОСТИ И НЕОБХОДИМОСТЬ

Предпосылкой развития работ по стандартизации стало принятие новых федеральных законов в области оказания медицинской помощи. В частности, ФЗ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». С 1 января 2013 года согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в наших медицинских организациях стало обязательным выполнение порядков и стандартов оказания медицинской помощи, что мы можем увидеть в статье 37.

**Юлия БУРКОВСКАЯ**, научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ

**Елена ГРИШИНА**, заместитель главного врача по экономическим вопросам ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения города Москвы

Стандартизации в здравоохранении — основа повышения качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в целях сохранения и улучшения здоровья населения.

Согласно Федеральному закону № 162-ФЗ «О стандартизации в РФ» (29.06 2015 г.) стандартизация — деятельность по разработке (ведению), утверждению, изменению (актуализации), отмене, опубликованию и применению документов по стандартизации и иная деятельность, направленная на достижение упорядоченности в отношении объектов стандартизации. Соответственно документ по стандартизации — это документ, в котором для добровольного и многократного применения устанавливаются общие характеристики объекта стандартизации, а также правила и общие принципы в отношении объекта стандартизации, за исключением случаев, если обязательность применения документов по стандартизации устанавливается этим федеральным законом.

Документы, разрабатываемые и применяемые в национальной системе стандартизации, — национальный стандарт Российской Федерации, а также правила стандартизации, рекомендации по стандартизации, информационно-технические справочники. Национальный стандарт — документ по стандартизации, который разработан участником или участниками работ по стандартизации, по результатам экспертизы в техническом комитете по стандартизации или проектом технического комитета по стандартизации утвержден федеральным органом исполнительной власти в сфере стандартизации и в котором для всеобщего применения устанавливаются общие характеристики объекта стандартизации, а также правила и общие принципы в отношении объекта стандартизации.

К документам по стандартизации в соответствии с настоящим федеральным законом относятся:

- 1) документы национальной системы стандартизации;
- 2) общероссийские классификаторы;
- 3) стандарты организаций, в том числе технические условия;
- 4) своды правил и др.

Стандарты делятся на несколько видов, работающих в разных направлениях:

- клинические рекомендации (протоколы больных);
- технологии выполнения простых медицинских услуг;
- медико-экономические стандарты;
- стандарты медицинской помощи и др.

Для обеспечения качества медицинских услуг лечебно-профилактического учреждения необходимо описать регламент всех выполняемых процедур исходя из опыта и возможностей. Регламент должен содержать минимально необходимый рекомендуемый уровень требований с учетом реальных перспектив повышения качества медицинского обслуживания пациентов. Такой регламент создаст предпосылки для обязательного выполнения полного комплекса требований по всей цепочке предоставляемой медицинской услуги, избавит медицинский персонал от ненужной суеты, позволит обеспечить личную ответственность всех медицинских работников на всех уровнях, в том числе и юридическую. Руководство по качеству может быть общим для всего лечебного учреждения или дифференцированным с учетом специфики отделений.

Ведущим звеном системы управления качеством медицинской помощи являются стандарты технологий оказания медицинской помощи, которые включают в себя технологии выполнения простых медицинских услуг и технологии предоставления медицинской помощи при определенном заболевании — клинические рекомендации (протоколы лечения).

Проблема стандартизации в области сестринского дела является характерной для многих медицинских организаций, поскольку у руководителя сестринской службы есть только алгоритмы выполнения отдельных манипуляций и нет не только самих Национальных стандартов, но и информации о принятых документах.

Организация деятельности медицинского персонала в соответствии с Национальными стандартами выполнения конкретных медицинских услуг способствует не только повышению качества оказываемой медицинской помощи, но служит основой для оценки полноты и качества выполняемых услуг, их стоимости, защиты прав персонала и пациента. Итак, медицинская услуга — это медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение (Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 2).

А согласно Номенклатуре медицинских услуг (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг») перечень медицинских услуг разделен на два класса: «А» и «В», построенные по иерархическому принципу.

Класс «А» включает медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение. Разделы класса «А» обозначают определенный тип медицинской услуги, а подразделы обозначают анатомо-функциональную область.

Класс «В» включает медицинские услуги, представляющие собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Сестринские стандарты (технологии простых медицинских услуг) имеют определенную структуру, изложенную в ГОСТ Р 52623-2006 «Технологии выполнения простых медицинских услуг «Общие требования». В настоящее время Росстандартом законодательно введены в действие несколько сборников сестринских процедур, утвержденных в виде Национальных стандартов. Это ГОСТ Р 52623.1-2008 «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования» (от 01.09.2009 года); ГОСТ Р 52623.2-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Десмургия, иммобилизация, бандажи, ортопедические пособия» (от 1.03.2016 года); ГОСТ Р 52623.4-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств» (от 1.03.2016 года); ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода» (от 1.03.2016 года). А также — ГОСТ Р 56377-2015 «Клинические рекомендации (протоколы лечения). Профилактика тромбоэмболических синдромов», который также вступил в действие с 1 марта 2016 года. Завершилась работа над актуализацией документа 2002 года «Протокол ведения больных. Пролежни». Его обновленная версия будет введена в действие в 11.01.2017 г. (приказ № 2089-СТ 30.11.2015 «Об утверждении Национального стандарта «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней»»).

Национальные стандарты должны использоваться во всех медицинских организациях РФ, так как их применение способствует решению тех задач, которые в принципе могут решать Национальные стандарты:

- защита прав пациентов и медицинских работников;
- планирование объемов медицинской помощи и расчет необходимых затрат;
- проведение экспертизы и оценки качества медицинской помощи пациентам с определенным заболеванием, синдромом или в определенной клинической ситуации;
- планирование мероприятий по совершенствованию оказываемой медицинской помощи;
- выбор оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного пациента.

В основе любого документа стандартизации в здравоохранении должны лежать научные доказательства и апробация требования документа. Обязательным требованием является мониторинг и изучение клинической эффективности и качества жизни при применении нормативного документа.

Поэтому для разработки эффективных мероприятий, программ, механизмов управления деятельностью сестринского персонала на основе современных подходов к стандартизации в здравоохранении и в области сестринского дела необходимо использовать в практической деятельности ГОСТы в виде Национальных стандартов технологий простых медицинских услуг и клинических рекомендаций (протоколы лечения).





