

СЕСТРИНСКОЕ

г е л о

6'2025

*Вакцинация:
ключ к здоровью
стр. 7*

*Вести Союза
медицинских
профессиональных
организаций
стр. 13*

*Риски ИСМП
при флеботомии
стр. 17*

*Школа молодого
специалиста
в Забайкалье
стр. 25*

*Правила
перемещения
пациента
с дефицитом
самоухода
стр. 35*





XI МЕЖДУНАРОДНЫЙ САММИТ
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР



ВЫСШАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ
ШКОЛА

XI МЕЖДУНАРОДНЫЙ САММИТ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

«МАСТЕРСКАЯ УПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБОЙ»

Москва
1–2 октября

Аккредитован – 11 ЗЕТ
Более 20 экспертов

Ключевые темы:

- Управление сестринской службой
- Эпидемиологическая безопасность
- Открытые дискуссии и круглые столы
- ИИ, телемедицина, новые технологии
- Брейн-ринг «Управление сестринской службой в деталях»

Регистрация
по QR-коду



При поддержке:



ВУНМЦ
Минздрава России



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ»

**Издатель: ООО «Современное
сестринское дело»**

Редакционный совет:

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

В.А. ВИШНЯКОВА, главный
внештатный специалист по управлению
сестринской деятельностью Минздрава
РФ в ДФО, президент Забайкальской
региональной общественной
организации «Профессиональные
медицинские специалисты»

Н.Н. КОСАРЕВА, почётный
президент Самарской региональной
организации медицинских сестер,
член Общественной палаты
Самарской области

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

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

Г.М. ПОДОПРИГОРА, президент
ПРОО медицинских работников
Санкт-Петербурга, доцент кафедры
гериатрии, пропедевтики и управления
в сестринской деятельности
Северо-Западного государственного
медицинского университета
им. И.И. Мечникова

И.В. ТАРАСОВА, врач-методист
ГБУЗ ДЗМ «СС и НМП
им. А.С. Пучкова», преподаватель
высшей квалификационной категории

СОДЕРЖАНИЕ:

ОТ РЕДАКЦИИ	
О трудовых резервах	3
ПРОФСОЮЗНАЯ ТЕМА	
Начисление зарплат медикам сделают более справедливым	4-6
ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ	
Вакцинация — основа профилактики и охраны здоровья	7-9
Пациент с дефицитом самоухода: основы эргономики и перемещения	31-35
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА	
Взаимодействие медицинского образования и практического здравоохранения как фактор, повышающий практическую подготовку студентов	10-12
Саморегуляция — необходимый элемент в подготовке будущих медицинских работников	36-38
ВЕСТИ СОЮЗА МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ	
Роль специалистов среднего звена в оказании первичной медико-санитарной помощи	13-15
25 лет — это только начало	15-16
ПРОФИЛАКТИКА ИСМП	
ИСМП при взятии крови: риски медицинского персонала и пациента	17-20
ОБМЕН ОПЫТОМ	
Основы контроля качества стерилизации медицинских изделий в многопрофильной детской больнице	21-24
РЕГИОНЫ РОССИИ	
Лучший способ сохранить знание — поделиться им с другими	25-26
СЕСТРИЧКА	27-30
НА ЗАМЕТКУ МЕДСЕСТРЕ	
Секреты активной и долгой жизни	39-40
Вес под контролем	40

ИЗДАТЕЛЬ: ООО
«Современное сестринское дело»

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Наталина КРУШИНСКАЯ

РЕДАКЦИЯ

Ответственный секретарь
Ирина ФЕТИЩЕВА
Обозреватель
Ирина МЫЛЬНИКОВА
Корреспондент
Дмитрий КУБРАКОВ
Технический редактор
Алла МАЛЬЦИНА
Корректор
Анна ПУШКИНА

КОММЕРЧЕСКИЙ ДИРЕКТОР
Светлана СПОДОБЕЦ

**ОТДЕЛ МАРКЕТИНГА
И РЕКЛАМЫ**
Евгения БЫСТРОВА

Адрес редакции:
127254, Москва,
ул. Добролюбова, д. 21А, корп. Б

Телефон отдела маркетинга:
8-916-031-02-83

Адрес для писем:
127254, Москва, а/я 59

E-mail: s_delo@inbox.ru
Наш сайт: www.s-delo.com

За содержание рекламных материалов редакция ответственности не несет

Читайте в этом номере:

ПРОФСОЮЗНАЯ ТЕМА

Начисление зарплат медикам сделают более справедливым

Министерство труда расширит перечень индикаторов для оценки соблюдения трудовых прав медиков, чтобы сделать начисление зарплат медиков более справедливым.

Так, если в медицинской организации у более чем 25% работников, получающих специальные социальные выплаты, в предыдущем отчетном квартале зарплата снизилась, это станет сигналом о нарушениях при начислении заработной платы и поводом для внеплановой проверки.

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ

Вакцинация — основа профилактики и охраны здоровья

Несмотря на очевидные успехи вакцинации, в мире по-прежнему много людей, отрицающих ее пользу, отмечалось на XI Всероссийской мультимедийной конференции «Время жить», посвященной вакцинации на протяжении всей жизни. Нужны более активные действия, практические решения, научные изыскания, необходимы новые эффективные и безопасные вакцины, чтобы нейтрализовать антивакцинальное движение.

Пациент с дефицитом самоухода: основы эргономики и перемещения

Верное позиционирование уменьшает дискомфорт пациента, улучшает дыхание и кровообращение, снижает риски развития пролежней и, наоборот, неправильное или неудобное положение тела пациента может вызвать ухудшение его состояния.

Для медработника перемещение пациента всегда сопряжено с серьезными физическими нагрузками. Без соблюдения должной техники безопасности оно может привести к травмам опорно-двигательного аппарата.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА

Взаимодействие медицинского образования и практического здравоохранения как фактор, повышающий практическую подготовку студентов

В Ивановском медицинском колледже многое сделано для создания и совершенствования системы практической подготовки студентов на основе взаимодействия обучающей организации и практического звена здравоохранения, улучшения их организационных и правовых отношений.

Саморегуляция — необходимый элемент в подготовке будущих медицинских работников

Студенческий стресс — весьма распространенное явление. Он возникает из-за нехватки времени, большого потока информации, возможных конфликтов с родителями, преподавателями или однокурсниками и т.д. Актуальной задачей является развитие у студентов навыков самоконтроля, умения применять методы и техники саморегуляции, управлять факторами, которые вызывают стресс.

ВЕСТИ СОЮЗА МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Предлагаем нашим читателям рубрику, посвященную работе одного из самых крупных профессиональных объединений медицинских сестер в России. Союз медицинских профессиональных организаций (СМППО) был создан в 2015 году и объединяет более 170000 специалистов из ассоциаций Башкортостана, Алтая, Бурятии, Нижегородской области, Дагестана, Забайкальского края, Мордовии, Рязани, Краснодар, Пензы, Самары, Иркутска, Астрахани.

В этом выпуске: об основных событиях Всероссийского форума «Роль специалистов со средним медицинским образованием в оказании первичной медико-санитарной помощи», прошедшего в Уфе, и об итогах Всероссийской научно-практической конференции в Пензе, посвященной качеству и безопасности медицинской помощи, приуроченной к 25-летию Общественной организации средних медицинских работников Пензенской области «Надежда».

ПРОФИЛАКТИКА ИСМП

ИСМП при взятии крови: риски медицинского персонала и пациента

Экономия на расходных материалах для взятия крови повышает риски ИСМП как для пациента, так и для персонала — такой вывод делают авторы статьи на основании изучения обстоятельств крупных вспышек внутрибольничных инфекций и итогов научных исследований последних лет.

ОБМЕН ОПЫТОМ

Основы контроля качества стерилизации медицинских изделий в многопрофильной детской больнице

В 2017 году в Детской республиканской клинической больнице Республики Бурятия прошла реновация централизованного стерилизационного отделения. Было приобретено и установлено новое оборудование, усовершенствована логистика, разработаны новые стандартные операционные процедуры.

РЕГИОНЫ РОССИИ

Лучший способ сохранить знание — поделиться им с другими

В рамках программы «Наставничество», действующей в Краевой больнице №4 Забайкальского края с 2012 года, открыта Школа молодого специалиста. Под чутким руководством старших медицинских сестер начинающие медики обучаются тонкостям профессии, проходят адаптацию в коллективе.



ОРГАНИЗАТОР, ВРАЧ, ПЕДАГОГ

Ирина Сергеевна Бахтина, директор ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский центр последипломного образования работников здравоохранения ФМБА России» с момента его основания в 1988 году, принадлежит к тем замечательным людям, которых в профессиональной среде не только хорошо знают и уважают, но к которым испытывают самую искреннюю симпатию.

Ирина Сергеевна отличается любовью к ближнему, а именно это качество делает человека настоящим врачом и истинным учителем. Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации, И.С. Бахтина более 45 лет трудится в системе здравоохранения, в том числе последние 37 лет — в сфере дополнительного образования работников здравоохранения. Выпускница лечебного факультета Первого Ленинградского медицинского института им. акад. И.П. Павлова, она прошла путь от врача-терапевта до директора учебного заведения, защитила кандидатскую диссертацию, внесла большой вклад в развитие и совершенствование системы повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения.

В 2014–2021 гг. была главным внештатным специалистом по управлению сестринской деятельностью ФМБА России, с 2004 г. по 2017 г. — главным специалистом по вопросам последипломного профессионального образования специалистов в системе здравоохранения Санкт-Петербурга.

Ирина Сергеевна участвовала в разработке профессиональных стандартов — «Медицинская сестра по реабилитации», «Младшая медсестра по уходу за больными», она соавтор методических рекомендаций МЗ РФ по реабилитации пациентов с новой коронавирусной инфекцией.

С мая 2025 года она координирует деятельность рабочей группы МЗ РФ по разработке типовых программ ДПО по направлению «Реабилитационное сестринское дело».

И.С. Бахтина является вице-президентом Союза ДПО, руководителем рабочей группы «Обеспечение качества ДПО в социально значимых отраслях экономики»; членом Профильной комиссии по управлению сестринской деятельностью МЗ РФ, президиума Совета директоров средних медицинских и фармацевтических образовательных организаций МЗ РФ, редакционного совета журнала «Сестринское дело».

Она — автор свыше 100 научных работ. Среди ее наград — знак «Отличник здравоохранения», Золотой крест ФМБА России, нагрудный знак «А.И. Бурназян» и многие другие. И.С. Бахтина — блестящий специалист, талантливый организатор и руководитель, прекрасный человек. В один из сентябрьских дней она отметила юбилей.

Сердечно поздравляем и желаем дальнейших свершений, здоровья и счастья!

О ТРУДОВЫХ РЕЗЕРВАХ

В этом году наша страна празднует 85-летие системы среднего профессионального образования, выполняющей ключевую роль в подготовке квалифицированных кадров, в том числе в обеспечении специалистами такой важной отрасли экономики, как здравоохранение.

День среднего профессионального образования ежегодно отмечается 2 октября в соответствии с Указом Президента Российской Федерации В.В. Путина № 496 от 25 июля 2022 года, направленного на развитие и популяризацию этого вида подготовки специалистов. Дата была выбрана не случайно: 2 октября 1940 года вышел Указ Президиума Верховного Совета СССР «О государственных трудовых резервах». Тогда было положено начало системе централизованного рекрутирования и обучения специалистов, что было остро необходимо в условиях стремительного развития экономики и острого дефицита кадров. Эта система зарекомендовала себя как эффективный инструмент обеспечения потребностей предприятий и организаций и в тяжелые годы Великой Отечественной войны, и в первые послевоенные пятилетки.

В современной России система СПО остается ключевым механизмом, обеспечивающим подготовку для экономики страны кадров, которые соответствуют требованиям рынка труда и способны адаптироваться к быстро меняющимся условиям. Флагманский проект в сфере СПО — «Профессионалитет». Он направлен на создание кластеров, которые объединяют учреждения СПО и предприятия для подготовки специалистов в приоритетных отраслях экономики. В рамках проекта модернизируются образовательные программы, развивается взаимодействие с работодателем, возрастает успешное трудоустройство выпускников.

Накануне 85-летия СПО в Москве состоялось важное событие для всей системы среднего профессионального медицинского образования: на базе Всероссийского научно-учебно-методического центра по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию МЗ РФ прошла II Всероссийская научно-практическая конференция «Специалисты среднего звена в медицине и фармации: подготовка, аккредитация и трудовая деятельность».

В течение 4 дней — 22–25 сентября — свыше 400 представителей медицинского образования и практического здравоохранения, исполнительных органов власти и общественных организаций участвовали в насыщенной программе форума, включающей пленарные заседания, секции по ключевым вопросам профессиональной подготовки, мастер-классы и т.д. По словам директора ВУНМЦ А.Г. Мирошниченко, обеспечение для столь многогранного собрания возможности обсудить на единой площадке актуальные вызовы позволяет не только обозначить текущие проблемы, но и найти конкретные пути решения кадровых вопросов в здравоохранении.

В СМПО происходят поистине революционные изменения, включая развитие региональных образовательных кластеров, рост взаимодействия с работодателем, изменения в части регламентации требований к образовательным организациям и профессиональным образовательным программам в соответствии с 28-ФЗ от 28.02.2025 г. и др. Ожидаются и другие перемены в связи с законопроектом о целевой подготовке студентов-медиков, внесенным в Госдуму.

Впрочем, подробнее о конференции в ВУНМЦ МЗ РФ и других крупных мероприятиях, запланированных на эту осень, мы расскажем позже. А в этом номере журнала вас тоже ждет немало интересного — в сфере профессиональной подготовки, непрерывного образования, профилактики ИСМП, качества и безопасности медицинской помощи.

ИСПОЛКОМ ФНПР: КЛЮЧЕВЫЕ РЕШЕНИЯ И ПЛАНЫ НА БУДУЩЕЕ

30 июля в Москве прошло заседание Исполкома Федерации независимых профсоюзов России (ФНПР). Мероприятие было посвящено подведению итогов коллективно-договорной кампании 2024 года, обсуждению правозащитной работы, кадровым вопросам.

В 2024 году профсоюзами была проделана большая работа по заключению и продлению соглашений на всех уровнях социального партнёрства, отмечалось в ходе заседания.

Заклучено Генеральное соглашение между общероссийскими объединениями профсоюзов, работодателей и Правительством Российской Федерации на 2024-2026 годы, а также 19 новых отраслевых соглашений и 14 дополни-



тельных соглашений на федеральном уровне. В 84 субъектах Российской Федерации действуют региональные трёхсторонние соглашения, при этом за отчётный период было заключено 24 новых соглашения. Количество коллективных договоров остаётся значительным — 109 397. Охват членов профсоюзов коллективными договорами и отраслевыми соглашениями на федеральном уровне составил 96,3%.

В 22 субъектах РФ региональными соглашениями установлен размер минимальной заработной платы, превышающий МРОТ. В ряде отраслевых и региональных соглашений закреплена индексация заработной платы не реже одного раза в год на величину, не меньшую, чем рост индекса потребительских цен. В некоторых отраслевых соглашениях установлена конкретная доля постоянной части заработной платы (тарифной ставки, оклада) в структуре заработной платы.

Замедление роста экономики, дефицит кадров, особенно рабочих профессий, высокие кредитные ставки и, как следствие, риски задержек зарплат и банкротств ставят перед профсоюзами новые задачи, среди них — повышение зарплат работников опережающими темпами, развитие наставничества и защита трудовых прав, включая борьбу с невыплатами и обеспечение безопасности на производстве.

Профсоюзы продолжают работу по предотвращению нарушений трудовых прав и укреплению гарантий для всех категорий работников. В 2024 году правовые инспекторы ФНПР провели более 36 тыс. проверок, выявив 344 тыс. нарушений трудового законодательства, выдано более 12 тысяч представлений об их устранении, из которых устранено 90%. Наиболее активными были профсоюзы образования, здравоохранения и транспорта.

НА СТАВРОПОЛЬЕ ПРОИНДЕКСИРУЮТ ЗАРПЛАТЫ БЮДЖЕТНИКОВ

Трёхсторонняя комиссия по регулированию социально-трудовых отношений Ставропольского края поддержала предложение регионального профобъединения ФНПР о необходимости индексации зарплат работников бюджетной сферы края.

Ключевые аргументы профсоюзов: зарплаты бюджетников не индексировались более года; рост тарифов ЖКХ и инфляции опережает в Ставропольском крае среднероссийские показатели; Ставрополье занимает низкие позиции в рейтингах по доходам населения (81-е место) и материальному благополучию (76-е место).

Региональный кабмин пытается принимать меры для снижения уровня бедности, но отсутствие индексации зарплат при растущих ценах

все равно загоняет в бедность бюджетников, составляющих значительную часть работающего населения края, подчеркивает председатель Федерации профсоюзов Ставропольского края Татьяна Чечина.

Решение трехсторонней комиссии — первый шаг к изменению ситуации. Далее вопрос должен быть рассмотрен правительством Ставропольского края для принятия конкретных мер.

НАЧИСЛЕНИЕ ЗАРПЛАТ МЕДИКАМ СДЕЛАЮТ БОЛЕЕ СПРАВЕДЛИВЫМ

Министерство труда выступило с предложением расширить перечень индикаторов для оценки соблюдения трудовых прав медиков, сообщает центральная профсоюзная газета «Солидарность». Эта мера призвана сделать начисление зарплат медиков более справедливым и помочь, хотя бы отчасти, решить вопрос острого дефицита кадров в отрасли.

Планируется ввести, например, такой индикатор: если в медицинской организации у более чем 25 % работников, получающих специальные социальные выплаты, в предыдущем отчетном квартале зарплата снизилась, это будет свидетельствовать о нарушении трудовых прав работников в части полноты начисления заработной платы и станет поводом для внеплановой проверки.

Речь идет о соцвыплатах из бюджета для медиков, работающих на селе, в малых городах и районных центрах. Например, в городах с населением 50 – 100 тыс. человек врачам доплачивают 29 тыс. руб., среднему медицинскому персоналу – 13 тыс. руб. В населенных пунктах с меньшим населением доплата врачам составляет 50 тыс. руб., средним медработникам – 30 тыс. руб. Выплаты начали действовать с 1 марта 2024 года и находятся под контролем Роструда и Социального фонда.

То, что начисление выплат требует упорядочения и контроля, подтверждают результаты опросов российских медиков. Так, в ходе опросов, проведенных сервисами «Акция медицина» и «Врачи РФ» среди 1198 врачей и младшего медперсонала, 46% респондентов заявили, что считают сегодняшнюю систему распределения стимулирующих выплат несправедливой, 23,8% отметили, что система начисления выплат слишком субъективна, и лишь 6,7% назвали ее критерии четкими и прозрачными. Опрос также выявил существенные

различия в том, какую долю стимулирующие выплаты занимают в общей зарплате. У 16,9% респондентов стимулирующие выплаты составляют более половины зарплаты, в то время как 23,9% не получают их вовсе.

Ситуацию прокомментировал председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников. Он отметил, что дополнительные социальные выплаты были введены для того, чтобы закрепить медицинских работников на самых тяжелых, оголившихся из-за дефицита кадров участках. Мера сработала, помогла улучшить кадровую ситуацию в сельском здравоохранении, хотя и не позволила ликвидировать дефицит кадров полностью.

Однако выплаты получают не все категории медработников, и главные врачи, чтобы уравнять ситуацию нередко срезают часть выплат у одних сотрудников в пользу других, заметил А. Домников. На устранение этой практики в основном и будут направлены действия Минтруда.