**29-30 ноября 2016 года состоится XV Ассамблея «Здоровье Москвы».**  
**Местом проведения форума станет Международный выставочный центр «Крокус Экспо», Москва.**

## Организаторы

Правительство Москвы  
Департамент здравоохранения города Москвы  
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента  
здравоохранения города Москвы

## Целевая аудитория:

главные врачи, организаторы здравоохранения, директора НИИ, заведующие отделениями, научные сотрудники, врачи и специалисты следующих направлений: терапия, кардиология, гастроэнтерология, неврология, ревматология, пульмонология, нефрология, инфекционные болезни, педиатрия, неонатология, хирургия, акушерство и гинекология, урология, травматология и ортопедия, нейрохирургия, анестезиология и реаниматология, оториноларингология, стоматология, онкология, дерматовенерология, психиатрия и психотерапия, фтизиатрия и аллергология, гематология, наркология, фармакология, репродуктология, комбустиология, рентгенология и радиология, лабораторные исследования и др.

## Основные направления научной программы

- Модернизация сферы здравоохранения и фармацевтической отрасли в России.
- Совершенствование системы обязательного медицинского страхования и ее законодательные изменения в 2016 году.
- Специализированная медицинская помощь.
- Интеграция программ модернизации и оптимизации структуры современных ЛПУ.
- Современные модели непрерывного медицинского образования в России.
- Юридические и правовые аспекты деятельности врача и медицинского персонала.
- Научно-практическая деятельность специалистов.
- Профилактика, диагностика, лечение и реабилитация различных заболеваний и пр.

## Доклады и тезисы

Специалисты, чья научно-практическая деятельность соответствует тематике Ассамблеи, могут опубликовать тезисы своих работ в сборнике материалов.

Тезисы принимаются **до 15 сентября 2016 г.**

## Выставка

В рамках Ассамблеи будет организована выставка современных достижений и медицинских технологий, используемых на практике в лечебных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы.

### Секретариат Ассамблеи

тел.: +7 (495) 722-64-20, +7 (495) 518-26-70,

e-mail: [info@moscowhealth.ru](mailto:info@moscowhealth.ru)

Подробнее о мероприятии: [www.moscowhealth.ru](http://www.moscowhealth.ru)

### Конгресс-оператор:

ООО «КСТ Интерфорум»

# АННА ДЕМИДОВА: «Я — СЧАСТЛИВЫЙ ЧЕЛОВЕК!»

Анна Ивановна Демидова работает медицинской сестрой по функциональной диагностике в филиале № 1 ГБУЗ «ГП № 22 ДЗМ». В январе 2016 года ей исполнилось 85 лет. Но, глядя на эту красивую, энергичную женщину с замечательной фигурой, невозможно в такое поверить.



Вот уже 66 лет она работает в системе здравоохранения и ни дня не сидела на пенсии. На вопрос, в чем секрет ее молодости, улыбаясь, отвечает: «Хожу в бассейн и езжу на танцы в Сокольники. Белый хлеб не ем, люблю овощи и фрукты».

Родилась Анна Ивановна на Украине в небольшом селе. Неподалеку от дома была больница. С детства бегала туда, собирала пустые ампулы и коробочки из-под лекарств, лечила своих кукол и представляла себя врачом.

Окончив школу, девушка поступила в медицинское училище, которое находилось в 25 километрах от дома.

Студенткой жила в общежитии. Было голодно. В выходные дни ходила домой пешком. Брала бутылку молока, хлеб с картошкой, ставила все в корзину, закидывала за плечо — и снова в общежитие.

После училища, в 1949 году Анну направили в Закарпатье. Время было непростое: в местах, где еще недавно шли бои, всюду орудовали бандеровцы.

— Уезжала налегке. Одеться было не во что. Снег, слякоть, а я в брезентовых туфельках да платочек на плечах. Гуцулы увидели меня и говорят: «Посмотрите, какая у нас прекрасная пани ликарка! Одета так, словно зима еще не настала!»

Но юную медицинскую сестру волновало только



**ПОСЛЕ УЧИЛИЩА, В 1949 ГОДУ АННУ  
НАПРАВИЛИ В ЗАКАРПАТЬЕ. ВРЕМЯ БЫЛО  
НЕПРОСТОЕ: В МЕСТАХ, ГДЕ ЕЩЕ НЕДАВНО  
ШЛИ БОИ, ВОВСЮ ОРУДОВАЛИ БАНДЕРОВЦЫ.**

одно: как бы не допустить медицинской ошибки. В городском стационаре был всего один врач на все отделения. Он работал днем, а ночью — никого, — делится она воспоминаниями.

— Света в больнице не было. Каждое ночное дежурство — испытание, — рассказывает Анна Ивановна. — Страшно было, вдруг придут и убьют. Однажды — стук в дверь. Ну, думаю, это за мной. Вышла во двор, а там подвода, на ней роженица в полусознании, рядом ребенок, все в крови, на улице холод. Кого спасать? Взяла быстро ребеночка, обработала, согрела. А санитарка в это время мамочкой занималась. Много разных случаев в моей практике было, и все с благополучным исходом.

Анна Ивановна проработала в Закарпатье три года. Она не только лечила больных, но вместе с другими активистами ходила по домам, агитировала гуцулов вступать в колхоз.

— Они прятались от нас, всячески сопротивлялись. Мы построили школу, на ее открытие пришли дети с гор, а ночью бандеровцы школу сожгли, учительницу убили. А потом на моих глазах днем застрелили гуцула — он агитировал сельчан вступать в колхоз. Подбежала к нему, а он спрашивает: «Пани ликарка, я буду жить?..» Какое «жить», я до района его не довезла. Тяжко было. Однажды и меня чуть не убили. Спас начальник гарнизона. Схватил меня за руку, и мы побежали. Бежим, а в спину стреляют. К счастью, все обошлось. Ну а мой спаситель стал потом моим мужем, — рассказывает Анна Ивановна.

Несмотря на все пережитое, Анна Ивановна сохранила оптимизм и вкус к жизни.

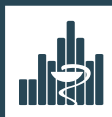
Сейчас только и жить! Я — счастливый человек! У меня замечательная семья: дочь, внук и внучка, которые получили хорошее образование, любимая работа, прекрасный коллектив! — улыбается женщина.



**АННА ИВАНОВНА ПРОРАБОТАЛА В ЗАКАРПАТЬЕ ТРИ ГОДА. ОНА НЕ ТОЛЬКО ЛЕЧИЛА БОЛЬНЫХ, НО ВМЕСТЕ С ДРУГИМИ АКТИВИСТАМИ ХОДИЛА ПО ДОМАМ, АГИТИРОВАЛА ГУЦУЛОВ ВСТУПАТЬ В КОЛХОЗ.**



**НА МОИХ ГЛАЗАХ ДНЕМ ЗАСТРЕЛИЛИ ГУЦУЛА — ОН АГИТИРОВАЛ СЕЛЬЧАН ВСТУПАТЬ В КОЛХОЗ. ПОДБЕЖАЛА К НЕМУ, А ОН СПРАШИВАЕТ: «ПАНИ ЛИКАРКА, Я БУДУ ЖИТЬ?..» КАКОЕ «ЖИТЬ», Я ДО РАЙОНА ЕГО НЕ ДОВЕЗЛА. ТЯЖКО БЫЛО.**



**НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА**

Организация деятельности медицинского персонала в соответствии с национальными стандартами является основой для оценки полноты и качества выполняемых услуг, их стоимости; защиты прав персонала и пациента. Сотрудничество медицинских организаций с нашим институтом призвано способствовать этому.



**ЮЛИЯ БУРКОВСКАЯ**

НАУЧНЫЙ СОТРУДНИК ОТДЕЛА ИССЛЕДОВАНИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

« Конечной целью внедрения стандартов медицинской помощи является достижение наилучших возможных результатов для людей

- УЧАСТИЕ В АДАПТАЦИИ СТАНДАРТОВ И ТЕХНОЛОГИЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ОРГАНИЗАЦИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- МЕТОДИЧЕСКАЯ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- АНАЛИЗ И МОНИТОРИНГ В ОБЛАСТИ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ОСНОВА ДЛЯ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ

**[www.niiozmm.org](http://www.niiozmm.org)**

+7 (495) 951-20-54

niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва,

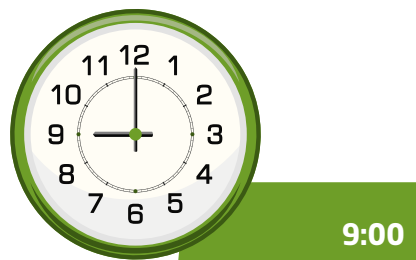
Большая Татарская, 30

# СО ВСЕМ ВНИМАНИЕМ ОДИН ДЕНЬ ИЗ ЖИЗНИ МЕДСЕСТРЫ

Главный объект внимания и забот любой медицинской сестры – пациент. У Надежды Шевелевой – медицинской сестры отделения профилактики детской городской поликлиники № 91 ДЗМ филиал 1 пациенты особенные – это дети. И отношение к ним тоже особенное, мелочей тут не бывает. О своих подопечных Надежда знает все. Каждого знает по имени, подход индивидуален, и дети ей доверяют.



Рабочий день начинается с облачения в спецодежду.  
Тщательное мытье рук — часто повторяемая процедура.



Вакцинация от гриппа. Подготовка к проведению идет с особой тщательностью.

Осмотр врача перед вакцинацией; согласие родителей, измерение температуры тела, измерение частоты дыхания, пульса, опрос на наличие жалоб, объективный осмотр органов и систем.



В процедурном кабинете: смена одежды (иммунизация проводится с обеспечением всех правил асептики и антисептики).



Перед выполнением процедур: мытье рук под проточной водой с жидким мылом для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов, обработка кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.





12:00

В медицинский кабинет приходят дети с различными жалобами, каждого здесь выслушают и окажут помощь. Подскажут, куда и к какому специалисту обратиться. Сегодня Надежда проводит диспансеризацию ребят из лица № 1523 Южного округа.



Обязательный набор процедур: антропометрия — вес, рост, измерение давления, проверка остроты зрения.



В целях профилактики проводится осмотр на педикулез и чесотку.



Подготовка к уроку оказания первой медицинской помощи, завтра на уроке ОБЖ дети совместно с преподавателем будут показывать свои навыки одноклассникам.





День заканчивается так же, как и начинался, — влажной уборкой помещения.



Рабочий день Надежды заканчивается в поликлинике.

# НОВЫЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Современное развитие систем здравоохранения достаточно остро ставит вопрос эффективного использования потенциала специалистов со средним медицинским образованием. В настоящее время имеется значительное количество фактических данных, согласно которым новые модели ухода и принципы работы медицинских сестер позволяют обеспечить экономически эффективные и ориентированные на человека услуги, способные улучшать показатели здоровья населения.

**Подготовлено специалистами ГБУ «НИИОЗММ ДЭМ»**

Медицинские сестры предоставляют безопасную, высококачественную и ориентированную на человека и население медицинскую помощь, улучшают охват и комплексный характер медико-санитарных услуг и снижают затраты медицинских организаций и систем здравоохранения. Их функции развиваются и расширяются, особенно в области укрепления здоровья, профилактики заболеваний, ведения и координации лечения хронических болезней. В целом это развитие строится на научных данных и методах повышения качества и достигается при наличии сильного руководства и благоприятных системных условий.

Фактические данные показывают, что здоровый, получающий надлежащую поддержку и хорошо образованный и мотивированный персонал улучшает процесс предоставления и получения помощи и ее результаты, а также итоговые показатели здоровья населения. Таким образом, важным является создание для медицинских сестер и акушерок благоприятных условий труда и перспектив карьерного роста, их профессиональное признание и вознаграждение.

Укрепление потенциала кадровых ресурсов здравоохранения<sup>1</sup> и уменьшение оттока квалифицированного персонала из развивающихся стран закреплено в «Глобальном кодексе ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения»<sup>2</sup>.

В документе «Здоровье-2020»<sup>3</sup>, определяющем основы политики в области охраны здоровья и повышения уровня благополучия в Европейском регионе ВОЗ, подчеркивается ключевая роль медицинских сестер в усилиях общества по решению проблем общественного здравоохранения и в обеспечении доступа к медицинским услугам и непрерывности помощи, а также в защите прав и удовлетворении динамично меняющихся потребностей людей.

В каждой из четырех приоритетных областей существует значительное количество примеров передовой сестринской практики, показывающей значительные возможности медицинских сестер. Приведенные в данной статье примеры передовой практики в сестринском и акушерском деле были собраны технической программой Европейского регионального бюро ВОЗ «Кадровые ресурсы здравоохранения» при содействии и участии главных государственных специалистов по сестринскому и акушерскому делу, национальных сестринских и акушерских

### **РОССИЯ. Раннее начало физической активности и обучения пациентов после ампутации нижних конечностей**

*Предпосылки.* За три года число ампутаций выросло на 56,3%. Такие пациенты страдают от нарушений способности к передвижению и ограниченной возможности ухода за собой. Омская ассоциация медицинских сестер провела исследование новой модели оказания помощи пациентам, перенесшим ампутацию нижней конечности. Медицинские сестры разработали и провели испытание программы ранней физической реабилитации, направленной на обучение пациентов и улучшение их качества жизни.

*Развитие практики.* Для палатных медицинских сестер были созданы специальные должности медицинских сестер по обучению пациентов. Медицинские сестры обучали пациентов уходу за раной, перевязке раны, личной гигиене при нахождении в постели, дыхательным упражнениям и физическим упражнениям для стимулирования раннего восстановления подвижности и профилактики пролежней. На обучение каждого пациента выделялось тридцать минут ежедневно.