Вместе с тем важно понимать, подчеркнул лидер профсоюза, что социальные выплаты – это вынужденная мера. Решать кадровую проблему нужно системно, увеличивая заработную плату всем работникам, выравнивая ее уровень между территориями. Когда зарплата достойная, то и пустующих вакансий не будет.

Напомним, что в 2021 году Минтруд готовил реформу зарплат, она должна была привести оплату труда медицинских работников к единообразию, но реформа была отложена.

ПРОФСОЮЗ ДОБИЛСЯ СПРАВЕДЛИВОСТИ

Соцфонд при назначении пенсии отказался включить учебные отпуска в льготный стаж старшей медсестры городской больницы г. Иваново.

Объясняя свое решение, государственная инстанция ссылаясь на постановление Правительства РФ № 381 от 18.06.2007 г. Там сказано, что учебные отпуска включаются в спецстаж только до 30 июня 2007 г.

Правовой инспектор труда ЦК Профсоюза по Ивановской области встал на защиту интересов сотрудника. За бюрократией нужно видеть судьбу человека. Руководствуясь со-

ображениями справедливости, специалист подготовил исковое заявление и представил интересы медработника на процессе.

Прислушавшись к мнению профсоюза, суд удовлетворил иски требования. Благодаря включению учебных отпусков в льготный стаж медсестра получит право выйти на пенсию на год раньше срока, установленного Соцфондом.

КАЖДАЯ ПЯТАЯ МЕДСЕСТРА УВОЛЬНЯЕТСЯ В ПЕРВЫЙ ГОД РАБОТЫ

21 % медсестер, пришедших на работу в организации здравоохранения, увольняются в течение первого года работы, об этом сообщила заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Семенова на конференции «Кадры для современного здравоохранения. Стратегия по снижению дефицита кадров», прошедшей 21 июля в Калуге.

«Мы с Пенсионным фондом решили посмотреть, сколько молодых специалистов, пришедших на должность медицинских сестер, остались работать в своих организациях больше года. Из 69 тыс. почти 15 тыс. медицинских сестер проработали меньше года и уволились», — сказала Т.Семенова. Лидируют по числу уволившихся республики Тыва (42%), Алтай (41%), Калмыкия (34%), Бурятия (33%) и Курганская область (32%). Менее 15% медсестер увольняются в первый год работы в Ивановской и Херсонской областях, а также в Чукотском и Ямало-Ненецком автономных округах.

В Профсоюзе работников здравоохранения РФ согласились с такой неутешительной статистикой Минздрава, отметив, что она объясняется невысоким уровнем зарплат. «Люди сталкиваются с трудностями, которые они,

видимо, не могут преодолеть. И понимая, что в дальнейшем ничего не изменится, они покидают рабочее место или в принципе работу в этой сфере. Нужно повышать статус медицинского работника. А в основе этого лежит заработная плата», — подчеркнул заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаил Андрочников.

Важно также, чтобы система медицинского образования работала без сбоев и выпускала достаточно медиков. Ситуация с подготовкой врачей начинает улучшаться, отметил М. Андрочников, открылось и открывается большое количество медицинских факультетов в немедицинских вузах, планируется передать ряд врачебных обязанностей фельшерам. А вот ситуация со средним медицинским персоналом остается сложной, сказал он.

ПАМЯТИ УЧИТЕЛЯ

21 сентября 2025 года не стало Татьяны Владимировны Коваленко, одной из основоположников современного сестринского дела в России, Заслуженного учителя Российской Федерации, более 30 лет возглавлявшей Московский медицинский колледж № 2.

Татьяна Владимировна — незаурядный человек как по личностным, так и по профессиональным качествам. Она явилась основателем сестринского дела в семейной медицине, общеврачебной практике. Участвовала во многих международных программах, направленных на развитие сестринского дела. Разработка образовательных стандартов, программ, руководство написанием учебных пособий — это лишь малая часть ее вклада в отечественное сестринское

образование. Многие годы Татьяна Владимировна была главным внештатным специалистом по управлению сестринской деятельностью Центрального федерального округа Российской Федерации.

Татьяна Владимировна была великолепным организатором. При ее непосредственном участии было построено одно из крупнейших в Москве медицинских училищ, впоследствии при ее же активном участии преобразованное в один из первых в стране колледжей. Она сумела создать сплоченный, дружный коллектив единомышленников, решавший сложные задачи по реформированию сестринского дела. Всегда была готова помочь каждому: будь то сотрудник или студент.

Многие ее ученики стали продолжателями дела под-



готовки высокопрофессиональных, компетентных специалистов практического здравоохранения, среди них есть доктора и кандидаты наук, преподаватели и организаторы сестринского дела, победители профессиональных конкурсов и, конечно же, практикующие медицинские сестры.

Светлая память о Человеке и Учителе сохранится в сердцах, всех знавших ее.

ВАКЦИНАЦИЯ – ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ И ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

За последние 50 лет благодаря применению вакцин было сохранено, по меньшей мере, 154 миллиона жизней. Только вакцинация от полиомиелита уберегла от инвалидности 20 миллионов жителей нашей планеты. Каждую минуту благодаря вакцинации удастся предотвратить смерть 6 человек. Тем не менее, в мире по-прежнему много людей, отрицающих пользу вакцинации.

XI Всероссийская мультимедийная конференция «Время жить», прошедшая 29 августа, была посвящена вакцинации на протяжении всей жизни. Ее участники – ученые, врачи, представители общественных организаций – говорили о том, что необходимы более активные действия, практические решения, научные изыскания, новые эффективные и безопасные вакцины, чтобы нейтрализовать антивакцинальное движение. Эксперты рассмотрели наиболее значимые инфекционные угрозы и обсудили научно-практические вопросы вакцинации, способствующей формированию здорового образа жизни.

К сожалению, многие актуальные проблемы современной иммунопрофилактики сегодня так же далеки от решения, как и десятилетие назад, заметила в своем докладе, открывшем работу конференции, президент Союза педиатров России, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава РФ Лейла Намазова-Баранова. Да, есть и успехи, но в основном мы по-прежнему говорим о перспективах, горизонтах, которые, как известно, отодвигаются по мере приближения к ним, подчеркнула она.

В 2023 году 22 миллиона детей по всему миру пропустили первую прививку от кори. Итог – 10,3 млн случаев кори, что на 20% больше, чем в 2022 году.

Все еще остаются лозунгами такие призывы Всемирной недели иммунизации (проводится ежегодно в последнюю неделю апреля), как «Добиться вакцинации для всех в наших силах». По-прежнему в национальном календаре РФ, в отличие от многих стран, отсутствует вакцинация против менингококковой, ротавирусных инфекций, ветряной оспы, ВПЧ, гепатита А, а также бустер-вакцинация против коклюша у детей перед школой, подростков, беременных. Как и прежде, среди медиков немало противников вакцинации или плохо о ней осведомленных.

Все наши болезни из детства,

именно в детстве нужно начинать заниматься профилактикой, сохранением здоровья, в основе чего – вакцинация, сказала президент Союза педиатров России. Но плановая вакцинация не должна завершаться в детстве, ее нужно сделать привычной частью взрослой жизни человека – планировать и проводить с учетом возраста, состояния здоровья, жизненной ситуации, профессиональных рисков, региона проживания и других факторов.

Беременность – один из тех этапов жизни женщины, когда вакцинопрофилактике следует уделить особое внимание, отметил в своем докладе директор ГБУЗ МО «Московский НИИ акушерства и гинекологии им. академика В.И. Краснопольского», главный внештатный специалист по акушерству Минздрава России Роман Шмаков.

Ежегодно, по данным ВОЗ, инфекционные болезни поражают около 2 млрд человек, из них 500 млн детей. 2 миллиона умирает от различных инфекций.

Беременные женщины из-за ряда факторов – изменений состояния диафрагмы и уменьшения объема грудной клетки, отеков слизистой, особенностей иммунитета, связанных с вынашиванием, – имеют повышенные риски тяжелого течения инфекций.

Некоторые из них опасны для здоровья будущего ребенка. Так,

грипп, перенесенный во время беременности, увеличивает, причем существенно, вероятность преждевременных родов (в три раза) и врожденных пороков развития ребенка (в пять раз по сравнению со средними данными по популяции).

Благодаря активной вакцинации от кори в 2000-2023 гг. удалось предотвратить около 60 млн смертей от этого заболевания.

Делать прививки желательно до зачатия, на стадии планирования беременности, но вакцинация в ходе беременности также возможна. Беременной нужны прививки от дифтерии, коклюша и столбняка, рекомендует проверить наличие в крови антител против кори, краснухи, ветряной оспы, если их нет – пройти вакцинацию. Если течение беременности придется на позднюю осень, зиму и раннюю весну, стоит привиться от гриппа и COVID-19. Беременных прививают только инактивированными вакцинами.

Корь считается одним из первых кандидатов на элиминацию из-за доступности высокоэффективной и относительно недорогой вакцины, однако по ряду причин добиться победы над инфекцией не удастся, сказал доцент кафедры инфекционных болезней у детей Института материнства и детства РНИМУ им. Н.И. Пирогова Алексей Ртищев. Мы живем во время, когда миграция

чрезвычайно активна и трудно контролируются. Люди из менее благополучных стран мигрируют в более благополучные. Взрослые, пропустившие прививки еще детьми, контактируя с мигрантами, первыми вовлекаются в эпидпроцесс. Затем его участниками становятся дети, в том числе первого года жизни, еще не обладающие полноценной защитой, поскольку первую прививку от кори делают в 12 месяцев.

Так как ключевую роль в распространении кори играют взрослые, необходима их «подчищающая иммунизация» и одновременно расширение охвата детей вакцинацией от кори двумя дозами вакцины.

Грипп уже несколько десятилетий подряд занимает лидирующее место среди вирусных инфекций по показателю экономических потерь. При этом смертность от гриппа существенно недооценивается, заметила заведующая отделением вакцинопрофилактики НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 РНЦХ им. академика Б.В. Петровского, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине в ЦФО Минздрава РФ Марина Федосеенко.

Ежегодные эпидемии гриппа приводят к 3-5 млн случаев тяжелой болезни и 290-650 тыс. случаев смерти во всем мире.

В 2019 году ВОЗ разработала Глобальную стратегию по борьбе с гриппом на 2019-2030 гг. Основные ее положения: вакцинопрофилактика гриппа, которая должна проводиться с особым вниманием к группам риска; грамотное использование противовирусных препаратов с учетом противопоказаний, а также циркулирующего на территории типа вируса; применение неспецифических мер профилактики.

Группы риска: дети первых пяти лет жизни, медработники, пожилые люди, лица с хроническими заболеваниями, беременные женщины.

Вакцинация от гриппа снижает обращаемость в медицинские организации и число госпитализаций, подчеркнула М.Федосеенко. Поскольку грипп доказано ухудшает течение атеросклероза, вакцинация уменьшает вероятность сердечно-сосудистых катастроф. В ходе крупного исследования, проведенного на Тайване, в котором участвовали 48 тыс. пациентов с сахарным диабетом, половина из которых была привита от гриппа, было доказано — регулярная вакцинация от сезонного гриппа снижает риск развития хронической болезни почек у больных СД.

Менингококковая инфекция — чрезвычайно актуальная проблема. Генерализованная инфекция развивается стремительно, может привести к смерти в течение 24 часов; у каждого пятого переболевшего развиваются серьезные осложнения, требующие пожизненной реабилитации, подчеркивалось в докладе профессора кафедры инфекционных болезней педиатрического факультета Новосибирского государственного медицинского университета, главного консультанта по инфекционным болезням у детей в неонатальном периоде Новосибирской области Ирины Извековой.

В последние годы отмечается увеличение доли детей среди заболевших. Дети младше 5 лет (а для них менингококковая инфекция чрезвычайно опасна) болеют от 2 до 5 раз чаще, чем взрослые. В числе причин такой ситуации — отсутствие у подавляющего большинства детишек материнского иммунитета — матери не болели менингитом и не прививались от этой инфекции. Поэтому сегодня целесообразно начинать вакцинацию детей от менингококка с 6-недельного возраста, отметила И. Извекова.

Успешный опыт реализации региональной программы защиты от менингококковой

инфекции был представлен в докладе главного внештатного детского специалиста по профилактической медицине в УрФО Минздрава России, доцента Ханты-Мансийской ГМА Азии Гириной.

В 2025 году в России число случаев менингококковой инфекции возросло в 2 раза по сравнению со всем 2024 годом и в 4 раза, если сравнивать заболеваемость по аналогичным периодам.

В ХМАО большая и протяженная территория, низкая плотность населения — 3 человека на 1 кв. км. При менингококковой инфекции дорога каждая минута, необходимы быстрая постановка диагноза и транспортировка пациента в высокотехнологичные медицинские организации, но неспецифичность первых симптомов очень осложняет диагностику. Поэтому вакцинация детей и представителей групп риска — наиболее эффективный путь борьбы с инфекцией. В ХМАО прививают всех сотрудников инфекционных стационаров, детей при поступлении в дошкольные образовательные учреждения, а с 2024 года — и подростков при наступлении 16-летнего возраста.

В 2023 году в России произошел взрывной рост заболеваемости коклюшем — по данным Роспотребнадзора, показатель заболеваемости составил 35,98 на 100 тыс. человек, что в 16,4 раза выше уровня 2022 года. В 2024 году заболело более 53 тысяч человек, и это рекордный показатель за 30 лет. Наблюдается и рост смертности, как правило, среди непривитых детей первого года жизни, сообщил доцент кафедры общей гигиены Сеченовского университета (Москва) Артем Басов.

У такого подъема заболеваемости несколько причин. Защитный иммунитет после вакцинации или перенесенного заболе-

вания уменьшается со временем; заболевание с опозданием регистрируется среди школьников и взрослых, в результате они не сразу выводятся из коллективов, распространяя инфекцию.

Если еще несколько лет назад основными источниками коклюшной инфекции у детей до года были родители (30% случаев) и старшие дети в семье (30% случаев), сегодня на долю старших детей в семье приходится уже 60%. Необходимо повышать охват иммунизацией младенцев, ввести ревакцинацию от коклюша у детей 6-7 лет и 14 лет, а также среди взрослых, которые могут стать источниками инфекции, — медработников, педагогов, родителей в семьях, где есть новорожденные, беременных женщин.

В 2008 году после 20 лет исследований было доказано, что причиной развития цервикального рака является вирус папилломы человека. За это открытие была вручена Нобелевская премия.

ВПЧ легко передается, отметила руководитель 2-го гинекологического отделения ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, главный специалист по гинекологии детского и юношеского возраста Минздрава России Елена Уварова. Иммунный ответ на инвазию им довольно слабый, длительный иммунитет не формируется.

Современные вакцины от ВПЧ вызывают намного более интенсивный иммунный ответ, чем естественное инфицирование вирусом. Они безопасны, а противопоказания минимальны. Тем не менее, охват вакцинацией от ВПЧ растет в нашей стране чрезвычайно медленно.

Среди специалистов, которые могли бы порекомендовать пациенту прививку от ВПЧ, — педиатров, акушеров-гинекологов, терапевтов — ни один не считает проблему ВПЧ своей. Многие

медики и сегодня полагают, что она надумана, а распространенность вируса не настолько высока, чтобы говорить о нем всерьез, заметила Е. Уварова.

Однако заболеваемость раком шейки матки растет во всем мире, эта онкопатология занимает 3-е место по показателю запущенности при постановке диагноза. А если к раку шейки матки добавить опухоли ротоглотки, полости рта и прямой кишки (заболевания, ассоциированные с ВПЧ), то цифры будут еще более значительными. Все эти нозологии трудно и зачастую поздно диагностируются, их летальность в течение года с момента установления диагноза составляет 11,7%.

Многих трагических ситуаций можно было бы избежать с помощью вакцинации, которая особенно эффективна в раннем подростковом возрасте, до начала половой жизни. Сегодня она включена в национальные календари в 148 странах, в 83 из них прививают как девочек, так и мальчиков. В России бесплатная вакцинация детей от 9 до 17 лет проводится в 40 регионах страны. Взрослые могут привиться в медицинских организациях на платной основе. В 2026 году планируется начать вакцинацию от ВПЧ в рамках Национального календаря прививок.

Создание все более эффективных и безопасных вакцин — одна из важнейших задач в сфере вакцинопрофилактики, отметила директор ФГБНУ «НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» Минобрнауки России Оксана Свитич.

Генетическое разнообразие возбудителей, постоянное появление новых штаммов требуют от ученых глубокого изучения генных модификаций вирусов, тяжести течения вызванных ими заболеваний, симптомов, взаимодействия возбудителя и организма человека, закономерностей образования антител,

продолжительности их циркуляции в организме и т.д.

При создании вакцины важно добиться от иммунной системы активной реакции на воздействие препарата. Поэтому еще одно актуальное направление научных изысканий — это разработка средств активации иммунного ответа, создание алгоритмов его прогнозирования, в зависимости от индивидуальных особенностей организма человека.

Вирус папилломы человека является причиной более половины всех обусловленных инфекцией онкологических заболеваний у женщин. От 70 до 80% сексуально активного населения инфицируется ВПЧ в течение жизни.

Вакцинация — ключ к долголетию, к активной и здоровой жизни, подчеркнула, подводя итоги конференции, академик РАН Намазова-Баранова. Вакцины защищают организм от инфекций, приводят к сокращению потребления антибактериальных препаратов, предотвращают нарушения микробиома, а, значит, и дисбаланс в работе иммунной системы.

Вакцины защищают не только физическое, но и когнитивное, ментальное здоровье, сказала она. Установлено, например, что дети, привитые в раннем возрасте от кори, имеют лучшие показатели школьной успеваемости по сравнению с непривитыми и переболевшими детьми.

Чрезвычайно важно, подчеркнула Л. Намазова-Баранова, чтобы независимо от специализации каждый медик осознавал значение вакцинации для жизни и здоровья пациентов, обладал необходимыми знаниями о вакцинопрофилактике и умел их применять.

Безусловно, конференция «Время жить» будет этому способствовать.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

как фактор, повышающий практическую подготовку студентов

В статье представлен анализ опыта взаимодействия медицинского образования и практического здравоохранения как фактора, улучшающего практическую подготовку студентов. На основе применения комплекса научных методов определены основные проблемы взаимодействия практического здравоохранения с образовательной организацией и направления его совершенствования.

Подготовка высококвалифицированных конкурентоспособных кадров для системы здравоохранения сегодня невозможна без непосредственного включения в образовательный процесс всех заинтересованных субъектов, в том числе потенциальных работодателей. В то же время учебные заведения должны создавать инновационную образовательную среду с внедрением практико-ориентированных механизмов в процесс обучения.

Немалую роль в кадровом обеспечении играют работодатели, в компетенции которых осуществлять как краткосрочное, так и стратегическое планирование для поддержания и развития кадрового потенциала организации и отрасли в целом. Руководителям медицинских организаций следует планировать и определять будущий состав медицинских кадров, чтобы избежать как дефицита, так и избытка различных медицинских специальностей.

На современном этапе модернизации здравоохранения медицинские организации нуждаются в самостоятельных, творческих, грамотных и умелых специалистах. Без обращения профессионального образования к практико-ориентированным технологиям обучения и воспитания студентов достаточно проблематично выполнить поставленные задачи. Усиления прикладного, практического характера СПО требует от нас и ФГОС. С этих позиций создание практико-ориентированной образовательной среды учебного заведения, изучение ее влияния на становление, реализацию, раскрытие, самосовершенствование личности остается актуальной проблемой.