*Итоги и качество помощи.* Итоги оценивались посредством многоцентрового клинического исследования. Пациенты, принимавшие участие в данной программе, начинали проявлять физическую активность на четыре дня раньше, пользоваться костылями на шесть дней раньше, а раны заживлялись на четыре дня раньше по сравнению с пациентами, получавшими стандартную помощь. Помощь, оказываемая в рамках новой модели, была эффективной в сопоставлении с затратами. Из всех участвовавших в опросе пациентов 99,5% были удовлетворены качеством помощи и обучением, полученным после операции. Пациенты принимали активное участие в оказании помощи и были мотивированы на выполнение физических упражнений и преодоление физических препятствий.

<sup>1</sup>Расширение доступа к работникам здравоохранения в отдаленных и сельских районах. Рекомендации по глобальной политике. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г. (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/ru/>).

<sup>2</sup>Резолюция WHA63.16. Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения. В: Шестидесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 17–21 мая 2010 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г. ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R16-ru.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-ru.pdf?ua=1)).

<sup>3</sup>Здоровье-2020 — основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-aeuropean-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>).

<sup>4</sup>Европейский сборник примеров передовой сестринской и акушерской практики в поддержку реализации политики Здоровье-2020. — Копенгаген: Европейское бюро ВОЗ, 2015. — <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-workforce/publications/2015/nurses-and-midwives-a-vital-resource-for-health.-european-compendium-of-good-practices-in-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>.

ассоциаций и сотрудничающих центров ВОЗ по сестринскому и акушерскому делу в регионе<sup>4</sup>. Первой из четырех приоритетных областей политики «Здоровье-2020» является инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан. В условиях происходящих демографических изменений укрепление здоровья, профилактика заболеваний и повышение уровня санитарной грамотности являются главными приоритетами при соблюдении принципа предоставления помощи на всех этапах жизни.

Развитие сестринских услуг в этой приоритетной области направлено на расширение прав и возможностей людей на всех этапах жизни и включает в себя действия, связанные с просвещением, консультированием, скринингом, медицинскими осмотрами и индивидуальной поддержкой. Во всех случаях имеет место цель содействовать здоровому и безопасному началу жизни, нормальному развитию ребенка, санитарной грамотности, выбору более здоровых вариантов образа жизни, социальным и поведенческим изменениям, а также здоровому старению и самостоятельности в повседневной жизни.

Второй приоритетной областью является решение наиболее актуальных проблем в области здравоохранения, связанных с неинфекционными и инфекционными болезнями. Эти проблемы должны решаться путем интегрирования стратегий и практических вмешательств и

### **УЭЛЬС, СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО. Стимулирующее влияние: клинические знания и опыт и лидерство в сестринской помощи больным сахарным диабетом**

*Предпосылки.* Местный Совет по здравоохранению региона Северный Уэльс в 2009 году постановил, что инициатива по экономии затрат должна быть перенаправлена на внедрение лидирующей роли медицинских сестер в ведении сахарного диабета во внестационарных условиях. С самого начала ответственность за развитие данной службы была возложена на медицинских сестер, играющих главную роль в ведении больных сахарным диабетом, что предполагает выполнение медицинскими сестрами, занимающими эту должность, функций лидера в клинической работе и принятии решений.

*Итоги и качество помощи.* Специализированная медицинская сестра оказывала исключительное влияние на разработку как клинических, так и стратегических аспектов услуг. В организациях первичного звена, учреждениях медико-санитарной помощи были проведены многочисленные совместные клинические занятия по проблеме сахарного диабета. Были составлены индивидуальные планы помощи и обеспечено своевременное и обоснованное направление к специалисту, в результате чего предоставлялись услуги, ориентированные на потребности конкретных пациентов.

### **ФИНЛЯНДИЯ. Внедрение роли куратора случаев и модели помощи при хронических состояниях**

*Предпосылки.* Фактические данные свидетельствуют о том, что на оказание помощи людям с хроническими заболеваниями уходит около 78% всех расходов на здравоохранение. Примерно от 2 до 5% людей с хроническими заболеваниями имеют сложные потребности в помощи, включая множественные нарушения здоровья и социальные проблемы. Развитие практики. Была расширена роль медицинской сестры как куратора случаев, которая стала включать координацию помощи и ресурсов и самостоятельное ведение больных. Были перераспределены обязанности между медицинскими сестрами и врачами, и было узаконено право медицинских сестер назначать лечение. К числу необходимых видов компетентности были отнесены выявление групп риска, проведение медицинских осмотров и наблюдение пациентов со сложным сочетанием хронических заболеваний и потребностей в обслуживании.

*Итоги и качество помощи.* Количество экстренных обращений пациентов с хроническими заболеваниями сократилось. Пациенты стали более активно участвовать в лечении, и их удовлетворенность лечением повысилась. Были созданы системы учетных документов пациентов, чтобы улучшить обмен информацией и облегчить планирование помощи для индивидуальных больных. Были введены интерактивные электронные услуги, позволяющие пациентам быстрее получить доступ к обслуживанию.

**ВЕНГРИЯ. Программа скрининга на рак шейки матки, проводимого патронажными медицинскими сестрами**

*Предпосылки.* Программа скрининга на рак шейки матки осуществляется в системе общественного здравоохранения с 2004 г., однако, несмотря на это, каждый год в Венгрии от рака шейки матки умирают примерно 400 женщин. Осуществляемая в секторе общественного здравоохранения программа скрининга на рак шейки матки приглашает женщин в возрасте от 25 до 65 лет проходить скрининг раз в три года, если результаты теста в предшествующие годы были негативными. Несмотря на эти меры, участие в программе скрининга остается очень низким (30% целевого контингента).

*Развитие практики.* Была начата новая экспериментальная программа цервикального скрининга (ПЦС). К проведению скрининга по этой программе были привлечены патронажные медицинские сестры. Программа не ограничивалась взятием цитологических мазков, направлением мазков в лабораторию и другими мероприятиями, а включала также мероприятия по укреплению здоровья, такие как консультирование и мотивирование пациенток, работа с местным населением.

*Итоги и качество помощи.* Программа продемонстрировала хорошие результаты, благодаря полученному опыту патронажные медицинские сестры приобрели навыки и умение выполнять скрининг на рак шейки матки, брать мазки необходимого класса, устанавливать контакты и мотивировать женщин к участию в программе скрининга. Патронажным медицинским сестрам удалось убедить в необходимости пройти скрининг целый ряд женщин, которые за 10 или более лет ни разу не обращались к гинекологу.

Начиная с 2014 г. обучение по программе цервикального скрининга проходит в рамках обучения патронажных медицинских сестер на уровне бакалавра.

**РОССИЯ. Самостоятельные сестринские услуги на более высоком уровне в городской поликлинике № 15 г. Самара**

*Предпосылки.* Цель инициативы состояла в том, чтобы обеспечить качественную профилактическую помощь. Для этого потребовалось поручить медицинским сестрам расширенную и самостоятельную роль при работе вместе с врачами общей практики.

*Развитие практики.* Кабинеты для самостоятельного приема медицинскими сестрами больных с неинфекционными заболеваниями и пациентов, входящих в группы риска, были открыты в 1997 г. В круг ведения медицинских сестер входила организация просвещения пациентов, обеспечение вакцинации, флюорографических обследований и ЭКГ, мониторинг действенности лечения, качества жизни и финансовых ограничений, а также заполнение электронных медицинских форм.

*Итоги и качество помощи.* Совместная работа медицинских сестер и врачей способствовала укоренению расширенной роли медицинских сестер и повышению эффективности профилактики, ведения симптомов и раннего выявления неинфекционных заболеваний. Медицинские сестры наблюдают всех больных, но те больные, которым необходимы дополнительные консультации, диагностирование и лечение, направляются к врачам и в различные отделения поликлиники. За последние 10 лет число больных астмой, наблюдаемых в поликлинике, увеличилось в 8 раз, а показатели госпитализации снизились в 10 раз. Число вызовов неотложной помощи этими больными уменьшилось в 6 раз.

применения общегосударственного подхода и принципа участия всего общества, причем главное внимание должно обращаться на справедливость и социальные детерминанты здоровья.

Третьей приоритетной областью является укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения, потенциала и готовности общественного здравоохранения к чрезвычайным ситуациям, эпиднадзора и реагирования. Для возрождения общественного здравоохранения и преобразования системы предоставления услуг, таким образом,

чтобы добиться более высоких итоговых показателей здоровья населения, требуются гибкие кадровые ресурсы, обладающие многими профессиональными навыками и ориентированные на командную работу.

Четвертой приоритетной областью является создание жизнестойких сообществ и благоприятных условий окружающей среды. Сообщества школьников, молодежи и местных жителей были вовлечены в работу по содействию здоровому образу жизни, изменениям в поведении, созданию условий для укрепления здоровья, для чего проводились консультации, распространение медико-санитарной информации с использованием

### **СЕВЕРНЫЙ УЭЛЬС, СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО. Предоставление услуг по переливанию крови и внутривенной терапии на дому**

*Предпосылки.* В 2012 г. в больнице Мэйлор в г. Рексем, Северный Уэльс, при поддержке Совета по здравоохранению университета Бетси Кадваладр был открыт кабинет внутривенной терапии. Цель заключалась в том, чтобы предоставлять услугу по внутривенной терапии и переливанию крови амбулаторно, чтобы пациенты могли более своевременно выписываться и имели возможность возвращаться в этот кабинет для проведения внутривенной терапии или переливания крови тогда, когда потребуется. Бригада кабинета внутривенной терапии состояла из самостоятельно практикующей медицинской сестры с расширенным кругом функций, двух дипломированных медицинских сестер и одной санитарки. Этой службе также были приданы консультант-микробиолог и врач. Была разработана программа для установления связей со службами участковых медицинских сестер в целом ряде населенных пунктов, чтобы проводить внутривенное введение антибиотиков и переливание крови в таких условиях, которые наиболее удобны для пациента и помощника по уходу. В этот период был написан и утвержден Советом по здравоохранению протокол внутривенного введения антибиотиков и переливания крови во внестационарных условиях.

*Итоги и качество помощи.* С начала данного проекта бригада кабинета внутривенной терапии предоставила услуги 750 пациентам, что выразилось в экономии 4339 койко-дней. Расчетная суммарная экономия затрат составила 1 725 085 фунтов стерлингов. В зависимости от общего состояния здоровья пациента бригада могла адаптировать предоставление помощи в различных местах. В частности, бригада успешно поддерживала пациентов, получающих паллиативную помощь на дому. И хотя этим пациентам требовались процедуры переливания крови, они просили не направлять их в больницу для получения помощи. Для этой группы пациентов наиболее приемлемым был вариант получения помощи от своих родственников и от бригады внестационарной помощи на дому.

информационно-коммуникационной технологии (ИКТ). Медицинские сестры, работающие в стационарах, занимались просвещением среди членов семьи и неформальных помощников по уходу, чтобы поддержать процессы реабилитации и обеспечить качественную помощь пациентам на дому.

Ситуационные исследования демонстрируют широкий диапазон вклада медицинских сестер и акушерок в улучшение здоровья и предупреждение заболеваний — от укрепления здоровья на всех этапах жизни до расширения прав и возможностей граждан и сообществ.

Сестринские кадры обладают необходимыми опытом, знаниями и возможностями для улучшения здоровья населения, но значительная часть этого потенциала остается невостребованной. Ситуационные исследования показали, что для того, чтобы медицинские сестры и акушерки могли работать с максимальной отдачей и в полной мере реализовать свои способности, необходимы действенные стратегии и эффективное планирование кадровых ресурсов, сильные профессиональные лидеры, нормативная база, стандарты в области образования и методы управления, ориентированные на поддержку персонала.

# СПРАВОЧНИК ПО ОБРАЗОВАНИЮ

Для специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием

Подготовлено специалистами ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Перечень специальностей среднего профессионального образования <sup>1</sup> :		
Коды специальностей	Наименования укрупненных групп специальностей, Наименования специальностей	Квалификация(ии) специалиста среднего звена
31.00.00	<i>КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</i>	
31.02.01	Лечебное дело	Фельдшер
31.02.02	Акушерское дело	Акушерка/акушер
31.02.03	Лабораторная диагностика	Медицинский лабораторный техник, Медицинский технолог
31.02.04	Медицинская оптика	Медицинский оптик Оптик-оптометрист
31.02.05	Стоматология ортопедическая	Зубной техник
31.02.06	Стоматология профилактическая	Гигиенист стоматологический
32.00.00	<i>НАУКИ О ЗДОРОВЬЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</i>	
32.02.01	Медико-профилактическое дело	Санитарный фельдшер
33.00.00	<i>ФАРМАЦИЯ</i>	
33.02.01	Фармация	Фармацевт
34.00.00	<i>СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО</i>	
34.02.01	Сестринское дело	Медицинская сестра/Медицинский брат
34.02.02	Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)	Медицинская сестра по массажу/Медицинский брат по массажу
Перечень направлений подготовки высшего образования — бакалавриата <sup>2</sup> :		
Коды специальностей	Наименования укрупненных групп специальностей, Наименования специальностей	Квалификация(ии) специалиста среднего звена
34.00.00	<i>СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО</i>	
34.03.01	Сестринское дело	Академическая медицинская сестра Преподаватель

**Допуск лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала<sup>3</sup>.** Лица, освоившие образовательную программу высшего медицинского образования по специальностям «Лечебное дело»,

«Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология» в объеме трех курсов и более или по направлению подготовки «Сестринское дело» в объеме двух курсов и более либо имеющие диплом специалиста (*диплом бакалавра*) по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Сестринское дело» или «Стоматология», могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности на следующих должностях среднего медицинского персонала:

- медицинская сестра;

<sup>1</sup> Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 29.10.2013 № 1199 «Об утверждении перечней профессий и специальностей среднего профессионального образования».