Основой совершенствования взаимодействия медицинского образования и практического здравоохранения является практико-ориентированный подход в обучении специалистов. Под практико-ориентированным образованием понимают формирование профессионального опыта студентов при погружении их в профессиональную среду в ходе учебной, производственной и преддипломной практики, а также профессионально-ориентированные технологии обучения, направленные на формирование у будущих специалистов значимых для профес-

сиональной деятельности знаний, умений, навыков, профессионально важных качеств. Кроме этого, практико-ориентированное образование связывают с использованием возможностей контекстного изучения студентами профильных и непрофильных дисциплин. Практико-ориентированность позволяет студентам в процессе обучения приобрести необходимые профессиональные компетенции, умения и навыки, способность работать в команде и самостоятельно, брать на себя ответственность, что соответствует федеральному государственному образовательному стандарту, квалификационной характеристике специалистов и делает наших выпускников конкурентоспособными.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: провести анализ опыта взаимодействия Ивановского медицинского колледжа и практического здравоохранения в части практической подготовки студентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Базой определен Ивановский медицинский колледж. Методы исследования: аналитический, социологический, диалектический принцип. Поведен социологический опрос среди студентов медицинского колледжа (105 студентов) по анкете «Удовлетворенность студентов практическим обучением» (5 вопросов закрытого типа) и представителей работодателей (15 старших и главных медицинских сестер) по анкете «Удовлетворенность представителей работодателей уровнем практической подготовки студентов» (5 вопросов закрытого типа). Время проведения исследования — 2025 год. Данные опроса заводились в электронные таблицы Excel и обрабатывались с помощью прикладных программ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Практика, бесспорно, является лучшей проверкой необходимости и значимости в работе полученных теоретических знаний и подчас очень ценна тем, что дает обоснованные и мотивированные основания для их корректировки. Логика постижения профессии хорошо отражается в обоснованной последовательности

разных видов практик: учебной, производственной и преддипломной. Базами практического обучения студентов являются ведущие медицинские организации г. Иваново и области. Производственная и преддипломная практики — это заключительный этап обучения. В их задачи входит закрепление и углубление знаний студентов, полученных в колледже по всему курсу обучения; совершенствование полученных навыков и компетенций; проверка возможностей самостоятельной работы будущего специалиста в условиях конкретной МО; сбор и подготовка материалов к написанию выпускной квалификационной работы. Организованный подобным образом практика позволяет устанавливать продолжительные связи с медучреждениями. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ ориентирует на реализацию этой задачи посредством социального партнерства при практической подготовке студентов.

Система социального взаимодействия при практической подготовке студентов включает:

- принципы взаимодействия;
- элементы системы взаимодействия;
- механизм работы системы;
- создание базы данных;
- инструменты регулирования и контроля функционирования системы.

К основным принципам взаимодействия сторон при практической подготовке относятся:

- единство интересов элементов системы (взаимодействие должно подчиняться единой цели — формированию у будущего специалиста современных умений и навыков);
- прозрачность (данный принцип реализуется через четкие, логически выстроенные и взаимосвязанные программы практики и контрольно-измерительные инструменты оценки качества усвоения умений и навыков студентами);
- открытость (все участники практической подготовки студентов должны иметь полную и достоверную информацию о требованиях к содержанию и результатам практического обучения);
- подход к будущим специалистам (студентам) как к активным субъектам процесса взаимодействия, партнерам.

Элементами системы взаимодействия по практической подготовке студентов являются:

- 1) студенты;
- 2) учебные заведения (медицинский колледж);
- 3) медицинские организации;
- 4) региональные органы власти.

В содержательном аспекте практическое обучение студентов должно включать в себя:

- особую психологическую подготовку студентов методом погружения в деятельность;
- этическое и медико-деонтологическое консультирование студентов;

- достаточно длительное время обучения, так как навык нужно отработать, закрепить,
- активное развитие у студентов способности к самостоятельному обучению.

Технология практического обучения студентов включает следующие стадии:

1. Самопознание — определение предрасположенностей и талантов человека.
2. Апробация — проверка навыков и компетенций с помощью игровых имитаций.
3. Рефлексия — анализ результатов, получение обратной связи и формирование личного плана развития.
4. Развитие — согласно личному плану развития будущий специалист проходит серию манипуляционных тренингов, выполняет практические задания.
5. Погружение — данная стадия включает несколько этапов:
 - базовое обучение по освоению теории выполнения манипуляций;
 - знакомство с руководителем подразделения медицинской организации и сотрудниками;
 - финальное мероприятие — решение реальных задач, выполнение манипуляций.

Создается единое пространство трудового взаимодействия между колледжем и медицинскими организациями — базами практик, включающее:

- систему планирования практик;
 - заключение договоров с медицинскими организациями;
 - сформированную систему взаимного информирования медицинских организаций и колледжа;
- Формами взаимодействия по практической подготовке обучающихся являются:
- проведение совместных совещаний, круглых столов, конференций;
 - онлайн и офлайн взаимодействие посредством интернет-технологий;
 - привлечение представителей работодателей к проведению зачетов по практике, экзаменам и ГИА.

Методами взаимодействия участников системы практической подготовки обучающихся являются:

- подготовка сопроводительных документов и отчетов по результатам практики;
- подготовка и ознакомление работодателей с программами практики, современными требованиями к усвоению студентами умений и навыков;
- обсуждение результатов практики, выделение сильных и слабых сторон в подготовке студентов.

Сотрудничество профессиональной образовательной организации с муниципальными образованиями всегда было неотъемлемой частью подготовки специалистов со средним медицинским образованием. В связи с этим во всех районах Ивановской области ведется работа по профориентационной направленности среди молодежи по всему комплексу меро-

приятый: от работы с будущими абитуриентами до трудоустройства выпускников колледжа.

Опрос студентов, проходивших практическую подготовку, показал следующие результаты: у 99,0% респондентов — высокий уровень удовлетворенности по всем критериям оценки (эмоциональному, когнитивному, социально-ролевому) формирования навыков, у 1,0% респондентов — положительные результаты по одному из критериев (Рис. 1).



Рис. 1. Характеристика удовлетворенности студентов колледжа результатами практического обучения

Опрос представителей работодателей показал, что по всем критериям оценки (уровень умений и навыков выполнения манипуляций, уровень навыков обеспечения санэпидрежима и коммуникационно-деонтологических знаний и умений, знаний прав и обязанностей) уровнем практической подготовки студентов колледжа полностью удовлетворены 98,0% опрошенных, 2,0% указали на снижение оценок по одному из критериев (Рис. 2).

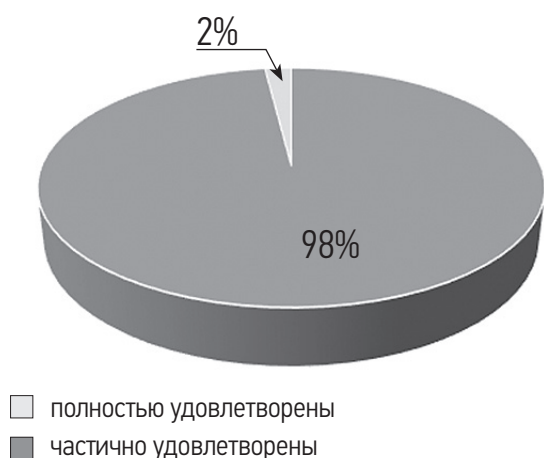


Рис. 2. Характеристика удовлетворенности представителей работодателей уровнем практической подготовки студентов колледжа

Наиболее низкие оценки получены по таким разделам практической подготовки, как коммуникационно-деонтологические знания и умения, знания прав и обязанностей.

ОБСУЖДЕНИЕ. В связи с этим особого внимания заслуживает комплекс мероприятий по совершенствованию взаимодействия медицинских организаций и медицинского колледжа. Методы и формы работы со студентами колледжа разнообразны и обеспечивают развитие профессиональных компетенций и профессиональный рост студентов.

Формирование будущих специалистов происходит и благодаря развитию волонтерских движений, которые широко представлены в колледже.

Перспективными направлениями дальнейшего развития практического обучения в колледже являются:

1. Оптимизация работы по организационно-правовому взаимодействию с базами практического обучения (заключение договоров с медицинскими организациями Ивановской области, инициированные совещания с руководителями баз практик, где обсуждались:
 - подготовка и ознакомление работодателей с программами практики, современными требованиями к усвоению студентами умений и навыков;
 - обсуждение результатов практики, выделение сильных и слабых сторон в подготовке студентов.
2. Приобретение современного симуляционного оборудования, в т.ч. с искусственным интеллектом.
3. Среди образовательных технологий — технология практико-ориентированного обучения, главная цель которого — формирование у будущего специалиста готовности к профессиональной деятельности.

ВЫВОДЫ.

1. Взаимодействие медицинского образования и практического здравоохранения является важным фактором практического обучения. Это целостный процесс, имеющий целью полноценную самореализацию студента в овладении профессиональной компетентностью. Реализация данной цели невозможна без поиска современных путей совершенствования организационных и правовых отношений практического здравоохранения и профессиональной школы.

2. В Ивановском медицинском колледже уже много сделано по созданию и совершенствованию системы практической подготовки студентов на основе взаимодействия обучающей организации и практического звена здравоохранения. Однако многое еще предстоит сделать: для этого требуются согласованные командные усилия.

Т.В. КУДРЯШОВА,

зам. директора

по практическому обучению ОБОУ

«Ивановский медицинский колледж»



СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ

ВЕСТИ СОЮЗА МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

СМПО - Ассоциация организаций, осуществляющих содействие деятельности специалистов с высшим сестринским, средним медицинским и фармацевтическим образованием «Союз медицинских профессиональных организаций». Объединяет ассоциации: Башкортостана, Алтая, Бурятии, Нижегородской области, Дагестана, Забайкальского края, Мордовии, Рязани, Краснодар, Пензы, Самары, Иркутска, Астрахани.

РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

26 августа в Уфе в конгресс-холле «Торатау» прошел Всероссийский форум «Роль специалистов со средним медицинским образованием в оказании первичной медико-санитарной помощи».

На гостеприимной башкирской земле, чтобы обсудить важнейшие вопросы развития первичной медицинской помощи, обменяться опытом и укрепить профессиональные связи, собрались руководители органов здравоохранения, специалисты сестринского дела и медицинского образования из многих регионов России, а также Республики Казахстан.



Фото 1. В президиуме (слева направо): зам. министра здравоохранения Республики Башкортостан Е.Н. Галимулина, заместитель руководителя администрации главы Республики Башкортостан И.Р. Ахметвалеев, зам. министра здравоохранения Республики Башкортостан Г.Ф. Зиннурова, главная медицинская сестра ФГБОУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова Минздрава России», главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью МЗ РФ Я.С. Габоян. Фото 2. В зале – участники форума

Мероприятие осуществлялось при финансовой поддержке Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация специалистов с высшим сестринским, средним медицинским и фармацевтическим образованием Республики Башкортостан» и Ассоциации организаций, осуществляющих содействие деятельности специалистов с высшим сестринским, средним медицинским и фармацевтическим образованием «Союз медицинских профессиональных организаций».

Развитие первичной медико-санитарной помощи стало одним из наиболее важных направлений развития системы здравоохранения. В Башкортостане сегодня сформирован уникальный опыт, основанный на симбиозе собственных проектных решений и регулярного внедрения

лучших отраслевых практик российского и международного уровня, направленных на повышение доступности первичной медико-санитарной помощи в рамках пациент-ориентированной модели медицинской организации.

Благодаря проекту «Цифровой ФАП» жителям сел стали доступны цифровые медицинские услуги. Медработники могут открыть дистанционно лист временной нетрудоспособности, выписать электронный рецепт, провести телемедицинскую консультацию с врачом и отправить медицинские данные в другое учреждение на консультацию.

Сейчас фельдшеры проводят первый этап диспансеризации, следят за пациентами с хроническими заболеваниями, работают в информационной системе и создают электронные медицинские документы.

Профессия «фельдшер» – в своей роли уникальна, являясь особенно сильно именно российского здравоохранения. Деятельность фельдшеров представлена значительным сегментом в первичной медико-санитарной помощи населению. В сельской местности именно фельдшерам ФАПов принадлежит приоритетная роль в осуществлении доступной медицинской помощи.

В Республике Башкортостан в 2025 году продолжается реализация проектов «Земский доктор» и «Земский фельдшер». Проекты направлены на повышение качества и доступности медицинской помощи сельскому населению, особенно отдаленных районов республики. Они позволяют привлечь в сельские населенные пункты республики необходимых специалистов.

Сегодня республика является одним из лидеров в стране по количеству ФАПов, и процесс совершенствования и укрепления этой службы, как ведущего инструмента



Выступает И.Р. Ахметвалеев

достижения стратегии здоровья для всех, продолжается.

Именно поэтому Башкортостан стал площадкой для проведения Всероссийского форума «Роль специалистов со средним медицинским образованием в оказании первичной медико-санитарной помощи».

26 августа в конгресс-холле «Торатау» собралось более 650 человек, приехавших поделиться опытом или получить полезные навыки от своих коллег.

Плодотворной работы, интересных встреч и успешных результатов участникам форума пожелали и.о. руководителя Администрации главы Республики Башкортостан Искандер Ахметвалеев, министр здравоохранения Республики Башкортостан Айрат Рахматуллин, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, академик РАН Оксана Драпкина и главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью МЗ РФ, главная медицинская сестра ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России Яна Габоян.

Торжественной частью форума стало награждение Республиканской организацией Профсоюза работников здравоохранения Башкортостана лучших фельдшеров ФАПов: Шагиды Габбасовой (ГБУЗ РБ Акъярская ЦРБ),

Надежды Дмитриевой (ГБУЗ РБ Раевская ЦРБ), Фаимы Низамовой (ГБУЗ РБ Кармаскалинская ЦРБ), Зульфийи Саяповой (ГБУЗ РБ Караидельская ЦРБ), Резиды Каримовой (ГБУЗ РБ Кигинская ЦРБ), Индиры Шаймухаметовой (ГБУЗ РБ ЦРБ г. Туймазы), Люзии Шагалиевой (ГБУЗ РБ Краснокамская ЦРБ), Гульфины Айгиной (ГБУЗ РБ Бураевская ЦРБ), Сафии Дмитриенко (ГБУЗ РБ ГБ г. Кумертау), Сании Сафаргалиной (ГБУЗ РБ Малоязовская ЦРБ), Райфы Мухаметгалиной (ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРБ), Зумары Халиковой (ГБУЗ РБ ЦРБ г. Баймак), Лидии Николаевой (ГБУЗ РБ Дюртюлинская ЦРБ), Ильгиза Гимадеева (ГБУЗ РБ Бакалинская ЦРБ), Виныры Кутлушиной (ГБУЗ РБ Стерлибашевская ЦРБ), Гульнаны Кашаповой (ГБУЗ РБ Ермекеевская ЦРБ), Гульназ Гареевой (ГБУЗ РБ Верхнеяркеевская ЦРБ), Лидии Игошевой (ГБУЗ РБ Кара-

медицинского интерколледжа города Караганды Республики Казахстан Аманжолы Нурбекова, «Практики организации взаимодействия учреждений здравоохранения и социальной защиты Липецкой области» министра здравоохранения Липецкой области Анны Марковой, «Роль ФАПа в профилактической работе с населением» главного внештатного специалиста по УСД Минздрава России в ПФО, главной медицинской сестры Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии имени С.Г. Суханова Минздрава России в Пермском крае Ольги Ивановой и «Организация контроля качества деятельности сестринского персонала ФАПа на примере Пензенской области» президента «Союза медицинских профессиональных организаций», главного внештатного специалиста по УСД Минздрава Пензенской области, заместите-



Награждение призера Республиканского профессионального конкурса «Лучший фельдшер фельдшерско-акушерского пункта Республики Башкортостан 2025 года» Лидии Игошевой (Караидельская ЦРБ), занявшей 3-е место

идельская ЦРБ) и Лилии Фефеловой (ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ).

Рабочая часть форума началась с пленарного заседания, которое было посвящено основным трендам развития первичной медико-санитарной помощи.

Прозвучали доклады «Роль центров здоровья в сохранении продолжительной активной жизни» Оксаны Драпкиной, «Роль среднего медицинского персонала в оказании медицинской помощи жителям сельских районов» Яны Габоян, «Организационная модель работы фельдшерско-акушерского пункта. Опыт Удмуртской Республики» заместителя министра здравоохранения Республики Удмуртия Алсу Ишниязовой, «Сельская медицина — основа здоровья нации» генерального директора Карагандинского высшего

для главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» Татьяны Рыжониной.

После пленарного заседания участникам форума было предложено посетить на личный выбор тематические секции.

Тем, кого интересовала тема первичной медико-санитарной помощи, ее современных методов и эффективных практик, были предложены аналитические доклады, в том числе выступление главного врача ГБУЗ «Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики» Республики Башкортостан Алисы Мамаевой об организации работы фельдшера ФАПа в рамках профилактических мероприятий, доклад президента ОО

25 ЛЕТ — ЭТО ТОЛЬКО НАЧАЛО

29-30 мая в Пензе прошла Всероссийская научно-практическая конференция «Направления деятельности сестринского персонала по обеспечению качества и безопасности медицинской помощи».

В числе организаторов мероприятия — Ассоциация организаций, осуществляющих содействие деятельности специалистов с высшим сестринским, средним медицинским и фармацевтическим образованием, «Союз медицинских профессиональных организаций» и Общественная организация средних медицинских работников Пензенской области «Надежда», которая в этом году отмечает 25-летие со дня основания.

В работе конференции приняли участие руководители региональных органов управления здравоохранением, главные внештатные специалисты по управлению сестринской деятельностью субъектов Российской Федерации, ведущие специалисты в области медицинского и фармацевтического профессионального образования, практического здравоохранения, организаторы сестринской помощи населению.

Первый день конференции начался с торжественного открытия. С приветственным словом к участникам конференции обратились директор ПИУВ — филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, к.м.н. Денис Вихрев и главная медицинская сестра ФГБОУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова Минздрава России», главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н. Яна Габоян.

Пленарную часть мероприятия открыл доклад Яны Габоян. Ее выступление было посвящено контролю качества работы среднего медицинского персонала как важнейшему фактору повышения качества оказания медицинской помощи населению.

О современных особенностях осуществления риск-ориентированной модели федерального государствен-

1.



2.



3.



Фото 1. Главная медсестра ФГБОУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова Минздрава России», главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью МЗ РФ Я.С. Габоян. Фото 2. Директор Пензенского института усовершенствования врачей, филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ Д.В. Вихрев. Фото 3. Главные медсестры медицинских организаций Пензенской области и хор ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» исполняют песню «Замыкая круг»

«Ассоциация средних медицинских работников Республики Бурятия» Ирины Высоцкой о роли фельдшера в выполнении индикаторов Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», выступление директора ГАПОУ «Оренбургский областной медицинский колледж» Анатолия Володина, посвященное организации медицинской помощи жителям малых населенных пунктов в Оренбургской области. О подготовке специалистов для сельского здравоохранения участникам секции рассказала директор ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения» Людмила Поклад, о мужском здоровье — старшая медицинская сестра ГБУЗ Тюменской области «Областная больница № 11» р.п. Голышманово Галина

Кочеткова, о профилактике сахарного диабета — фельдшер врачебной амбулатории ГАУЗ Иволгинская ЦРБ Республики Бурятия Светлана Цынгеева, об инновациях по выполнению плановых объемов по диспансеризации — главная медицинская сестра ГАУЗ «Агинская центральная районная больница» Александра Нацакова и т.д.