<sup>2</sup> Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12.09.2013 № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования».

<sup>3</sup> Приказ Минздрава России от 27.06.2016 № 419н «Об утверждении Порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала».



- медицинская сестра палатная (постовая);
- медицинская сестра перевязочной;
- медицинская сестра по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи;
- медицинская сестра процедурной;
- медицинская сестра приемного отделения;
- медицинская сестра участковая;
- медицинский регистратор.

<b>Номенклатура специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации<sup>4</sup>:</b>	
1. Организация сестринского дела	19. Общая практика
2. Лечебное дело	20. Рентгенология
3. Акушерское дело	21. Функциональная диагностика
4. Стоматология	22. Физioterapia
5. Стоматология ортопедическая	23. Медицинский массаж
6. Эпидемиология (паразитология)	24. Лечебная физкультура
7. Гигиена и санитария	25. Диетология
8. Дезинфекционное дело	26. Медицинская статистика
9. Гигиеническое воспитание.	27. Стоматология профилактическая
10. Энтомология	28. Судебно-медицинская экспертиза
11. Лабораторная диагностика	29. Медицинская оптика
12. Гистология	30. Бактериология
13. Лабораторное дело	31. Медико-социальная помощь
14. Фармация	32. Наркология
15. Сестринское дело	33. Реабилитационное сестринское дело
16. Сестринское дело в педиатрии	34. Сестринское дело в косметологии
17. Операционное дело	35. Скорая и неотложная помощь
18. Анестезиология и реаниматология	

## Основные понятия, связанные с подготовкой специалистов со средним медицинским / фармацевтическим образованием<sup>5</sup>

**Квалификация** — уровень знаний, умений, навыков и компетенции, характеризующий подготовленность к выполнению определенного вида профессиональной деятельности.

**Профессиональное образование** — вид образования, который направлен на приобретение обучающимися в процессе освоения основных профессиональных образовательных программ знаний, умений, навыков и формирование компетенции определенных уровня и объема, позволяющих вести профессиональную деятельность в определенной сфере и (или) выполнять работу по конкретным профессии или специальности.

**Образовательная программа** — комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые

<b>Должности специалистов со средним профессиональным (медицинским) образованием (средний медицинский персонал)<sup>6</sup>:</b>	
Акушер	Медицинская сестра по массажу
Гигиенист стоматологический	Медицинская сестра (фельдшер) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи
Заведующий молочной кухней;	Медицинская сестра приемного отделения
Заведующий здравпунктом – фельдшер (медицинская сестра)	Медицинская сестра процедурной;
Заведующий фельдшерско-акушерским пунктом – фельдшер (акушер, медицинская сестра);	Медицинская сестра по реабилитации
Заведующий кабинетом медицинской профилактики – фельдшер (медицинская сестра)	Медицинская сестра стерилизационной
Заведующий производством учреждений (отделов, отделений, лабораторий) зубопротезирования	Медицинская сестра участковая
Зубной врач	Медицинская сестра по физиотерапии
зубной техник	Медицинский дезинфектор
Инструктор-дезинфектор	Медицинский лабораторный техник (фельдшер-лаборант)
Инструктор по гигиеническому воспитанию	Медицинский оптик-оптометрист
Инструктор по лечебной физкультуре	Медицинский регистратор
Инструктор по трудовой терапии	Медицинский статистик
Лаборант	Медицинский технолог
Медицинская сестра	Операционная медицинская сестра
Медицинская сестра-анестезист	Помощник: врача-эпидемиолога, врача-паразитолога, врача по гигиене детей и подростков, врача по гигиене питания, врача по гигиене труда, врача по гигиеническому воспитанию, врача по коммунальной гигиене, врача по общей гигиене, врача по радиационной гигиене
Медицинская сестра врача общей практики (семейного врача)	Помощник энтомолога
Медицинская сестра диетическая	Рентгенолаборант
Медицинская сестра медико-социальной помощи	Старшая медицинская сестра (акушер, фельдшер, операционная медицинская сестра, зубной техник)
Медицинская сестра палатная (постовая)	Фельдшер
Медицинская сестра патронажная	Фельдшер скорой медицинской помощи
Медицинская сестра перевязочной;	Фельдшер-нарколог
Медицинская сестра по косметологии	Фельдшер-водитель скорой медицинской помощи

результаты), организационно-педагогических условий и в случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом, форм аттестации, который представлен в виде учебного плана, календарного учебного графика, рабочих программ учебных

<sup>4</sup> Приказ Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2008 № 176н (ред. от 30.03.2010) «О Номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».

<sup>5</sup> Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н (ред. от 01.08.2014) «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

<sup>6</sup> Федеральный закон от 29 декабря 2012 года №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 2.

предметов, курсов, дисциплин (модулей), иных компонентов, а также оценочных и методических материалов. Дипломом о среднем профессиональном образовании — документ об образовании и о квалификации, выдаваемый лицам, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, подтверждает получение профессионального образования следующих уровня и квалификации по профессии, специальности или направлению подготовки, относящимся к соответствующему уровню профессионального образования.

*Дополнительное профессиональное образование* — направлено на удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей, профессиональное развитие человека, обеспечение соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды. Осуществляется посредством реализации дополнительных профессиональных программ (программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки).

*Повышение квалификации* — направлено на получение компетенции, необходимой для выполнения нового вида профессиональной деятельности, приобретение новой квалификации.

*Профессиональная переподготовка* — направлена на совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности, и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации.

*Дополнительная профессиональная программа* — программы повышения квалификации, программы профессиональной переподготовки. Содержание дополнительной профессиональной программы определяется образовательной программой, разработанной и утвержденной организацией, осуществляющей образовательную деятельность, если иное не установлено настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами, с учетом потребностей лица, организации, по инициативе которых осуществляется дополнительное профессиональное образование.

## Организация обучения специалистов со средним медицинским / фармацевтическим образованием в системе дополнительного профессионального образования<sup>7</sup>

*Продолжительность обучения по программам дополнительного профессионального образования:*

*Профессиональная переподготовка* — не менее 18 часов

*Повышение квалификации* — не менее 250 часов

*Удостоверением о повышении квалификации* — выдается лицам, успешно освоившим соответствующую дополнительную

профессиональную программу и прошедшим итоговую аттестацию, выдаются документы о квалификации. Дипломом о профессиональной переподготовке — выдается лицам, успешно освоившим соответствующую дополнительную профессиональную программу и прошедшим итоговую аттестацию, выдаются документы о квалификации.

*Сертификат специалиста*<sup>8</sup> — документ, дающий право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации. Сертификаты специалиста, выданные медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 года, действуют до истечения указанного в них срока. Форма, условия и порядок выдачи сертификата специалиста устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

*Непрерывное медицинское образование*<sup>9</sup> — обучение специалистов с высшим медицинским образованием в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, с участием медицинских профессиональных некоммерческих организаций, по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации.

■ Существует в виде Модели.

■ Сроки реализации модели: с 1 декабря 2013 года по 31 декабря 2020 года.

*Аккредитация специалистов* — процедура определения соответствия лица, получившего медицинское, фармацевтическое или иное образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности либо фармацевтической деятельности.

### Виды аккредитации:

■ Первичная аккредитация.

■ Первичная специализированная.

■ Периодическая аккредитация.

### Этапы аккредитации:

Первичная аккредитация и первичная специализированная аккредитация:

■ тестирование;

■ оценка практических навыков (умений) в смоделированных условиях;

■ решение ситуационных задач.

### Периодическая аккредитация:

■ оценка портфолио;

■ тестирование.

Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 1 января 2016 года по 31 декабря 2025 года включительно. Сроки и этапы указанного перехода, а также категории лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или

<sup>7</sup> Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 года №499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».

<sup>8</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

<sup>9</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 837 от 11.11.2013 г. (в ред. Приказа Минздрава России от 09.06.2015 № 328) «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций».

иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, определяются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти<sup>10</sup>.

*Свидетельство об аккредитации — документ, который выдается лицу, признанному аккредитационной комиссией прошедшим процедуру аккредитации специалиста, в порядке, определенном Министерством здравоохранения Российской Федерации.*

## **Нормативные документы, регламентирующие образование и квалификационные требования специалистов с высшим и средним медицинским образованием**

■ Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

■ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

■ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 01 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»

■ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 29.10.2013 №1199 «Об утверждении перечней профессий и специальностей среднего профессионального образования»

■ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12.09.2013 № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования»

■ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях»

■ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2008 г. № 176н «Номенклатура специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»

■ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 октября 2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование»

■ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012г. № 1183н г. Москва «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»

■ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.07.2000 № 284 «О специальных экзаменах для лиц,

получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах»

■ Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки»

■ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2016 № 83н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием»

■ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих»

■ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 июня 1998 г. № 186 «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием» (в ред. Приказов Минздрава РФ от 04.04.2003 № 143, от 26.05.2003 № 222, от 05.08.2003 № 332)

■ Приказ Минздрава России от 27.06.2016 № 419н «Об утверждении Порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала»

■ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 837 от 11.11.2013 г. (в ред. Приказа Минздрава России от 09.06.2015 № 328) «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций»

■ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»

■ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.06.2016 № 352н «Об утверждении порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста, формы свидетельства об аккредитации специалиста и технических требований к нему»

■ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 августа 2015 г. № 599 «Об организации внедрения в подведомственных Министерству здравоохранения РФ образовательных и научных организациях подготовки медицинских работников по дополнительным профессиональным программам с применением образовательного сертификата»

<sup>10</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».

# СВОЯ ВОЙНА

Коллектив отделения анестезиологии-реанимации ГКБ №52 ДЗМ насчитывает 51 человек, из них 21 – врачи-анестезиологи-реаниматологи и 30 медицинских сестер-анестезистов. Есть в коллективе и сотрудники, имеющие опыт работы в военной медицине, выполнявшие свой профессиональный и гражданский долг во время боевых действий на Северном Кавказе. Одна из них, медсестра-анестезист Марина ЛАКТИОНОВА... Сегодня она вспоминает о своем военном пути.

У каждого поколения нашей страны была своя война. Больше 70 лет назад отгремела Победа в Великой Отечественной войне, но и в мирное время мы все становимся невольными свидетелями локальных военных конфликтов, в которых гибнут наши сограждане. И все же, что такое война для большинства из нас? Это короткие новостные телерепортажи издалека, истории из когда-то прочитанных книг, кадры из фильмов, пожелтевшие фотографии в семейном альбоме и дедушкины награды в шкатулке. Мы все живем в мирной повседневности, серьезно переживаем свои мелкие неурядицы и проблемы, строим планы, мечтаем о будущем...

В девяностых и начале двухтысячных на Северном Кавказе шла контртеррористическая операция, и военный госпиталь, в котором я тогда работала, направлял группы медицинского усиления для помощи больным и раненым военнослужащим погранвойск. Обычно направлялись группы, состоящие из хирургов, анестезиолога, анестезиста, операционной медсестры и санитаря. Однажды и я как анестезист обратилась к руководству с просьбой командировать меня в составе группы медицинского усиления в воинскую часть, выполнявшую боевые задачи в Чеченской Республике.



Было начало марта, в горах Чечни бушевали ураганные ветры, и нашей группе пришлось долго ждать вылета к месту службы. Наконец погода позволила выполнить рейс, мы погрузились в вертолет и взлетели. Я с любопытством смотрела в иллюминатор на высокие и древние сторожевые башни в горах, разрушенные войной селения, мечети, мусульманские кладбища с одинаковыми памятниками — столбами. Наш борт шел на очень малой высоте, отстреливая тепловые ракеты. Стрелок-радист у пулемета постоянно был готов отразить атаку. Мы все знали, что вертолет могут обстрелять, сбить из ПЗРК, но никто не верил в возможность собственной гибели. Нам передалось спокойствие и уверенность военных летчиков, мы чувствовали себя защищенными.

Воинская часть, куда мы прилетели, располагалась над Аргунским ущельем, в котором совсем недавно до этого шли страшные, кровопролитные бои. В ПМП, полковом медпункте, в наше распоряжение были переданы две палатки — операционная и палата реанимации. Нас ждала работа.