Одновременно работали секции «Цифровой ФАП», «Преимущество оказания скорой и неотложной медицинской помощи в первичном звене здравоохранения» и «Школа фельдшера ФАП».

По одному представителю от каждого региона-участника отправились на ФАП в деревню Стуколкино ГБУЗ РБ ГКБ №21 города Уфы, где об организации профилактических приемов рассказали главный врач ГБУЗ РБ ГКБ №21 Радик Надыргулов, заведующая

поликлиникой № 2 ГБУЗ РБ ГКБ №21 Алия Аргынбаева и фельдшер данного ФАПа Ирина Видяева.

За работой форума по онлайн-трансляции на сайте Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация специалистов с высшим сестринским, средним медицинским и фармацевтическим образованием Республики Башкортостан» могли наблюдать все желающие,

Форум стал площадкой для конструктивных идей, новых решений и совместных инициатив, а докладчики и организаторы мероприятия приложили все усилия, чтобы обсуждение темы ФАПов способствовало укреплению здоровья наших граждан и развитию системы первичного звена медицины.

Светлана КОМКОВА, менеджер по информационному обеспечению СМПО

ного контроля качества и безопасности медицинской деятельности рассказали и.о. проректора по научной работе, заведующий кафедрой медицинского права Ростовского государственного медицинского университета, д.м.н., доцент Михаил Шишов и заместитель министра здравоохранения Пензенской области Наталья Тюгаева.

Завершилось пленарное заседание выступлением главной медицинской сестры ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии им. С.Г. Суханова» Минздрава России, главного внештатного специалиста по управлению сестринской деятельностью Приволжского федерального округа, к.м.н. (г. Пермь) Ольги Ивановой. Она говорила о непрерывном профессиональном развитии специалистов со средним медицинским образованием как о важном условии обеспечения качества медицинской помощи в Приволжском федеральном округе.

После пленарного заседания участники конференции посетили тематические секции.

Первая из них была посвящена опыту регионов в реализации программ кадрового обеспечения сестринского



Фото 1. Главная медсестра ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» (г. Нижний Новгород) Е.Н. Дмитриева. Фото 2. Главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Республики Бурятия (г. Улан-Удэ) И.Н. Высоцкая. Фото 3. Заместитель министра здравоохранения Пензенской области Н.Ю. Тюгаева (слева) и президент СМПО, президент РОО средних медицинских работников Пензенской области «НАДЕЖДА» Т.В. Рыжонина

персонала. Здесь прозвучали выступления начальника отдела кадрового обеспечения Министерства здравоохранения Пензенской области Натальи Давыдовой; заместителя директора ГАПОУ «Республиканский базовый медицинский колледж», главного внештатного специалиста по управлению сестринской деятельностью Республики Бурятия Ирины Высоцкой; главной медицинской сестры ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» Елены Дмитриевой и др.

В другом зале проходила секция, посвященная роли специалистов со средним медицинским образованием в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности.

Практический опыт внедрения систем контроля качества деятельности среднего медицинского персонала, соблюдения принципов эпидбезопасности, сохранения здоровья медиков представили лидеры сестринского дела из Забайкальского края, Самары, Санкт-Петербурга и Перми.



Поздравление от президентов региональных ассоциаций – членов СМПО

В рамках конференции прошел заключительный этап Всероссийского конкурса молодых специалистов «Лучший специалист со средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» (читайте об итогах конкурса в нашем предыдущем выпуске).

Состоялось награждение лучших специалистов. Губернатор Пензенской области О.В. Мельниченко вручил почетные грамоты и благодарности за заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд; председатель Законодательного собрания Пензенской области В.Н. Супиков – за многолетний добросовестный труд в системе здравоохранения Пензенской области, результативную профессиональную деятельность.

Особое внимание на празднике уделили главным медицинским сестрам ведущих лечебных учреждений Пензенской области, воспитавших не одно поколение высококлассных специалистов и стоявших у истоков создания РООСМР ПО «Надежда». Именно они видели будущее сестринского дела, понимали его важность и сделали всё возможное, чтобы помочь своим коллегам расти и развиваться. От региональной общественной организации «Надежда» им вручили медаль «Медицинская сестра милосердия».

Гостям конференции продемонстрировали фильм о медицинских сестрах Пензенской области и деятельности РООСМР ПО «Надежда», о тех, кто посвятил свою жизнь служению людям, сохранению их здоровья и благополучия, о самоотверженном труде и профессиональном росте.

В завершение праздника прозвучала песня «Замыкая круг», которую исполнили главные медицинские сестры медицинских организаций Пензенской области и хор ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Коллеги по Союзу медицинских профессиональных организаций от всей души поздравляют РООСМР ПО «Надежда» с юбилеем. 25 лет — это только начало! Впереди ещё много планов и задач, которые можно реализовать только вместе, объединив усилия и продолжая двигаться вперёд. Желаем мира, здоровья и профессионального процветания!

Светлана КОМКОВА, менеджер по информационному обеспечению СМПО

ИСМП ПРИ ВЗЯТИИ КРОВИ: РИСКИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И ПАЦИЕНТА

Риски инфицирования при взятии крови можно разделить на представляющие опасность для пациента и на грозящие медицинскому персоналу при работе с сосудистым доступом и кровью.

Источниками ИСМП для пациента являются: необработанные венозные жгуты, манипуляционные лотки, перчатки и руки персонала. В этот перечень не включены иглы для флеботомии как фактор риска, поскольку использование игл для взятия крови для нескольких пациентов в условиях развитой медицины всегда является случаем исключительным. К сожалению, и такие ситуации выявлялись, особенно, если они заканчивались массовым заражением пациентов гемоконтактными инфекциями.

В 2019 году в больнице Ставропольского края пятерых пациентов заразили ВИЧ-инфекцией во время лечения. Как выяснилось в ходе расследования, источником заражения были иглы для венозного доступа. Уголовный кодекс содержит статью, предусматривающую наказание за умышленное заражение ВИЧ-инфекцией, а случаи внутрибольничного заражения выделены в отдельную квалификацию в пункте 4 «Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей». За подобные действия предусмотрено наказание — принудительные работы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, а также лишение свободы на срок до пяти с лишением права занимать определенные должности до трех лет.

Сотрудников частного санатория в Кабардино-Балкарии привлекли к ответственности за заражения пациентов гепатитом С и ВИЧ-инфекцией. Больше года, с сентября 2022 по ноябрь 2023, медики в Нальчике множество раз использовали одноразовые расходные материалы, в том числе иглы, повторно. В 2021 году в Екатеринбурге в поликлинике ЦГКБ № 6 пациенты обвинили медицинских работников в экономии скарификаторов и использовании их для нескольких пациентов.

Данные случаи, как правило, всегда получают широкую огласку в СМИ, но, кроме таких громких ситуаций, есть более тривиальные риски, с которыми пациенты и персонал сталкиваются каждый день.

РИСКИ ПАЦИЕНТА. ВЕНОЗНЫЕ ЖГУТЫ

Жгуты всегда применяются при взятии крови как средство визуализации венозного доступа. Этот важный в работе инструмент способен накапливать на своей поверхности множество микроорганизмов за счет контаминации с кожи и одежды пациентов, а также микроорганизмы, перенесенные с необработанных рук или загрязненных перчаток медперсонала. При проведении микробиологических посевов на жгутах обнаруживались: метициллин-резистентный золотистый стафилококк (MRSA), кишечная палочка (*Escherichia coli*), ванкомицин-резистентные энтерококки (VRE), синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*) и другие возбудители внутрибольничных инфекций.

В 2010 году в больнице города Конкорд (пригород Сиднея, Австралия) было проведено исследование, в ходе которого у персонала разных отделений взяли 100 случайных многоцветных жгутов для дальнейшей оценки микробной контаминации. Только на 22 жгутах роста бактерий не наблюдалось, на остальных 78 образцах выявлены различные возбудители патогенной и условно-патогенной флоры: метициллин-резистентный стафилококк, энтеробактерии, коагулазонегативные стафилококки, ванкомицин-резистентные энтерококки и другие.

Схожее исследование было реализовано и в специализированной больнице для беременных и младенцев в штате Гояс (Бразилия) в 2012 году. Из собранных у персонала 18 жгутов, по результатам посевов, 13 образцов (72,2%) показали рост различных микроорганизмов, в том числе коагулазонегативных стафилококков (CoNS). Коагулазонегативные

стафилококки (CoNS) являются наиболее часто выделяемыми патогенами в отделении интенсивной терапии новорожденных (ОИТН). CoNS обычно демонстрируют низкую вирулентность, но связаны с заболеваниями у недоношенных детей, включая хронические заболевания легких и неблагоприятные исходы неврологического развития. Аналогичное исследование в 2012 году в больницах Пакистана показало еще более высокие проценты контаминации жгутов — около 90% эластичных и 41% жгутов из силиконовых и резиновых материалов имели микробную колонизацию. Подобных исследований можно привести еще множество, но всех объединяет одно — отсутствие четких алгоритмов работы с многоразовыми жгутами. В РФ также нет единых регламентов по обработке многоразовых жгутов, в частности, в СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» нет четких требований, касающихся венозных жгутов.

Чтобы улучшить стандарты контроля инфекций периферического венозного доступа, следует использовать жгуты с нулевым или минимальным бактериальным риском. Эластичные жгуты с замочком изготовлены с возможностью увеличивать их длину и площадь поверхности, что приводит к более активной колонизации, тогда как полимерные и резиновые жгуты практически всегда имеют вдвое меньший риск контаминации. Основной способ обработки жгутов — химический с экспозицией в дезрастворе, утвержденном врачом-эпидемиологом каждого конкретного учреждения. Обработка с экспозицией занимает время, что неудобно при работе на потоке, поэтому применяются одноразовые жгуты, а в их отсутствие — осуществляется тщательное протирание многоразового силиконового/резинового жгута салфетками с дезинфектантом.

ПЕРЧАТКИ

При интенсивной нагрузке на средний персонал необходимость смены перчаток после каждого пациента может игнорироваться по разным причинам: недостаточный объем перчаток в отделении, дефицит конкретного размера или сложности при смене перчаток при большом количестве процедур. Это может привести к повышенному риску передачи таких инфекций как: ротавирусная группа,

стафилококки, гепатит А, акродерматит (чесотка), микроспория (стригущий лишай) и другие. В целях экономии самих перчаток или снижения временных затрат некоторые специалисты обрабатывают перчатки антисептиком между манипуляциями, однако существует ряд вопросов, связанных с эффективностью и безопасностью подобных мер. Журнал *Informs* (№ 8, 2009 г.) в статье «Представляют ли дезинфицирующие средства риск для безопасности медицинских перчаток?» представил обзор существующей проблемы обработки одноразовых перчаток. Тонкостенные одноразовые медицинские перчатки не предназначены ни для повторного использования, ни для дезинфекции. Нормативного регулирования для этих задач нет, и оно не разрабатывается.

Однако практика показала, что в зависимости от материала перчатки могут выдерживать многие дезинфицирующие средства в течение некоторого времени. В литературе можно найти ряд исследований, в которых тестировались комбинации определенных марок перчаток и эффективность дезинфекции (снижение микробного числа) различных средств на поверхности этих перчаток. Результаты получились неоднозначные: в то время, как одни исследователи обнаружили адекватное снижение микробного числа и отсутствие микроперфораций после повторной дезинфекции перчаток, другие сообщили об увеличении числа микродефектов и структурных изменениях в материале, а также о недостаточном эффекте дезинфекции. В основном тестировались перчатки из натурального латекса или синтетических материалов в сочетании с изопропанолом или этанолом.

Даже при одинаковом материале, в зависимости от типа полимера, некоторые перчатки могли быть продезинфицированы 5-10 раз, в то время как другие разрушались после всего лишь 1-2 дезинфекций. Это означает, что в принципе возможно дезинфицировать перчатки во время их ношения, но из-за сильно различающихся формул дезинфицирующих средств и свойств перчаток невозможно разработать единую рекомендацию, которая была бы применима ко всем комбинациям «перчатки-антисептик». Все авторы согласны с тем, что дезинфекция рук в перчатках приемлема только в исключительных случаях и при определенных

крайних условиях. Ни российские, ни зарубежные контролирующие организации не допускают возможности повторного применения перчаток, особенно при работе с разными пациентами, и не будут разрабатывать соответствующие нормативы.

РУКИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Наибольшие риски несут манипуляции, выполняемые без перчаток. Такие ситуации нередки и возникают при работе со сложными венами, когда необходима четкая пальпация, и/или если в отделении отсутствуют необходимые размеры перчаток. В этом случае риски обоюдные, микроорганизмы с кожи одного человека могут привести к патологическому процессу на поверхности кожи другого (например, при ослабленном иммунитете или нарушении целостности барьерного слоя кожи), также повышается возможность контакта с кровью. Несмотря на то, что перчатки являются фактором, защищающим именно медперсонал, надевать их следует только на обработанные руки.

Выдержка из СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней. Правила обработки рук медицинского персонала», пункт 3477: «Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений...». В этом перечислении присутствует лак, но не указан гель-лак, что приводит к попытке оспаривания медработниками возможности носить данное гибридное покрытие.

Сравнение бактериальной контаминации обычного лака и гель-лака провели в 3 американских медицинских центрах в 2018 году. Ногти на доминирующей (рабочей) руке 88 медработников были окрашены гель-лаком и стандартным лаком. Бактериологическое исследование проводили на 1, 7 и 14 день ношения, а также до и после гигиены рук спиртовым гелем для рук. Результаты этого исследования показали, что все 3 типа ногтей (натуральные ногти, лак для ногтей и гель-лак) в процессе работы становятся более загрязненными бактериями примерно одинаково, независимо от применяемого средства для

ногтей. Средние значения КОЕ не отличались от покрытия к покрытию, за исключением того, что стандартный лак имел более высокие показатели КОЕ, чем гель-лак на 7-й день. После гигиены рук бактериальная нагрузка снижалась на неокрашенных ногтях и обычном лаке, но гель-лак хуже поддавался очищению антисептиком.

Схожее, но более крупное исследование, проведенное в 2021 году с участием 188 медицинских работников, дало аналогичные результаты. Как покрытие лаком, так и использование гибридного покрытия (гель-лак) существенно снижают эффективность дезинфекции рук. Бактериальное загрязнение ногтей является многофакторным явлением и может зависеть от практики гигиены рук на работе и дома, профессии, длины ногтей и других переменных. Данные, представленные в этих исследованиях, не указывают на повышенную бактериальную нагрузку ногтей медицинских работников, которые носят гель-лак, но указывают на проблему полноценного очищения такого типа ногтей.

РИСКИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА. КОНТАКТ С КРОВЬЮ

Большая часть проб у взрослых пациентов берется закрытыми системами двухкомпонентными аспирационно-вакуумными или трёхкомпонентными вакуумными, что само по себе уже минимизирует контакт с кровью. Открытый способ остался только в педиатрической практике при использовании метода «самотеком».

Нередко при работе со сложными венами или с имеющимся внутрисосудистым доступом требуется применение аспирационной техники. При отсутствии специализированных аспирационных пробирок медицинский персонал использует взятие крови инъекционным шприцом с последующим переливанием. Данный способ описан в ГОСТ Р 52623.4-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств», но он не является оптимальным по ряду причин: снижение качества пробы крови и рост рисков для медицинского персонала, а именно:

- Риск повреждения целостности кожных покровов у медперсонала при переливании из пробирки в пробирку.
- Нарушение техники безопасности при

переносе шприца с кровью от пациента к столику с пробирками.

- При переливании из-за разницы давления выбрасывается аэрозоль из крови или более крупные капли.
- Возникает риск разбрызгивания крови из-за тромбирования иглы в процессе переливания по пробиркам.
- Загрязнение поверхностей кровью из-за производственного брака шприцов.

Частота распространенности брака инъекционных шприцов варьируется от производителя к производителю. Некачественные шприцы не являются редким явлением в учреждениях, где закупки проходят в рамках аукционных торгов. Инъекционные шприцы — устройства, не предназначенные для работы с кровью, поскольку не содержат реагента; они являются посредником между пробиркой и пробой, снижающим качество взятой крови. Шприцы приводят к появлению лишних этапов в алгоритме взятия крови и увеличению рисков ИСПМ как для пациента, так и для персонала.

В некоторых случаях контакт с кровью пациента происходит без процедуры переливания — при уколе иглой для взятия крови, что оценивается как аварийная ситуация. Примеров подобных случаев на практике множество: надевание колпачка на использованную иглу, проведение манипуляции на постели пациента, сбор упавших игл вручную и другие. К уязвимым категориям медицинских работников можно отнести тех, кто работает в СПИД-центрах (процент пациентов с гемоконтактными инфекциями выше) и отделениях психиатрического профиля, где неадекватная реакция пациента на вмешательство может отразиться на безопасности специалиста. Дополнительную безопасность медицинских работников в этих случаях можно обеспечить благодаря специализированным видам игл с защитным механизмом (например, Safety-Multifly или Safety-Needle). Быстрый и безвозвратный механизм закрытия иглы в защитный кожух может обеспечить безопасность эксплуатации, транспортировки и утилизации данного типа расходных материалов.

ОБРАЗОВАНИЕ АЭРОЗОЛЕЙ ИЗ МИКРОВЗВЕСИ В ВОЗДУХЕ

Эта проблема присутствует в алгоритме вынужденного переливания пробы крови из шприца в вакуумные пробирки. В процессе перестановки шприца из пробирки в пробир-

ку на границе воздуха и вакуума происходит выброс крови из системы в виде мелкодисперсной взвеси или более крупных капель. Это приводит к загрязнению поверхностей и одежды персонала кровью, появляется риск контакта биологической жидкости со слизистой глаз. Если нет возможности брать кровь из внутрисосудистых устройств напрямую аспирационными системами с переходником, то применение шприца должно обязательно сопровождаться надеванием СИЗ — очков/щитков и одноразовых халатов. Открывать пробирки без резьбового соединения крышки не рекомендуется, так как полностью нарушается герметичность. При транспортировке или центрифугировании пробирка может открыться.

Производственный брак шприцев потенциально вызывает рост аварийных ситуаций. Неплотный контакт иглы с подыгольным конусом может привести к отсоединению иглы от шприца в процессе переливания, оставшаяся в вакуумной пробирке погруженная игла из-за разницы давления приводит к эффекту диффузора, покрывая пространство вокруг мелкими каплями крови. Встречаются и другие дефекты подыгольного пространства, например, его полный отлом при переливании: в этой ситуации происходит потеря набранной крови, так как оперативно перелить ее в другой шприц, а затем в пробирку с сохранением качества не получится.

Экономия на расходных материалах для взятия крови зачастую приводит к повышенным рискам для персонала, увеличению расхода имеющихся материалов, увеличению времени на взятие пробы, повышению риска отбраковки пробы в лаборатории из-за снижения качества, а также к увеличению выдачи результатов анализов клиницистам.

Диагноз начинается с процедурного кабинета. За каждым образцом — здоровье и жизнь пациента.

Е.А. МАЛЮЧЕНКОВА, медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации высшей квалификационной категории, преподаватель СПб ГБУ ДПО «Центр последипломного образования», специалист по преаналитическому этапу лабораторной диагностики и продукции компании SARSTEDT, бакалавр по специальности «Биотехнические системы и технологии» СПбГЭТУ «ЛЭТИ»

ОСНОВЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА СТЕРИЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ в многопрофильной детской больнице

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская республиканская клиническая больница» МЗ РБ (ГАУЗ ДРКБ) – самое крупное медицинское учреждение Республики Бурятия, которое оказывает многопрофильную специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь детям от 0 до 18 лет.

На сегодняшний день ГАУЗ ДРКБ – это 27 клинических отделений, 458 круглосуточных коек, из них 168 – хирургического профиля, 6 операционных залов. Больница оснащена современным медицинским оборудованием. За 2024 год было проведено 6452 операции.

Централизованное стерилизационное отделение (ЦСО) играет ключевую роль в обеспечении безопасности пациентов и персонала, в предотвращении распространения инфекционных заболеваний. Обеспечивает эффективную очистку и стерилизацию медицинских изделий, используемых во всех отделениях ГАУЗ ДРКБ.

В 2017 году в связи с переводом детских отделений хирургического профиля из «взрослых» больниц республики (ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им.Н.А. Семашко» и ГАУЗ «Больница скорой медицинской помощи им. В.В.Анганова») в ГАУЗ ДРКБ были начаты подготовительные мероприятия для запуска отделений хирургического профиля, в том числе – реновация централизованного стерилизационного отделения.

Изысканы площади, втрое больше существующих (было 130 кв. метров, стало 468 кв. метров), была проведена полная реконструкция помещений, согласно требованиям СанПиН, и выстроены технологические процессы.

Нормативно-правовая база, регламентирующая работу отделения:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред.

от 02.07.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 13.07.2021),

- Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения от 30.12.98 г. МУ-287-113.
- СанПин 2.1.3678-20 от 24.12.2020 г. «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказания услуг»,
- СанПин 2.1.3684-21 от 28.01.2021 г. «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению населения, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»,
- СанПин 3.3686-21 от 28.01.2021 г. «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»,
- Приказ Минздрава РФ от 31.07.2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к ор-

ганизации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»,

- МУ 3.5.1.3674-20 «Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи»,
- Должностные инструкции специалистов ЦСО,
- Стандартные операционные процедуры и алгоритмы.

В ЦСО ГАУЗ ДРКБ выделены 3 зоны: грязная, условно-стерильная, стерильная.

Каждая из зон имеет свой набор помещений и оборудования. Маршрутизация медицинских изделий такова, что транспортные потоки не пересекаются. Это исключает риск повторной контаминации стерильных медицинских изделий. Было приобретено стерилизующее оборудование проходного типа, которое позволило разработать оптимальную логистику медицинских изделий (МИ) с разделением зон в соответствии с технологической цепочкой для обеспечения эффективной и безопасной работы ЦСО.

Рабочей группой в составе врача-эпидемиолога, главной медицинской сестры и старшей медицинской сестры ЦСО были разработаны стандартные операционные процедуры и алгоритмы по проведению предстерилизационной очистки и стерилизации, схемы маршрутизации медицинских изделий. Организовали обучение медицинского персонала новым стандартам проведения очистки и стерилизации.

ЦСО оснащено следующим оборудованием:

1. Форвакуумные автоматизированные стерилизаторы объемом 600 литров — 3 шт. для паровой стерилизации (Рис. 1)
2. Низкотемпературный стерилизатор — температура цикла 56 °С.
3. Моечно-дезинфекционные машины — 2 шт. (Рис. 2)
4. Ультразвуковая ванна объемом 40 литров — 1 шт.
5. Термозапаечные машинки для упаковки медицинских изделий — 3 шт.
6. Транспортировочные тележки — 12 шт., столы металлические — 5 шт.

Одним из важных элементов работы стерилизаторов, моечно-дезинфекционных машин является система водоочистки и фильтрации, она имеет несколько ступеней очистки: предварительную фильтрацию, умягчение воды (снижение жесткости), обратный осмос и т.д. Использование деминерализованной воды обеспечивает продление срока службы медицинских изделий и оборудования, их качественную стерилизацию и очистку, снижает затраты на обслуживание и ремонт, предотвращает образование коррозии.

Дезинфекция медицинских изделий медицинскими сестрами осуществляется на рабочих местах, в процедурных, перевязочных кабинетах, в том числе в операционном блоке. После промывания продезинфицированные инструменты отправляются на предстерилизационную

очистку в ЦСО.

При приеме медицинской сестрой ЦСО проводится осмотр и бракераж инструментов, с последующим занесением данных в журнал приема.

Предстерилизационная очистка проводится с целью удаления органических и неорганических загрязнений, таких как кровь, биологические жидкости, лекарственные остатки, в ультразвуковой мойке и моечно-дезинфекционной машине. Ежедневно обрабатывается в среднем 800 инструментов, за 2024 год обработано 356 941 инструментов.

Для проведения контроля качества предстерилизационной очистки применяется азопирамовая и фенолфталеиновая пробы. За прошедший год было проведено 31 534 пробы, все результаты отрицательные!

Далее проводится комплектовка наборов и упаковка инструментов для стерилизации в комбинированные пакеты или рулонную упаковку, которые запаиваются при помощи термозапаечного устройства.

В работе применяем упаковочные материалы, соответствующие международному стандарту ГОСТ ISO 11607 от 2011 г. «Упаковка для медицинских изделий, подлежащих финишной стерилизации. Общие требования». (Рис. 3-6).

Стерилизация медицинских изделий проводится паровым методом в форвакуумных стерилизаторах при температуре 134 °С — 7 мин., 4 мин., 121 °С — 20 мин.



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

Для стерилизации изделий из термолabileльных материалов (чувствительных к высоким температурам), таких как эндоскопы, оптоволоконные кабели, хирургические инструменты с пластиковыми или резиновыми компонентами, а также электронные устройства, мы применяем низкотемпературную стерилизацию при температуре 56 °С. Принцип таких стерили-



Рис. 1



Рис. 2

заторов основан на действии плазмы пероксида водорода.

Весь процесс стерилизации фиксируется с распечаткой протокола и с записью всех параметров давления, температуры в стерилизационной камере. Стерилизаторы выдают чек-лист (Рис. 7), после каждого цикла стерилизации данные фиксируются в журнале стерилизации (Рис. 8) и хранятся в течение 12 месяцев.

Во время работы в стерильной зоне соблюдаются правила вы-

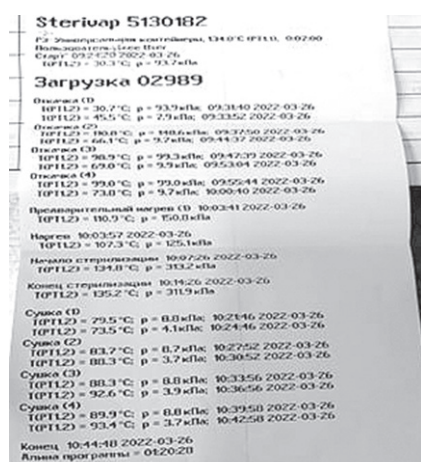


Рис. 7



Рис. 8

грузки простерилизованных изделий и требования асептики.

Стерилизация и дезинфекция инструментов являются важными процессами, которые обеспечивают безопасность пациента и предотвращают распространение инфекционных заболеваний. Одним из инструментов контроля эффективности стерилизации являются химические индикаторы. Они способны помочь выявить проблемы в работе стерилизатора, такие как

недостаточное проникновение пара, неправильная температура или недостаточное время стерилизации. Мы используем индикаторы 5 класса, они предназначены для контроля соблюдения параметров паровой стерилизации, которые соответствуют ГОСТ Р ISO 11140-1-2011 от 01.01.2013 г. «Стерилизация медицинской продукции. Химические индикаторы. Часть 1. Общие требования».

По окончании стерилизации все результаты фиксируются в журнале контроля стерилизации.

Работа моечно-дезинфекционного оборудования требует постоянного мониторинга и контроля. С этой целью используются индикаторы, которые позволяют оценить параметры, влияющие на качество обработки.

Мы применяем индикатор TOSI, имитирующий наличие

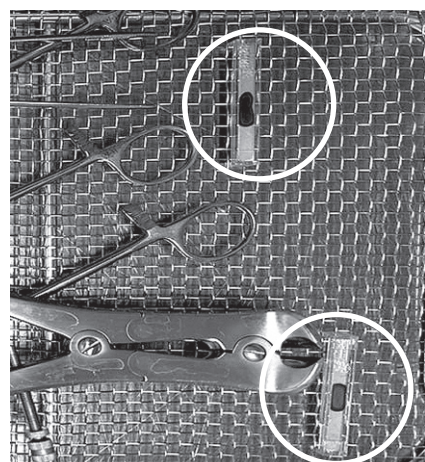


Рис. 9

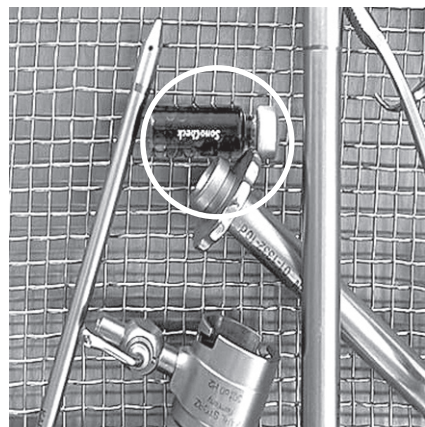


Рис. 11

биологических загрязнений (кровь, белок) на медицинских изделиях. Он представляет собой пластиковую пластину с нанесенным слоем искусственной крови (Рис. 9). После цикла мойки и дезинфекции в МДМ оценивается степень удаления этого слоя. Полное удаление свидетельствует об эффективной мойке (Рис. 10).

Также для контроля эффективности ультразвуковой очистки мы применяем индикатор Sonoshek, он представляет стеклянный флакон, заполненный индикаторной жидкостью зеленого цвета (Рис. 11) и прозрачными стеклянными шариками, для создания кавитационных пузырьков, которые изменяют цвет под воздействием ультразвука. Изменение цвета свидетельствует о надлежащей работе ультразвуковых излучателей (Рис. 12).

Также мы используем тест-объект TOSI-LumCheck, кото-

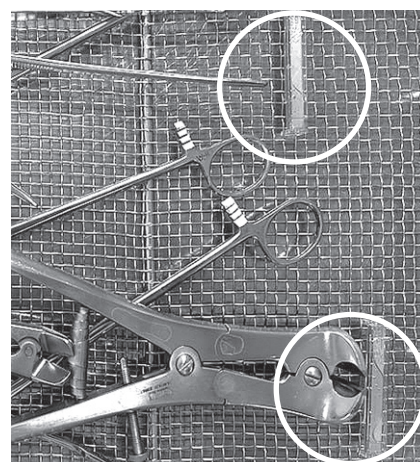


Рис. 10

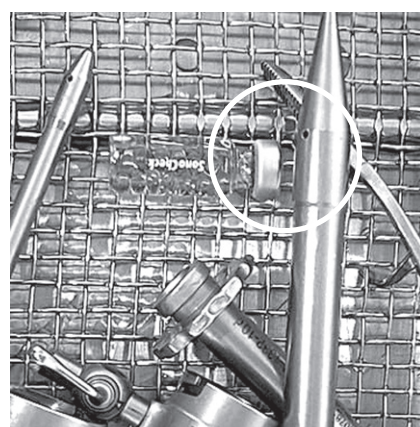


Рис. 12

рый имитирует полый медицинский инструмент и представляет собой полый металлический сборно-разборный инструмент многоразового использования. Тестовый загрязнитель имитирует загрязнения инструментов кровью. Результат оценивается визуально. Оптимальный результат — чистая поверхность индикатора. Наличие остаточных загрязнений свидетельствует о неэффективности процесса очистки и необходимости оптимизации параметров моечного процесса.

Зачем нужен контроль эффективности моечно-дезинфекционного оборудования?

Недостаточная эффективность моечно-дезинфекционного оборудования может привести к следующим негативным последствиям: риск инфицирования пациентов и персонала (недостаточно обработанные медицинские изделия могут стать источником инфекции, приводя к ИСМП); снижение качества медицинских услуг (ИСМП увеличивают сроки госпитализации, затраты на лечение и могут привести к серьезным осложнениям). Нарушение нормативных требований: несоблюдение требований к обработке медицинских изделий — влечет за собой административную ответственность.

Регулярное и правильное использование индикаторов позволяет нам обеспечить надлежащее качество обработки медицинских изделий, снизить риск инфицирования пациентов и персонала.

Помимо индикаторов, существуют и другие методы контроля эффективности моечно-дезинфекционного оборудования, которые мы используем. Визуальный осмотр медицинских изделий после обработки позволяет выявить наличие видимых загрязнений; химические инди-

каторы используются для контроля концентрации моющих и дезинфицирующих средств. Мы контролируем параметры цикла мойки и дезинфекции (температура, время). Прово-

Большое влияние на результаты малоинвазивных операций оказывает качество хирургической обработки лапароскопических инструментов. Все эндоскопические операции прошли

Профиль	Операции с использованием эндоскопических технологий, абс. число			
	2022	2023	2024	
			Количество операций	в т.ч. без гнойно-воспалительных осложнений
Хирургия	164	229	654	100%
ТОО / нейрохирургия	18/5	19/4	26/1	100%
ЛОР	109	61	504	100%
Всего	296	313	1185	100%

дится техническое обслуживание моечно-дезинфекционного оборудования, что гарантирует исправное состояние и эффективную работу.

Каждый индивидуальный набор у нас комплектуется на одну манипуляцию или операцию, теперь не нужно накрывать стерильные столы и применять стерилизационные коробки. Данное внедрение привело к оптимизации производственного процесса, уменьшению времени на выполнение манипуляций, трудозатрат медсестры, улучшило безопасность и качество работы.

Для оптимизации производственного процесса в ЦСО была организована курьерская служба, которая обеспечивает доставку медицинских изделий, тем самым освободив медицинских сестер от несвойственных им функций.

В связи с увеличением оперативной активности, внедрением новых технологий, в т. ч. в эндоскопии, объемы работы ЦСО за прошедший год увеличились на 61,2%.

без гнойно-воспалительных осложнений.

Таким образом, внедрение новых методов контроля качества стерилизации медицинских изделий в ЦСО обеспечило ряд преимуществ, направленных на повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов:

- улучшение качества обработки медицинских изделий,
- повышение эффективности работы медицинского персонала,
- обеспечение эпидемиологической безопасности, так как правильная организация процесса стерилизации предотвращает распространение инфекций среди детей, снижая риск внутрибольничных заболеваний.

О.Ц. ДАШИЕВА, старшая медицинская сестра ЦСО ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Бурятия

ЛУЧШИЙ СПОСОБ СОХРАНИТЬ ЗНАНИЕ — ПОДЕЛИТЬСЯ ИМ С ДРУГИМИ

В феврале этого года в Москве на базе РНИМУ им. Н.И. Пирогова прошла IV Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Профессиональное совершенствование работников здравоохранения — путь к здоровью нации». Делегацию из Забайкальского края представляли пять специалистов. Возглавляла нашу делегацию заместитель министра здравоохранения Забайкальского края Е.В. Горлач.

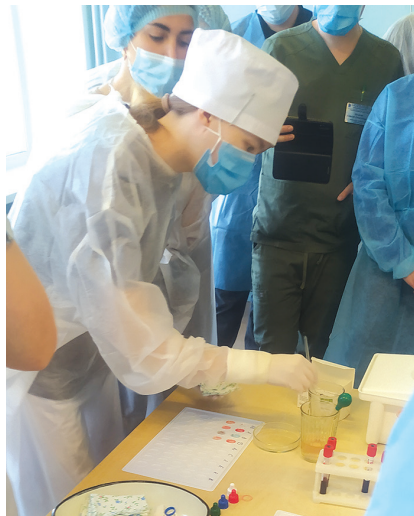
Главная медицинская сестра ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава России Яна Сергеевна Габоян представила на конференции результаты проекта организации Школы резерва старшей медицинской сестры, который был реализован в Ленинградской области.

Целями проекта была подготовка кадрового резерва, специалистов, которые могли бы выполнять обязанности старшей медсестры; сокращение сроков адаптации при назначении кандидата на должность старшей медицинской сестры; выявление перспективных специалистов внутри лечебного учреждения.

Меня, как организатора «Школы молодого специалиста», которая реализована в нашем лечебном учреждении, данный проект очень заинтересовал. При необходимости обучения персонала по определенному направлению, например, медсестра процедурная или медсестра перевязочная и т.д. — представленный проект является идеальным решением.

Программа «Наставничество» в нашей больнице работает с 2012 года. При внедрении этой программы особое внимание уделялось специалистам, которые недавно пришли в профессию. Под чутким руководством старших медицинских сестер молодые специалисты входили в профессию, и зачастую эта работа велась це-

ленаправленно только в одном направлении — хирургический профиль, терапевтический профиль и т.д. Таким образом, речь шла о подготовке узких специалистов. Поэтому было принято решение об организации «Школы молодого специалиста», где проводились бы занятия по различным направлениям. И так,



Занятия в «Школе молодого специалиста» проходят как индивидуально, так и в группе

в 2018 году мы открыли «Школу молодого специалиста» в рамках программы «Наставничество».

Успешная реализация программы «Наставничество» в проекте «Школа молодого специалиста» стала возможна благодаря команде нашей профессиональной организации ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты» во главе с ее президентом В.А. Вишняковой. Для успешной реализации любого проекта всегда используются какие-то дополнительные материальные, технические и даже личностные ресурсы. Силами нашей профессиональной организации наша

больница на сегодняшний день обеспечена муляжами, манекенами для отработки практических навыков, методической литературой как на бумажных носителях, так и в электронном виде. У нас есть возможность участвовать на безвозмездной основе в научно-практических конференциях регионального и Всероссийского уровней на лучших площадках страны, мы можем заочно обучаться по видео-конференц-связи (ВКС) с привлечением ведущих врачей — специалистов и практиков Забайкальского края. Имея такой неоценимый опыт, поддержку со стороны профессиональной организации, наш проект получил возможность успешно реализовываться и развиваться.

В начале нашего пути мы разработали внутренние локальные документы. Это приказ о работе программы «Наставничество», приказ о назначении ответственного лица за организацию и работу «Школы молодого специалиста», положение об организации Школы, годовой план Школы, утвержденный руководителем нашего лечебного учреждения, а также ежегодный отчет организатора «Школы молодого специалиста» руководителю ГАУЗ «Краевая больница № 4».

В 2018 году модель Школы была проста, обучение проходили лишь молодые специалисты, которые совсем недавно пришли в профессию. На сегодняшний день помощь оказывается уже не только вновь пришедшим в профессию, но и специалистам после переподготовки, выхода из декретного отпуска, а также родственникам наших паци-

ентов. Обучающие тренинги с отработкой практических навыков проводятся и со студентами ГПОУ «Краснокаменский медицинский колледж» при прохождении учебной и произ-



Проводится практическое обучение мам уходу и наблюдению за ребенком

водственной практике на базе ГАУЗ «КБ №4», и, по желанию, приглашаем преподавательский состав колледжа для практического обмена опытом. За период 2018-2024 гг. Школу посетили 6 преподавателей и 64 студента колледжа 3-4 курсов.

Занятия проходят как индивидуально, так и в группе, 1-2 раза в месяц, длительность занятия — 1-2 часа. Среди специалистов Школы — организаторы сестринского дела, квалифицированные средние медицинские работники с высшей квалификационной категорией. Занятия, мастер-классы и практическое обучение проводятся по разным направлениям и специальностям, что позволяет ученикам узнавать что-то новое, наладить общие связи в группе, учиться общаться и работать в одной команде.

Для подготовки практических занятий была проведена работа по стандартизации и систематизации имеющейся базы методических материалов. были сформированы сборники алгоритмов, инструкций и СОП. На сегодняшний день их восемь.

В помощь наставникам и ученикам Школы алгоритмы и инструкции разработаны в виде информационных панелей, которые размещены на рабочих местах, а некоторые тиражированы в других лечебных организациях Забайкальского края: «Определение группы крови», «Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилаксии», «Алгоритм оказания базовой сердечно-легочной реанимации» и др. Для практического обучения используются разработанные видео — СОПы и доклады в виде презентаций.

С 2018 г. в рамках Школы мы провели практическое обучение мамы по вопросам ухода и наблюдения за паллиативным пациентом — ее ребенком, находящимся на искусственной вентиляции легких. Обучение продолжалось 3 месяца на базе нашего отделения анестезиологии-реанимации. Далее было закрепление навыков на базе педиатрического отделения



В Школе обучают новичков в профессии, специалистов после переподготовки и вышедших из декретного отпуска

в течение еще 3 месяцев. Для адаптации мамы ребенка была разработана индивидуальная программа с привлечением специалистов отделения реанимации новорожденных и интенсивной терапии нашего перинатального центра, разработаны дополнительно различные алгоритмы и инструкции в доступной форме. Программа была успешно освоена, что позволило ребенка на искусствен-

ной вентиляции легких забрать домой.

Если говорить о достижениях «Школы молодого специалиста», то процент обучавшихся в Школе специалистов, сдавших на «хорошо» и «отлично» ежегодный единый экзамен на профессиональную компетентность с последующей аттестацией, вырос с 3,8% до 4,5%. Молодые специалисты быстрее адаптируются и успешно переходят к самостоятельной работе.

А для тех специалистов, кто ведет свои мастер-классы, Школа позволяет поддерживать их актуальность, востребованность, учит работать с аудиторией, тренировать навыки коммуникации, говорить медицинским языком и исключать из своей речи слова-паразиты, ученики становятся более уверенными. Эти умения помогают им проявлять себя на конференциях и выступлениях.

Смысл наставничества — провести своего подопечного «над пропастью», как через самые сложные моменты профессиональной деятельности.

Неким итогом моей работы в «Школе молодого специалиста», которую я вела на протяжении 6 лет, стало моё участие в 2024 году в конкурсе «Бережливый Дальний Восток» в рамках проведения Дальневосточного форума. На конкурс я представила достижения «Школы молодого специалиста», а также учебные пособия, макеты и модели, инструкции, памятки и рекомендации. Проект был признан лучшим в номинации «Лучшая практика наставничества».

Практика обмена опытом создает условия для развития профессиональной компетенции, позволяет расширить горизонты возможностей и развивать индивидуальные способности.

Наталья АБДУЛЬДИНОВА,
старшая медицинская сестра
отделения анестезиологии —
реанимации
Краевой больницы № 4,
Забайкальский край

Как прокачать эмоциональный интеллект



Ирина Шайхутдинова работает старшей медицинской сестрой отделения реанимации и интенсивной терапии №1 Республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан.

Ирина — неоднократный победитель профессиональных конкурсов разного уровня. За заслуги в сфере здравоохранения и многолетний добросовестный труд ей присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Республики Татарстан».

СЕСТРИЧКА

По данным опросов, из двух кандидатов работодатель сегодня с вероятностью 85% выберет того, кто умеет слушать, мотивировать команду и гасить конфликты, даже если уровень его образования ниже, а опыт меньше, чем у конкурента. Технические навыки можно натренировать, опыт — наработать, а вот адаптивность, умение договариваться, понимание эмоций окружающих — эти качества обрести довольно трудно.

Эмоциональный интеллект (ЭИ, или EQ — от англ. emotional quotient) — способность распознавать и управлять своими эмоциями, понимать эмоции других людей и эффективно взаимодействовать с ними — весомый фактор успеха в любой профессии. Из людей с развитой эмпатией и склонностью к эмоциональной поддержке формируются самые эффективные команды — это доказано исследованиями, супруги с высоким EQ в 2 раза реже разводятся. И, наоборот, люди с низким EQ больше подвержены стрессу и сердечно-сосудистым заболеваниям, чаще страдают от тревожности и депрессии.

Хотите обрести полезными знакомствами, стать незаменимым сотрудником, сделать отношения с людьми гармоничнее? Тренируйте эмоциональный интеллект с помощью специальных упражнений и методов примерно так, как тело в спортзале.

«Эмоциональный дневник». Это упражнение поможет развить умение распознавать эмоции. Несколько раз в день фиксируйте и записывайте эмоции, которые испытываете, старайтесь их точно интерпретировать, оценивайте, что стало их причиной, как вы отреагировали, и что могло бы изменить вашу реакцию. Например: «Сегодня шеф похвалил коллегу, а не меня, я испытал досаду и весь день был расстроен, возможно, стоило не молчать, а напомнить о своих заслугах».

«Пауза». В гневе или стрессе мы говорим и делаем то, о чём потом жалеем. Перед тем, как среагировать на неприятную, раздражающую ситуацию, сделайте несколько глубоких вдохов, сосчитайте до 5. Задумайтесь — что я сейчас чувствую, почему я так реагирую, возможна ли более конструктивная реакция?

«Чтение эмоций». Учитесь считывать невербальные сигналы. Наблюдайте за людьми в метро, кафе, в магазине, старайтесь угадать эмоции по выражению лиц, жестикуляции, позам.

Время от времени смотрите фильмы (которые раньше не видели) без звука, пытайтесь определить, что чувствуют герои. Затем включите звук и проверьте себя.

«Я-сообщение» и «Отражение». В конфликтных ситуациях старайтесь говорить о своих эмоциях и избегайте оценки поведения оппонента. Вместо «ты — эгоист» — «мне так важно твое внимание», вместо «хватит перебивать» — «мне важно быть услышанным».

В диалоге копируйте (слегка, а не карикатурно) позу и тон собеседника — это улучшит взаимопонимание.

«Имитация». Если вам предстоит сложный разговор, постарайтесь предугадать эмоции, реакцию визави и выбрать линию поведения, которая сделает диалог более конструктивным. Можно даже записать свою речь на видео, чтобы посмотреть на себя со стороны.

Не стоит брать на вооружение сразу все методики, начните с одной, например, с дневника эмоций, а затем постепенно пробуйте другие.

Перед тем, как приступить к самообучению, определите свой уровень ЭИ с помощью мини-теста. Тест можно периодически повторять, чтобы оценить эффективность занятий.

Хороших рецептов много не бывает

ШАРИКИ ИЗ ШПИНАТА ПОД НЕЖНЫМ СОУСОМ ИЗ НАТУРАЛЬНОГО ЙОГУРТА

На 4 порции: 500 г шпината (можно замороженного, предварительно разморозить), 1 яйцо, 3 ст.л. муки, 80 г семян белого кунжута, 1 щепотка молотого мускатного ореха, 1 зубчик чеснока, 200 мл натурального йогурта, 1 пучок укропа, соль, молотый черный перец, стакана растительного масла для обжаривания.

Шпинат отварить в подсоленной воде 2 мин. Откинуть на дуршлаг, воду слить, шпинат остудить при комнатной температуре.

Остывший шпинат пропустить через мясорубку. Добавить в шпинат яйцо, подмешать муку, посолить и поперчить по вкусу, приправить мускатным орехом. Перемешать и сформировать из шпинатной смеси небольшие шарики размером с грецкий орех. Обвалять шарики в семенах кунжута.

Разогреть растительное масло. Шарики из шпината опускать в него порциями и жарить со всех сторон, пока кунжут не приобретет золотистый цвет. С помощью

шумовки переложить шарики на бумажное полотенце и оставить на 10-15 мин, чтобы впитался лишний жир.

Приготовить соус: укроп измельчить (несколько веточек оставить для украшения), чеснок пропустить через пресс или натереть на мелкой терке. Натуральный йогурт соединить с измельченным укропом и чесночной массой, посолить, приправить черным перцем по вкусу и перемешать.

Шарики подавать в холодном виде, полив приготовленным соусом и украсив веточками укропа.

«КОРОНА» ИЗ БАРАНИНЫ С БЕКОНОМ

На 12 порций вам понадобится: 2 кг бараньих ребрышек с мякотью, 400 г мякоти баранины, 200 г копченого бекона, 1 луковица, 2 яйца, по 1 пучку укропа и петрушки, по 1/2 ч.л. тимьяна, майорана, базилика; соль, 2 ст.л. растительного масла.

Приготовить начинку. Срезать мясо с верхней части ребер и вместе с мякотью баранины и луком пропустить через мясорубку.

Зелень перебрать и измельчить, соединить с рубленным мясом, яйцами, солью и пряными травами, перемешать.



Оставшееся мясо на ребрах расположить таким образом, чтобы получилась «корона», и скрепить концы деревянными зубочистками. Поместить «корону» в жаропрочную форму, внутрь выложить приготовленную начинку и разровнять.

Бекон нарезать тонкими полосками и разместить между ребрами. «Корону» полить 2 ст.л. воды и растительным маслом, запекать в духовке 1 час при 160°C.

Готовую «корону» переложить на блюдо, ребра завернуть в фольгу или, по желанию, запорить в перья зеленого лука.

Как прокачать эмоциональный интеллект

Ответьте «да» или «нет» на 10 вопросов, за каждое «да» добавь себе 1 балл.

1. Вы часто можете точно идентифицировать эмоцию, которую испытываете (например, «я чувствую разочарование, а вовсе не грусть»)?
2. Замечаете ли вы у себя физические проявления эмоций (дрожь в руках, покрасневшее лицо, тепло в груди и т.д.)?
3. Умеете ли вы успокаиваться без помощи алкоголя, еды, сигареты, соцсетей?
4. Умеете ли реагировать не импульсивно в ситуациях, когда вас провоцируют?
5. Вы часто догадываетесь, что чувствует другой человек, ещё до того, как он скажет об этом?
6. В споре вы стараетесь сначала понять позицию оппонента, а потом уже высказывать свою?
7. В конфликте вы предлагаете компромисс вместо обвинений?
8. Легко ли адаптируетесь к новым коллективам и находите общий язык с разными людьми?

9. Вы умеете мотивировать себя, даже когда нет настроения делать что-либо?

10. Вы анализируете свои ошибки вместо того, чтобы корить себя?

0-3 балла — ваш ЭИ низок, вы редко задумываетесь об эмоциях — своих и чужих. 4-6 баллов — средний ЭИ, вы понимаете эмоции, но не всегда управляете ими. 7-9 баллов — высокий ЭИ, вы осознаёте и контролируете эмоции, но есть куда расти.

10 баллов — вы из тех, кого каждый мечтает получить себе в команду.

Если ваш ЭИ на высоком уровне, делитесь знаниями и опытом с другими, но не переставайте работать над собой. Например, освоите методику распознавания микровыражений, предложенную психологом Полом Экманом. Помните сериал «Обмани меня»? Его главный герой доктор Кэл Лайтман распознавал истинные намерения и чувства подозреваемых, анализируя их мимику, жесты и голос именно по методике Экмана.

Ешьте правильно!

Что такое здоровое питание? На этот вопрос большинство из нас ответит: сбалансированный рацион, наполненный продуктами полезными и исключающий вредные. Ответ правильный, но не полный. Если даже очень правильную еду есть на бегу и глотать, не прожевывая, это здоровья не прибавит.

О правилах приема пищи, о поведении за столом нам в детстве твердили родители. Помните? «Когда я ем, я глух и нем», «ешь медленно, не торопись». Мы выросли и решили, что эти правила устарели. Гастроэнтерологи в один голос отвечают — нет, в наше нервное, торопливое время эти правила, как никогда, актуальны.

Наряду с дефицитом клетчатки и избытком рафинированных продуктов, нерегулярное питание, быстрые перекусы на ходу — среди главных причин роста заболеваний ЖКТ у современного человека. Если есть быстро, давясь едой и заглатывая воздух, это приведет к отрыжке, вздутию и рефлюксу, а в перспективе — к раку пищевода. А еще еда на бегу — путь к перееданию и ожирению.

Что делать, чтобы сохранить здоровое пищеварение? Для начала возьмите за привычку есть не спеша.

ЕШЬТЕ МЕДЛЕННО

Увеличение продолжительности приема пищи благотворно влияет на пищеварение, на усвояемость питательных веществ, улучшает контроль веса. Согласно исследованию, которое проводилось среди испанских подростков, лучший z-показатель индекса массы тела (показывает отклонение от среднего значения по популяции) был у тех испытуемых, которые тратили на прием пищи больше времени.

Появление чувства сытости зависит от многих факторов, например, от степени растяжения желудка, сигналов от вкусовых и обонятельных рецепторов, выработки таких гормонов, как лептин и инсулин. Все, что может продлить прием пищи, будет способствовать совершенствованию этих механизмов, появлению чувства насыщения вовремя и предупреждению переедания.

Поэтому:

- Создавайте обстановку, которая поощряет более медленный прием пищи (негромкая приятная музыка, спокойная доброжелательная беседа и т.д.).
- И, наоборот, избегайте раздражителей — выпусков телено-



востей, разговоров о политике за столом и т.д.

- Время от времени откладывайте вилку и делайте несколько глотков воды.
- Прожевывайте и проглатывайте все, что находится во рту, прежде чем откусить следующий кусочек.
- Жуйте медленно, включайте в рацион достаточно твердой пищи. Тщательное пережевывание облегчает пищеварение, помогает пищеварительной системе более эффективно усваивать питательные вещества, способствует формированию чувства сытости вовремя.

ПОЛЕЗНО ЛИ ЗАПИВАТЬ ЕДУ?

Бытует мнение, что употребление напитков, в том числе и воды, во время трапезы вредно для пищеварения, что вода, с одной стороны, разбавляет желудочную кислоту и пищеварительные ферменты, затрудняет переваривание пищи организмом, а с другой — увеличивает скорость, с которой твердая пища покидает

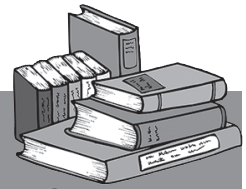
желудок, тем самым препятствуя ее правильному усвоению. Так ли это? Врачи говорят — нет, не так.

Наша пищеварительная система очень адаптивна, она может корректировать выделение ферментов, в зависимости от консистенции пищи. И хотя жидкости проходят через пищеварительную систему быстрее, чем твердая пища, они не оказывают никакого влияния на скорость переваривания твердой пищи.

Вместе с тем потребление чистой воды во время трапезы помогает расщеплять большие куски пищи, облегчая их перемещение по ЖКТ и предотвращая вздутие живота и запоры; позволяет делать паузы во время еды, препятствуя перееданию.

И напоследок еще несколько советов:

- во время еды фокусируйтесь на вкусе, текстуре, запахе пищи — это улучшает усвоение нутриентов;
 - не ложитесь сразу после еды, сидите или медленно ходите 15–20 минут — это помогает пище продвигаться по ЖКТ;
 - избегайте физических нагрузок 1–2 часа после приема пищи — кровь должна приливать к желудку, а не к мышцам.
- Залог здорового пищеварения — не выбор суперфуда, а правильный процесс потребления пищи. Попробуйте следовать правилам, изложенным выше, хотя бы 2–3 недели — и вы заметите, что реже появляются тяжесть, вздутие и сонливость после еды.



Биохакинг: руководство по раскрытию потенциала организма

Книга под названием, вынесенным в заголовок, будет интересна, прежде всего, тем, кто следит за своим здоровьем и придерживается здорового образа жизни. А поскольку у наших читателей есть медицинское образование, им не составит труда разобраться в обширном справочном материале, который содержит эта книга, что делает ее похожей на медицинскую энциклопедию или учебник по физиологии, правильному питанию, режиму дня и не только.

ЧТО ЖЕ ТАКОЕ БИОХАКИНГ?

Каждый из соавторов книги: доктор Олли Совиярви, представитель холистической медицины, Тезму Арина, один из передовых мыслителей в области цифровой трансформации человечества с целью повысить продуктивность, улучшить здоровье и самочувствие, и Яакко Халметоя, автор научно-популярных книг по питанию, знаток полезных свойств и уникальных возможностей использования различных продуктов питания и лекарственных растений, — вложили свои уникальные знания и опыт в написание этой книги. Думается, что такому тройственному союзу удастся убедить читателя в возможностях биохакинга для улучшения здоровья и продления жизни.

Но что такое биохакинг, и чем он отличается от обычного ЗОЖ? Авторы определяют этот термин как оптимизацию работы организма, состояния здоровья и самочувствия с помощью науки, технологии и глубоких знаний о физиологии человека и принципах правильного питания. У современных людей довольно много знаний о здоровье, но мало кто применяет их на практике. Исследователи часто пытаются выделить один-единственный фактор, определяющий ожидаемый результат.

Нельзя взмахнуть волшебной палочкой и повысить качество жизни. Существенно улучшить состояние всего организма можно в результате взаимодействия нескольких методов. Например, для оптимизации сна вместо приема снотворного человек может осознанно изменить свое питание, режим физической



активности, обратить внимание на другие факторы среды.

В основе биохакинга лежит концепция, что укреплять здоровье дешевле и выгоднее, чем лечить болезнь, — идея так называемой превентивной медицины. Важно, что для биохакинга в центре внимания науки о здоровье и профилактике находится именно конкретный человек.

УЧИТЕСЬ МЫСЛИТЬ СИСТЕМНО!

Человек как живой организм состоит из различных систем. Цель биохакинга — понять, как эти системы работают. Организм человека функционирует оптимально, если его взаимоотношения с внешней средой гармоничны. Простой пример: человек хорошо себя чувствует, если между его организмом и бактериями, вирусами и другими микроорганизмами, живущими внутри или на стенках кишечника, на слизистой и на коже, имеются сбалансированные взаимоотношения. Дисбаланс может привести к заболеванию.

Системное мышление помогает нам понять, насколько люди зависимы от различных факторов

внешней среды. Разностороннее взаимодействие организма с внешней средой — залог его нормального развития. Оптимизация физиологического состояния подразумевает необходимость сбалансировать как нижние звенья системы (питание, митохондриальную активность и микробиом), так и верхние — социальные взаимоотношения и внешнюю среду. Системное мышление здесь работает в духе принципа Парето: следует выявить те 20% усилий, которые дают 80% итогового результата.

Вероятно, следует хотя бы на базовом уровне понимать, как работают различные системы человеческого организма, и книга предлагает читателю обширный материал — со схемами, таблицами и значительным справочным материалом. Изучать следует, главным образом, себя, а это современный человек в состоянии сделать с помощью различных устройств. В наше время измерение и трекинг биомаркеров уже стали частью массовой культуры.

Но биохакинг отнюдь не приравнивается к самоизмерению, а подразумевает видение человека в целом. С одной стороны, самоизмерение может подтолкнуть к выдвижению гипотез и анализу персональных результатов. С другой — концепция биохакинга гораздо шире, чем просто самоизмерение. В идеале самоизмерение становится излишним — человек учится расшифровывать посылаемые организмом сигналы и соответственно на них реагировать.

В книге представлено несколько важных тематических разделов — от сна и питания до двигательной активности и рабочей атмосферы. И в каждом есть и блок фундаментальных знаний, и практические советы. Хотите заняться своим здоровьем серьезно, советуем изучить эту книгу.

«Сестричку» подготовила Алина УТЕСОВА

ПАЦИЕНТ С ДЕФИЦИТОМ САМОУХОДА: основы эргономики и перемещения

Тема нашей сегодняшней публикации, адресованной младшим медицинским сестрам, – технологии безопасного и эффективного позиционирования и перемещения пациента. Освоение методов эргономичного позиционирования и перемещения – необходимое условие качественной работы медперсонала. Верное позиционирование уменьшает дискомфорт пациента, улучшает дыхание и кровообращение, снижает риски развития пролежней и, наоборот, неправильное или неудобное положение тела пациента может вызвать ухудшение его состояния.

Перемещение пациента всегда сопряжено для медработника с серьезными физическими нагрузками. Без соблюдения должной техники безопасности оно может привести к травмам опорно-двигательного аппарата.

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ, РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ

Позиционирование – это процесс взаимодействия лица, осуществляющего уход, с пациентом для придания последнему определенного положения: на спине, полусидя, на боку, сидя, в кресле, на стуле, коляске и т.д.

При любом позиционировании необходимо следовать следующим правилам:

- конечности пациента должны оставаться в естественном положении;
- должен отсутствовать патологический шейный асимметричный тонический рефлекс;
- у пациента после позиционирования должна сохраниться возможность наблюдения за происходящим вокруг и участия в нем.

Перед тем, как начать перемещение пациента, важно ответить на следующие вопросы:

- какова масса тела пациента;
- каково состояние пациента;
- какова цель перемещения;
- какие вспомогательные средства имеются в наличии;
- какой способ передвижения наиболее оптимален, исходя из ответов на вышеперечисленные вопросы;
- сколько человек могут участвовать в передвижении пациента;
- кто выполняет роль лидера (если в передвижении заняты двое и более человек).

Рассмотрим возможные положения тела находящегося в постели человека, поддержание мобильности которого формируется за счет последовательной смены этих положений (Рис. 1).

Положение лежа ровно на спине. Это положение, как правило, используют для позиционирования пациентов, перенесших черепно-мозговые травмы, операции на позвоночнике и переломы шейки бедра. Для такого позиционирования необходимо установить ложе кровати в горизонтальном положении, использовать маленькие подушки, чтобы добиться большего комфорта для пациента, а также применять упор для ног.

Если у пациента есть повреждения в брюшной полости, нужно придать ему положение

«ровно на спине» и подложить ролл под колени – это поможет расслабить мышцы живота, уменьшить боли в этой области.

Чтобы уменьшить напряжение в области поясницы или давление на грудь (у женщин), подложите небольшую подушку под спину пациента немного ниже уровня диафрагмы, а также – под голени и голеностопные суставы, чтобы стопы не выворачивались наружу. Убедитесь в том, что подопечный лежит удобно. Поднимите боковые поручни кровати.

Положение лежа ровно на спине обычно предполагает позиционирование по центру кровати. Если нужно подвинуть пациента к центру постели, младшей медсестре следует подвести одну свою руку ладонью вверх под талию больного, а вто-

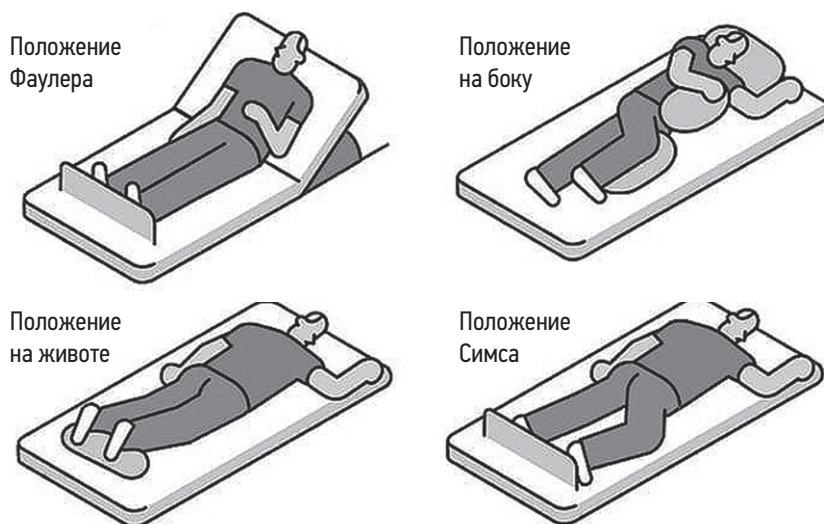
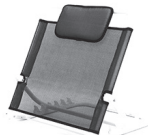


Рис. 1. Возможные варианты положения тела пациента в постели

Таблица 1

Приспособления для размещения пациента в кровати

Название	Описание	Изображение
Опорная рамка (подставка под спину)	Используют для того, чтобы приподнять верхнюю часть тела больного при одышке, а также во время приема пищи	
Веревочная лестница	С ее помощью больной может сам приподниматься в постели	
Подколенный валик	Служит для расслабления мускулатуры	
Скользкая простыня	Облегчает перемещение пациента	
Противопролежневый матрас	Применяют для профилактики возникновения пролежней	

рую — просунуть под ягодицы пациента так, чтобы ладонь оказалась в области тазобедренного сустава. Затем нужно выдвинуть подопечного (как на саночках) на себя так, чтобы он оказался в центре кровати

Положение сидя в кровати.

Пациент должен лежать по центру кровати. Для предотвращения скатывания вниз, в сторону ног, можно подложить ролл под ягодицы. Установите изголовье кровати под углом 45-60° — в таком положении подопечный будет чувствовать себя комфортнее, ему будет легче дышать и общаться с окружающими. Если приподнять головной конец кровати и установить его под углом 90° — это будет оптимальный вариант для приема пищи.

Если кровать нефункциональная, то, усадив подопечного, подложите под его спину подушки или используйте подставку под спину. Если он не в состоянии самостоятельно двигать руками, под них также подкладывают подушки для

предупреждения вывиха плеча, а под нижнюю треть голени — небольшую подушку для предупреждения длительного давления матраса на пятки.

Положение 135° на боку или положение Симса — промежуточные между положением лежа на животе и на боку (Рис. 2). Изголовью постели придают горизонтальное положение. Пациента кладут на спину, поочередно передвигают его ноги, плечи, голову, таз так, чтобы пациент оказался на краю кровати. Руку пациента, которая находится в центре кровати, подкладывают под бедро ладонью вверх. Рядом с пациентом кладут подушку, чтобы затем грудь и бедра легли

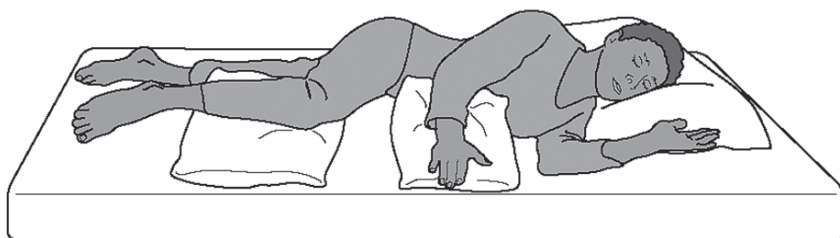
на нее. Пациента поворачивают в положение лежа на боку и частично — на животе. Под голову пациента кладут подушку для предотвращения бокового сгибания шеи. Под согнутую «верхнюю» руку подкладывают подушку на уровне плеча, другую руку кладут на матрас.

Под согнутую «верхнюю» ногу подкладывают подушку так, чтобы она оказалась на уровне бедра. Проверяют, прямо ли расположено тело пациента. Выясняют, удобно ли ему.

Современные медицинские технологии, вспомогательные принадлежности расширяют возможности медицинского персонала, упрощают уход за пациентами, в том числе помогают правильному позиционированию, уменьшают нагрузку на определенные части тела пациента.

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ

Пациента, прикованного к постели, нужно часто поворачивать, приподнимать для кормления,



32 Рис. 2. Положение Симса

пересаживать в кресло, перемещать для смены постельного и нательного белья. Чтобы младший медперсонал или ухаживающий избегали при этом чрезмерных нагрузок, а перемещение было безопасным для больного, важно следовать правилам безопасного перемещения:

- ✓ Вокруг кровати (кресла) должно быть достаточно свободного места; на кровати должно быть достаточно места для маневра.
- ✓ Тормоза кровати или кресла (при их наличии) должны быть исправны и включены; а загородки и бортики кровати, подлокотники кресла (если они есть) — опущены.
- ✓ Кресло должно стоять под углом 90° к кровати.
- ✓ Пол не должен быть скользким.
- ✓ Ухаживающий должен быть одет в удобную, комфортную одежду и обувь с небольшим каблучком.

Правильное обращение с постельными принадлежностями:

- Чтобы одеяло не мешало во время перемещения, поместите его на спинке кровати в ножном конце. Сложите одеяло «гармошкой» в три раза, затем откиньте на спинку кровати так, чтобы большая его часть находилась над постелью, на спинке.
- Если необходимо убрать подушки из-под головы пациента, то вначале уберите нижнюю подушку, а затем, придерживая голову пациента, — верхнюю.

При перемещении конечностей больного поддерживайте их двумя руками: руки — под локоть и запястье, ноги — под колено и пятку.

Нельзя касаться лица пациента, а также его головы в области ушей. Если больной не может удержать голову на весу, при перемещении просуньте руку под его шею так, чтобы рука

была под плечом больного, а его затылок оказался у вас в локтевой ямке.

Когда обхватываете тело больного, не надавливайте на него кончиками пальцев, чтобы не причинить боль.

Подсовывая руки под тело пациента, максимально вдавливайте их в матрац, чтобы дискомфорт пациента был минимальным.

Очень важно аккуратное обращение с паретичной рукой у больных после инсульта. Ни в коем случае нельзя тянуть за руку.

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА К ИЗГОЛОВЬЮ НА НЕВЫСОКОЙ КРОВАТИ (выполняют два человека)

1. Помочь пациенту сесть: одна младшая медсестра поддерживает пациента, другая — может подложить подушки.
2. Встать с обеих сторон кровати, лицом друг к другу, близко к кровати и немного позади пациента.
3. Положить на край кровати пеленку.
4. Встать коленом, которое ближе к пациенту, на кровать, расположив голень на пеленке и придвинув голень как можно ближе к пациенту. Нога, стоящая на полу, является точкой опоры при поднятии пациента.
5. Подвести плечо, находящееся ближе к пациенту, под его подмышечную впадину, а кисть руки расположить под его бедрами. Специалист, находящийся напротив, делает то же самое. Пациент кладет свои руки на спины медработникам. Если невозможно подвести плечо к подмышечной области пациента или пациент не может положить руку ухаживающему на спину, ухаживающему следует расположить свою руку между собственным ту-

ловищем и плечом пациента, а кисть руки — под бедрами пациента.

6. Упереться второй рукой, расположенной ближе к изголовью, в кровать позади пациента (локоть согнут). Рукой, расположенной под бедрами пациента, ближе к ягодицам, взять коллегу за запястье.
7. Приподнять пациента одновременно с обеих сторон, переместить его на небольшое расстояние и опустить на постель. Повторять перемещение, пока не удастся позиционировать пациента в нужном месте.

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА К ИЗГОЛОВЬЮ КРОВАТИ С ПОМОЩЬЮ ПРОСТЫНИ (выполняет один человек)

1. Вытащите края простыни из-под матраца со всех сторон.
2. Уберите подушку из-под головы пациента и положите ее рядом. Опустите изголовье кровати. Убедитесь, что пациент лежит строго горизонтально.
3. Встаньте у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см., одну ногу поставьте немного впереди.
4. Скатайте простыню около головы и плеч пациента. Попросите его согнуть колени (если это возможно) и прижмите его стопы к матрацу, чтобы он в процессе перемещения мог немного помочь.
5. Возьмитесь за скатанные края простыни с обеих сторон от головы пациента двумя руками ладонями вверх.
6. Согните ноги в коленях, спина при этом должна остаться ровной.
7. Предупредите пациента, чтобы он был готов к перемещению.

8. Отклоните корпус назад и подтяните пациента к изголовью кровати.
9. Положите подушку под голову пациента, расправьте простыню.

**ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА
К КРАЮ КРОВАТИ
(выполняется одним
специалистом,
осуществляющим уход,
пациент может помочь)**

1. Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.
 2. Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см, и поставить одну ногу немного впереди другой. Согнуть колени.
 3. Попросить пациента скрестить руки на груди, обхватив себя за локти.
 4. Подложить одну руку под шею и плечи пациента, а вторую — под верхнюю часть его спины.
 5. Отклонить корпус назад и подтянуть на себя верхнюю часть его спины.
 6. Поменять положение рук: одну руку подложить под талию, другую — под бедра пациента.
 7. Также отклонить корпус назад и потянуть на себя нижнюю часть туловища пациента.
 8. Подложить руки под голени и стопы пациента и придвинуть их к себе.
 9. Приподнять голову пациента и подложить под нее подушку.
- Закончив любое перемещение:
1. Убедиться, что пациент лежит удобно, поднимите боковые поручни кровати.
 2. Подвиньте прикроватный столик ближе к постели и положите предметы, которые бывают часто необходимы пациенту, на столик.

3. Обработайте руки гигиеническим способом, осушите.
4. Спросите у пациента о его самочувствии.

Как пересадить пациента из кровати на стул или коляску. В первую очередь, необходимо зафиксировать кровать. Далее следует объяснить подопечному план перемещения и посадить его в кровати так, чтобы его ноги касались пола. Затем поставить стул или кресло-каталку под небольшим углом к кровати с той стороны, которая у подопечного физически более сильная. Предварительно убедите подлокотник, подставку для ног у кресла-каталки и зафиксируйте тормоза.

**ПЕРЕМЕЩЕНИЕ
С ПОМОЩЬЮ
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ
СРЕДСТВ**

Осуществлять пересаживание можно с помощью вспомогательных средств, таких как доска для пересаживания, вращающийся диск, пояс для перемещения, подъемник (см. табл. 2).

Приспособления, облегчающие перемещение пациента или транспортировку, отличаются от тех, которые применяют для изменения положения тела в постели. Подбор необходимых средств производят индивидуально для каждого пациента, важно, чтобы они соответствовали

Таблица 2

Приспособления, облегчающие перемещение пациента

Название	Описание	Изображение
Подъемник	Предназначен для поднятия и перемещения лежачих больных из кровати, кресла, а также для приема ванной. Опоры подъемника позволяют подъезжать к различным бытовым предметам (кровать, ванна и др.). Поднимает больного от пола до высоты 90 см	
Доска для перемещения	Функциональное приспособление для перемещения пациента, который не в состоянии передвигаться. Во время перемещения больного доску располагают одним концом близко к пациенту, а другим — рядом с местом, куда больной должен пересест, например, к сиденью кресла.	
Пояс для перемещения	Предназначен для облегчения перемещения в положение сидя на краю кровати, в положение сидя (при перемещении из кровати на прикроватное кресло и обратно), из положения сидя в положение стоя и для передвижения в положении стоя	
Диск для перемещения	Предназначен для облегчения поворота при перемещениях. С его помощью можно осуществить поворот на угол от 0° до 360° в положении сидя и при пересаживании	

вали возможностям пациента и обеспечивали реализацию основного принципа ухода — максимально задействовать способность пациента к самостоятельным действиям.

Пересаживание с помощью доски. Кресло или стул необходимо придвинуть вплотную к кровати и поставить их на тормоза. С кресла снимают подлокотник со стороны кровати, а также ступеньки. Пациент должен сидеть в кровати, не спуская с нее ног, чтобы кресло было сбоку от него. Пациента просят перенести вес собственного тела на дальнюю от кресла ягодицу, а конец доски подкладывают под ближайшую к коляске ягодицу. Затем встают перед подопечным и обхватывают его немного ниже талии. Подопечный обхватывает ухаживающего за ним человека за плечи или талию (не за шею!). Слегка подталкивая пациента, передвигайте его по доске к креслу, не поднимая. Подопечный должен просто скользить по доске до того момента, пока не окажется в кресле. После этого из-под пациента вытаскивают доску, а его ноги ставят на подставки коляски.

Частично мобильные пациенты могут использовать доску для пересаживания самостоятельно. Но сначала пациенту нужно объяснить последовательность действий и провести с ним тренировки. Только после полного усвоения подопечным алгоритма действий возможно самостоятельное использование пересаживочной доски.

Пересаживание с помощью вращающегося диска. Диск — приспособление, которое позволяет легко развернуть подопечного в любую сторону на нужный угол. Существуют два вида дисков — напольные и мягкие. Конструктивно оба варианта имеют в основе один принцип. Диск состоит из двух скрепленных частей, между которыми на-

ходится специальная скользящая прослойка. Скользящий элемент позволяет поворачивать части диска относительно друг друга на 360°.

С помощью мягкого диска можно без усилий повернуть сидящего, держа его руки. Напольный вращающийся диск позволяет повернуть подопечного при пересаживании из кровати на кресло и наоборот, осуществляя следующую последовательность действий:

- спустить ноги подопечного на поверхность диска;
- обхватить его за талию руками;
- ногой повернуть поворотную поверхность диска на нужный угол.

Это простое приспособление позволяет без особого труда и серьезных усилий поворачивать пациентов весом до 135 кг. Самостоятельное использование подопечными вращающегося диска недопустимо — это связано с большим риском падения.

Пересаживание с помощью пояса. Применяют два вида поясов: для поднятия ног подопечного и для перемещения пациента. Пояс для поднятия ног крепят на ногах больного, он помогает поднимать и опускать ноги при пересаживании. С помощью этого пояса можно при необходимости посадить больного в автомобиль и помочь ему выйти из него.

Пояс для перемещения крепят на талии пациента. С помощью такого пояса можно без особого труда поднять больного из сидячего или лежачего положения.

Пересаживание с помощью подъемника. Подъемник представляет собой опору на колесах, к которой прикреплен прочная штанга. На конце штанги расположена поперечная перекладина с крючками. За крючки подвешивают мягкий подвес, предназначенный для размещения подопечного. Подвес (люльку) изготавливают из моющего

материала, допускающего многократную дезинфекцию.

Подъемники различаются грузоподъемностью, типом привода (гидравлический или электрический) и набором функций.

Для перемещения подопечного из кровати в кресло необходимо перевернуть пациента на бок или помочь ему перевернуться самостоятельно. Подвес подкладывают под спину и собирают его в небольшие складки. Далее пациента вновь переворачивают на спину и вытягивают подвес с другой стороны. Важно убедиться, что лямки подвеса расположены под бедрами пациента.

Затем люльку закрепляют на поперечной перекладине подъемника, немного приподнимают пациента, чтобы проверить надежность крепления и, если пациент чувствует себя комфортно, поднимают подвес и медленно перемещают подъемник к нужному месту. Затем пациента опускают, отсоединяют подвес и отодвигают подъемник. Лишь после этого можно убрать подвес из-под пациента.

Применение технологий безопасного позиционирования и перемещения, а также вспомогательных приспособлений позволит избежать ухудшения состояния пациента, травм, осложнений, обострения хронических заболеваний, а медработнику поможет сохранить здоровье, предупредить растяжения, микротравмы мышц спины и шеи, появление хронической боли в спине, возникновение дегенеративных изменений позвоночника.

В нашей следующей публикации мы рассмотрим принципы применения абсорбирующего белья.

А.В. КАЛАРАЩУК, главная медицинская сестра СПб ГБУЗ «Городская больница №28 «Максимилиановская», член правления ПРОО медицинских работников Санкт-Петербурга

САМОРЕГУЛЯЦИЯ – НЕОБХОДИМЫЙ ЭЛЕМЕНТ В ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Стресс – неотъемлемая часть современной жизни человека. И сегодня, несмотря на развитие общества, технологий, науки и техники, влияние и последствия стресса не только не уменьшились, а, наоборот, возросли.

Люди беспокоятся по поводу заработка, карьеры, социальной защищенности и других проблем, свойственных нынешнему времени.

Напряжение окружает нас и в повседневной жизни: рабочие неурядицы и конфликты, непонимание в семье и на работе, проблемы в межличностных отношениях, зачеты и экзамены, страх перед будущим и т.д. – все это отрицательно сказывается на физическом и психологическом состоянии человека. В том числе и в такой социальной группе, как студенты СПО, – будущие медики.

Студенческий стресс является распространенным явлением. У студентов он возникает из-за нехватки времени и неумения структурировать своё время, повышения объема учебной нагрузки и большого потока информации (особенно в период сессии), непонимания со стороны близких, из-за возможных конфликтов с родителями, преподавателями или однокурсниками, из-за страха «провалить» экзамены и зачеты и т.д.

Есть и проблема финансовой независимости, что вынуждает студента совмещать учебу и работу. Всё это нарушает привычный ритм жизни и негативно сказывается на психологическом здоровье студента-медика.

Сама по себе сдача зачетов и экзаменов, защита курсовых работ или выступление у доски перед однокурсниками – это всегда стрессовая ситуация. Кому-то удастся справиться со своими эмоциями, но есть и те, кто очень сильно волнуется и под влиянием тревоги теряют самообладание, не могут преодолеть тревожность.

Поэтому актуальной задачей является развитие у студентов медицинского колледжа, будущих специалистов среднего звена в системе здравоохранения, навыков самоконтроля, умения применять методы и техники саморегуляции, управлять факторами, которые вызывают стресс. Бесспорно, эти навыки необходимы им в будущей профессиональной медицинской деятельности.

«Стресс» происходит от английского слова «stress», означающего давление, напряжение, нажим. Под этим термином подразумевается состояние общего возбуждения, психологического или физического напряжения, появляющегося под действием какого-либо стрессогенного фактора. Стресс – неспецифическая реакция организма на резко меняющиеся условия среды. С точки зрения стрессовой реакции не имеет

значения, приятна или неприятна для человека ситуация, с которой он сталкивается.

Впервые серьезно изучать феномен стресса начал канадский эндокринолог Ганс Селье. Его изыскания привели к созданию теории стресса, которая сначала имела чисто медицинское значение и описывала реакции организма на любое повреждение.

Ученый выделяет три фазы развития стресса. Начальный этап – это фаза тревоги. Следующий этап – фаза сопротивления: организм адаптируется, использует собственные ресурсы для преодоления стрессовой ситуации. На этом этапе симптомы тревоги уходят, а степень сопротивляемости организма увеличивается. Но если стрессор оказался слишком сильным, а врожденная приспособляемость организма недостаточна, то наступает следующий этап – фаза истощения.

Селье считал, что когда организм сталкивается с такими факторами, как опасность, страх, боль, холод, высокие физические нагрузки, эмоциональные потрясения и т.п., активизируются особые защитные механизмы, но каждому человеку присущ определенный уровень адаптационной энергии, и поэтому к одной и той же ситуации один человек приспособится легко, а другому это сделать невозможно.

С целью определения уровня стресса у студентов колледжа было проведено небольшое исследование, которое состояло из 2-х этапов: методики «Шкала тревожности студента» (модификация Г.Ш. Габдреевой опросника Ж.Тейлора) и устного опроса.

Полученные данные свидетельствуют, что наибольший уровень тревожности испытывают студенты 1 курса.

В то же время все опрошенные нами студенты (133 человека с 1 по 4 курс) определяют стресс

как состояние повышенного напряжения.

Стресс по поводу учебы (контрольные работы, невыполнение домашнего задания, ответ у доски и т.д.) в меньшей степени испытывают студенты старших курсов, в большей степени студенты 1 курса, тогда как студенты 2 курса показывают средний уровень напряжения. Но в то же время экзамены вызывают большее напряжение у студентов выпускных курсов.

Все опрошенные нами студенты отметили, что стрессовая ситуация сказывается на их физическом состоянии (усталость, головная боль, отсутствие аппетита и т.д.) и особенно сильно — на эмоциональном состоянии (раздражительность, агрессия, волнение).

Профессиональная деятельность будущих медицинских сестер и фельдшеров постоянно связана со стрессами: с большим количеством пациентов и большим объёмом информации, с ежедневными нервно-психическими и физическими нагрузками.

В связи с этим очень важно для студентов медицинского колледжа научиться способам, которые позволят им сохранять психоэмоциональный фон, эмоциональное и психологическое здоровье, управлять стрессом, знать и уметь применять методы саморегуляции в стрессовых ситуациях.

Возникают вопросы, а можно ли справиться со стрессом? И как с ним бороться?

Для того, чтобы научиться владеть своим эмоциональным состоянием и ослабить влияние стрессовой ситуации, важно заниматься профилактикой стресса, развивать стрессоустойчивость, освоить навыки саморегуляции.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ — это процесс адаптации человека к условиям сложных жизненных ситуаций, который позволяет ему сопротивляться стрессовым обстоятельствам и возвращаться к нормальному состоянию. Следует отметить, что развитие стрессоустойчивости является постоянным процессом.

К факторам, которые способствуют высокому уровню стрессоустойчивости, можно отнести следующие:

- умение управлять своими эмоциями и контролировать импульсивность;
- развитые коммуникативные навыки;
- позитивное самовосприятие;
- навыки планирования и достижения целей;
- умение решать проблемы;
- уверенность в себе и своих силах.

САМОРЕГУЛЯЦИЯ — это способность человека управлять своей деятельностью: планировать её, ставить перед собой цели и выбирать

правильные методы для их достижения, а также осуществлять контроль и оценку результатов своих действий.

Для того, чтобы сохранить своё душевное равновесие, полезны будут следующие правила:

1. Не унывать, верить в себя. Персидский поэт Алишер Навои писал так: «За темнотой придет сияние света, ты в это верь и будь неколебим».
2. Помнить, что пережить неприятности можем только мы сами, не стоит перекладывать их на других.
3. Не замыкаться на своих проблемах, больше общаться с людьми.
4. Не стоит делать скорополительных выводов, иначе есть вероятность все неверно истолковать: пусть эмоции немного утихнут. Нужно уметь анализировать ситуацию.
5. Следует научиться делать выводы: поражение — это тоже ценный жизненный урок.
6. Не стоит преувеличивать масштабы события.
7. Важно научиться переключаться с негативных эмоций на позитивные.
8. Для снятия эмоционального и мышечного напряжения использовать физические нагрузки.
9. Соблюдать режим труда и отдыха.
10. Чаще улыбаться (даже мысленно).

Также для снятия физического и психоэмоционального напряжения можно использовать техники и упражнения саморегуляции. Рассмотрим некоторые из них:

- ✓ **Дыхательная гимнастика.** Дыхательная гимнастика даёт мгновенный результат, снимает мышечное и эмоциональное напряжение. Вот самое простое упражнение: расставьте ноги на ширину плеч, руки на поясе, сделайте медленный вдох «животом». Выдох нужно делать резко, при этом выбрасывая руки вперед и произнося звук «ха» (представляем, что выплескиваем весь негатив).
- ✓ **«Внутренний луч»** — это упражнение можно использовать на начальной стадии снятия раздражения, когда происходит нарушение самоконтроля, исчезает психологический контакт в общении с другими людьми, появляется тенденция отчуждения. Для выполнения упражнения понадобится 5-10 минут. Необходимо расслабиться, занять удобное положение тела и представить следующие картины: в верхней части головы возникает светлый луч, он движется сверху вниз и медленно освещает лицо, шею, плечи, руки теплым, ровным и приятным светом. По мере движения луча разглаживаются морщины,

исчезает напряжение в области затылка, ослабевают складки на лбу, ослабевают зажимы в углах губ, опускаются плечи, освобождаются шея и грудь. Светлый внутренний луч создает внешность спокойного, уверенного и благополучного человека.

- ✓ **Метод отвлечения.** Суть метода состоит в произвольном переключении внимания с одного объекта на другой. Овладение этим методом необходимо тем, чьи условия напряженной работы вызывают отрицательные эмоции или чрезмерное эмоциональное возбуждение. Упражнение, для выполнения которого потребуется 5 – 10 минут, помогает человеку выработать у себя способность на некоторое время произвольно отвлекаться от процесса работы и связанных с ним отрицательных эмоций и сосредотачивать мысли на какой-либо посторонней теме. Для выполнения упражнения отложите в сторону все бумаги и предметы, относящиеся к работе. Посмотрите на что-то, что не связано с вашим заданием, например, выгляните в окно и найдите дерево, которое вам нравится. Внимательно посмотрите на него. Постарайтесь угадать его высоту. Обратите внимание на его ствол, ветви, листья. Посчитайте крупные ветви. Найдите изгибы, которые вам особенно симпатичны. Обратите внимание на цвет коры, листвы. Найдите как можно больше оттенков. Заметьте, в какую сторону дует ветер, как сильно он качает ветки. Посмотрите, какие птицы сидят на ветвях дерева. Постарайтесь определить их название. Обратите внимание на то, на что ранее никогда не обращали. Постарайтесь запомнить это. Наполните себя спокойствием и силой; запомните эти ощущения. В трудные минуты вы сможете представить это дерево, вновь увидеть его перед своим мысленным взором и таким образом снять стрессовое напряжение.
- ✓ **Упражнение для психологической разгрузки.** Непосредственно после стресса нарисуйте свои эмоции на листе бумаги, затем порвите его на очень мелкие кусочки и выбросите.
- ✓ **Самомассаж:** Начните с разминания мышц плеч и задней поверхности шеи. Сожмите руку в кулак (не слишком сильно — кисть в целом должна оставаться расслабленной) и быстро постукивайте вверх и вниз по бокам и задней поверхности шеи. Затем подушечками больших пальцев круговыми движениями разомните мышцы, располагающиеся у осно-

вания черепа. Кончиками пальцев медленно помассируйте кожу головы. Слегка постучите пальцами по коже головы, перемещаясь от передней части черепа к задней, а затем к боковым частям.

- ✓ **Аутогенная тренировка для расслабления и отдыха.**

Слово «аутогенная» означает, что сила возникает в самом организме, исходит изнутри, то есть это некая форма самовнушения. При помощи этой техники используются как визуальные образы, так и осознанность тела и его ощущений, чтобы снизить стресс.

Впервые данный метод предложил немецкий психиатр Иоганн Генрих Шульц в начале 20 века. Метод основан на способности человека к самовнушению с помощью специальных формул. Шульц выделил шесть ключевых упражнений:

- Мышечное расслабление, которое становится возможным благодаря повторениям таких фраз как «Моя правая рука становится тяжелой». Подобным же образом можно «обращаться» и к другим конечностям своего тела.
- Пассивная концентрация, при которой человек фокусируется на чувстве тепла, выражается фразой «Моя рука становится теплой».
- Инициирование сердечной активности: «Мое сердце спокойно».
- Пассивная концентрация на дыхании при помощи повторения фразы «Я дышу спокойно».
- Сосредоточение на тепле в области брюшной полости: «Мое солнечное сплетение несет тепло».
- Пассивная концентрация на прохладе, исходящей из области черепа: «Мой лоб прохладный».

Используя вышеперечисленные техники и упражнения, можно помочь себе справиться с напряженной негативной ситуацией.

Таким образом, для эффективной и качественной работы с пациентами будущим медицинским работникам необходимо развивать стрессоустойчивость, владеть навыками саморегуляции, чтобы минимизировать воздействие стрессовых ситуаций на организм и предотвратить профессиональное выгорание.

Маргарита ФЕДИЙ,
преподаватель дисциплины
«Медицинская психология» ГБПОУ МО
«Московский областной медицинский
колледж», Красногорский филиал

СЕКРЕТЫ АКТИВНОЙ И ДОЛГОЙ ЖИЗНИ

«Вещи и люди, которые не используются активно, стареют в два раза быстрее»

Арнольд Беннетт, английский писатель

Люди всегда пытались продлить жизнь. Об этом и в сказках говорится, и в трудах ученых. Но для человека имеет значение не просто количество прожитых лет, а их качество – сохранение физической бодрости и ясного ума до глубокой старости.

Конечно, многое зависит от генетики, на что повлиять мы не в силах. По разным научным данным, продолжительность жизни примерно на 30% объясняется различиями в структуре генов. В реальности этот показатель ниже из-за множества факторов риска для здоровья (питание, вредные привычки, болезни и др.). Таким образом, вклад генетического фактора в рост продолжительности жизни составляет 1/3 или даже меньше по сравнению с другими факторами, которые влияют на процесс ускоренного старения.

Можно ли увеличить период активной жизни и не стареть? Единой точки зрения нет. Но существуют гипотезы и теории старения, подтвержденные исследованиями, на основании которых можно устранить факторы, сокращающие эффективное жизнеобеспечение.

Что такое качество жизни? Это понятие, характеризующее эффективность всех сторон жизнедеятельности человека. Если подходить к нему с философской точки зрения, то это степень свободы и возможностей развития, с точки зрения психологии — это поиск человеком смысла жизни и стремление к счастью, с точки зрения экономики — удовлетворение основных потребностей человека и степень обеспечения безопасности жизни, ну и с точки зрения медицинской — это сохранение здоровья для продолжения активной и счастливой жизни.

ТЕОРИЯ ОРТОБИОЗА, ИЛИ ТЕОРИЯ ПРАВИЛЬНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

И.И. Мечников назвал ортобиоз системообразующим условием долголетней работоспособности человека.

Принципы и правила этой теории всем известны и действительно разумны:

- умеренные физические нагрузки
- оптимизм, умение радоваться — яркий показатель состояния здоровья.
- питание — умеренное и правильное.
- отказ от вредных привычек.
- разнообразие впечатлений — это основа наших эмоций и чувств.

Самоконтроль и саморегуляция — это соблюдение личной гигиены, гигиены труда и отдыха; это осознание самооценности собственной жизни.

ТЕОРИЯ СВОБОДНЫХ РАДИКАЛОВ

Приверженцы этой теории считают, что для того, чтобы продлить жизнь, необходимо бороться со

свободными радикалами, повреждающими клетки. С возрастом выработка антиоксидантов снижается. Необходимо включать в рацион продукты, богатые антиоксидантами:

- бета-каротин — морковь, зелень, красный перец, черная смородина, облепиха, черника, помидоры.
- витамины Е, С, В6.
- биофлавоноиды — зеленый чай, фрукты, шиповник, кожура цитрусовых, лук.
- ресвератрол — красный и черный виноград, темный шоколад и какао, голубика, черника, фисташки.
- астаксантин — криль, нерка, креветки, форель, раки, лосось, крабы, омары.

Регулярное потребление овощей и фруктов и несколько чашек чая или кофе в день обеспечат достаточную дозу полифенолов, также являющихся хорошими антиоксидантами. Но, как всегда, необходима золотая середина: избыток антиоксидантов, например, при передозировке биологически активных добавок может усилить окислительные процессы в клетках.

ТЕОРИЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА (ЭНТЕРОСОРБЦИЯ)

Эту гипотезу выдвинул выдающийся русский биолог И.И. Мечников, который считал старение результатом интоксикации организма продуктами обмена бактерий, обитающих в кишечном тракте, и продуктами азотистого обмена веществ самого организма (мочевая кислота). Образуются ядовитые вещества, в том числе скатол, индол, фенол (карболовая кислота), крезол, кадаверин (трупный яд), тирамин и другие токсины.

Важно периодически разгружать организм от токсинов и улучшить работу кишечника. Самое простое — это добавить в питание сорбенты, которые выводят токсины. Натуральные сорбенты — это пищевые волокна (клетчатка), которыми богаты овощи и фрукты.

ТЕОРИЯ НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР

Ученые обнаружили, что постоянная температура тела сильно влияет на продолжительность жизни. Оказывается, снижение температуры всего на 1-2 градуса позволяет продлить жизнь в 2 раза. Пока проводились только наблюдения за животными.

Исследователи связывают это с замедлением обмена веществ. Конечно, не стоит жить в холодильнике и голодать. Но ограничить свой рацион с возрас-

ВЕС ПОД КОНТРОЛЕМ

Для более чем 1 млрд жителей нашей планеты, а именно столько человек во всём мире страдает ожирением, появились хорошие новости. Возможно, до победы над этим опасным заболеванием осталось совсем немного.

Авторы недавнего исследования — ученые из Института Вейцмана (Израиль) установили, что отключение белка МТСН2 (или «Митч») в клетках мышечной ткани человека запускает активное сжигание жира и блокирует рост новых жировых клеток.

МТСН2 — белок, который относится к семейству транспортеров, переносящих различные метаболиты в матрикс митохондрий клеток. Когда белок «выключен», клетки

испытывают энергетический голод и вынуждены искать альтернативные источники энергии, поясняют исследователи. Причем вместо привычных углеводов и белков клетки начинают использовать жировые отложения. Это приводит к естественному ускорению метаболизма и значительному уменьшению жировой ткани.

При этом, что очень важно, худея, организм не теряет мышечную массу, а новый жир больше

не накапливается — именно эти недостатки были свойственны всем средствам для снижения веса, изобретенным раньше.

Сегодня учёные работают над созданием нового терапевтического препарата, который мог бы блокировать МТСН2. Если разработка увенчается успехом, это будет означать революцию в лечении ожирения, а люди, им страдающие, получат путь к снижению веса без жестоких ограничений в питании.

► том весьма полезно — на температуру тела влияет низкокалорийное питание.

ГИПОТЕЗА ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Эта гипотеза была выдвинута И.П. Павловым в 1912 году (а в 1936 году — Г.Селье): нервные потрясения и перенапряжения вызывают преждевременное старение. В моменты эмоционального напряжения мозг сигнализирует надпочечникам о необходимости высвобождения большего количества кортизола, так называемого гормона стресса. Он снижает число лейкоцитов в крови, что приводит к ослаблению иммунного ответа. При хроническом стрессе (дистрессе) уровень кортизола в крови постоянно повышен и защита организма ослаблена.

Что делать, чтобы снизить кортизол и прекратить дистресс? Поддерживать физическую активность, общение, слушать музыку, чаще смеяться и развивать интеллект. Важно понять, что кортизол избыточно вырабатывается каждый день, поэтому и действия, снижающие его, нужно совершать тоже каждый день.

ТЕОРИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Человек дольше сохраняет бодрость тела и ясность мыслей, когда он активно включен в социальную жизнь. Футуролог Питер Диамандис даже разработал программу по «мышлению долголетия», которая основывается на шести «заповедях»: гармоничное окружение, потребление правильной информации, здоровый сон и еда, физическая активность и вера в возможность долгой жизни.

Хотя процессы старения обусловлены внутренними причинами, старение и длительность жизни также зависит от факторов окружающей среды. Поэтому нужно стремиться к тому, чтобы в организме происходило нормальное физиологическое старение, а не преждевременное патологическое.

Это всего лишь теории старения, но все они говорят о здоровом образе жизни, правильном питании. Простые правила здорового образа