Первым моим открытием на новом месте были холод, постоянная нехватка чистой привозной воды, электроэнергии, отсутствие канализации. Каждый день шел густой снег, по ночам были сильные морозы, вокруг нашего лагеря выли шакалы. Утром наш санитар, солдат-срочник, кипятил большой чайник воды. Это было счастьем, потому что можно было умыться, ведь вода в канистре в нашей палатке за ночь превращалась в лед. С первых дней в нашей жилой палатке поселился веселый котенок-подросток. Я назвала его НУРС — «неуправляемый реактивный снаряд». Котенок тоже мерз, он приходил ночевать в мой спальный мешок, мы спали обнявшись, согревали друг друга. А днем, если была оттепель, все дорожки в лагере раскисали, и, пройдя несколько метров от палатки к палатке, мы приносили с собой по огромному кому грязи на каждом берце. Борьба с грязью и инфекцией превратилась в нашу рутину. Мы научились радоваться малому и ценить простые вещи: горячую воду в бане раз в неделю, пакет кефира, привезенного кем-то с большой земли, возможность позвонить родным с пункта радиосвязи. В этих полевых условиях нужно было соблюдать асептику и санитарию, согревать палатки (топить печки-буржуйки углем и сырыми дровами), уметь пользоваться автоклавами, работавшими на дровах, отстирывать кровавое операционное белье, иногда работать при свете масляных коптилок. Электроэнергия в наш военный лагерь подавалась от дизельного генератора, который иногда умолкал. Запас медикаментов и оборудование были скромными, только то, что осталось от предыдущей группы, и то, что мы привезли с собой. У наших врачей не было лаборатории, рентгенодиагностики, УЗИ и т.д. Были фонендоскоп, тонометр, ларингоскоп, аппарат ИВЛ, электроотсос и шприцевой дозатор. Еще были профессионализм, клинический опыт и интуиция. Диагнозы нужно было ставить быстро и точно. Действовать решительно.

Вторым открытием были доброта и радушие военнослужащих части, искреннее и бескорыстное желание помочь нам обустроиться на новом месте. Едва знакомые, узнав, что военная форма и обувь взята мной напрокат у госпитальных подруг, принесли мне в подарок новые камуфляж, маскхалат и берцы. Без моей просьбы, найдя нужный размер, эти люди заботливо экипировали самого маленького и хрупкого солдата полка. Чем я могла отблагодарить их? Им и не нужна была какая-то особая благодарность. Там, в горах, между людьми были иные, чем в обычной жизни, отношения. Я узнала людей, для которых не имели ценности деньги и вещи. Берегли только оружие. Ценили благородство, мужество, честь, умение дружить и воевать.

Командировка — это непрерывное дежурство длиной почти в два месяца. Мы работали. Если нужно было не отходить от пациента несколько суток, мы не отходили. К нам поступали пациенты с тяжелыми формами пневмонии, острой дыхательной недостаточностью, с инфекционно-токсическим шоком, угрожающими жизни кишечными инфекциями. Самыми серьезными ранеными были те, кто получил минно-взрывную травму, множественные осколочные поражения и ожоги. Подрыв на фугасе — это оторванные конечности, повреждения внутренних органов, контузии, массивная кровопотеря, болевой шок. Во мне кипело острое чувство горечи и ненависти к тем, кто смог превратить сильных и здоровых парней в растерзанных калек. Борьба за жизни шла непрерывно, но мы не всем могли помочь. Единственной возможностью эвакуировать раненых и больных в госпитали были вертолеты. Летчики часто совершали невозможное, летая в туман и даже ночью над горами, вывозя ребят на большую землю. Героями были и наши коллеги медики. Я помню, как однажды, поздно вечером, командир ПМП



принял сообщение о больном пневмонией с высокой температурой и интоксикацией. Взяв с собой только два автомата, он без охраны уехал ночью за больным на дальнюю заставу. В условиях войны это был очень большой, но оправданный риск. Я видела, как мастерски работают военные медики боевых подразделений. Молодые военврачи, фельдшеры и санинструкторы в одиночку оказывали раненым пособие грамотнее и эффективнее, чем целая бригада скорой помощи из мирной жизни. Это и был бесценный опыт военно-полевой медицины.

Наши пациенты и раненые были настоящими воинами, очень терпеливыми и мужественными, они не капризничали и не жаловались. Когда им становилось легче, они пытались улыбаться и шутить. Моим пациентам, даже офицерам, не было и тридцати. По возрасту они почти все были младше меня, я относилась к ним, как к младшим братьям. Они называли меня сестренкой. На военном языке мои раненые братья назывались «трехсотыми», убитые — «двухсотыми». Меня не покидала мысль о том, какая страшная вещь война, как несправедливо то, что столько прекрасных молодых людей умирают и получают увечья каждый день. И еще о том, как призрачна грань между жизнью и смертью. Я думала об этом прекрасным утром, глядя на сияющие в рассветном солнце снежные горы. У меня в кармане был ключ от сарайчика, где на носилках лежал солдат, чей-то сын. Мы с ним вдвоем ждали следователей военной прокуратуры. Он — мертвый, с оторванными ногами. И я — живая. Вчера этот парень защищал Родину, а потом я пыталась спасти его. Это неправда, что опытные медики черствеют, становятся бесчувственными, не плачут о погибших. Они плачут.

Одним из самых сильных впечатлений был парад на плацу части по понедельникам.



Это была традиция полка, парад принимал командир. Под марш «Прощание славянки», отдавая честь флагу России и командиру, проходили колонны военнослужащих. Многие из них были с огромными рюкзаками, полными разгрузками, оружием. Они уходили с парада на войну, точно так же, как их деды и прадеды уходили в бой с парада на Красной площади 7 ноября 1941 года. ГПГ — разведывательно-поисковые группы — проводили рейды в горах, по нескольку дней и даже недель, отыскивая боевиков и ведя с ними бои. Они были там одни, могли рассчитывать только друг на друга, удачу, да еще на исправность рации. По рации РПГ вели корректировку огня артбатальона нашего полка. Артиллерия била по целям в горах, где скрывались боевики. В безвыходной ситуации разведчики могли вызвать огонь на себя. Я до сих пор не знаю ничего страшнее, чем огонь «Града» и «Урагана». И еще,





сейчас я не люблю взрывы праздничных петард и фейерверков. Я стояла у края плаца, слушала марш, смотрела в их лица и вслед уходящим и знала, что, возможно, кто-то из них никогда не вернется домой. Каждого из этих ребят мне хотелось обнять, каждому я всем сердцем желала удачи. В наших горах началась весна. На полигоне, куда мы ходили на стрельбы, сошел снег и расцвели подснежники. Было очень странно видеть поле, сплошь усыпанное стреляными гильзами и нежными цветами. Командировка подошла к концу. Наш маленький медицинский коллектив сплотился, мы стали почти родными и научились понимать друг друга без слов, с одного взгляда. Мы улетали домой. Сдали дежурство следующей группе, пришло огромное облегчение! Нас ждали семьи, друзья, впереди было солнечное лето. У всех было чувство, что война наконец-то закончилась. Мы ошибались. Через четыре месяца бандиты захватили школу в Беслане. Война продолжалась... Говорят, что женщине тяжелее на войне, чем мужчине. Я не знаю, я никогда не была мужчиной. Говорят, что женщине не место на войне. Я точно знаю, что и мужчине там не место.



**ДЕПАРТАМЕНТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ**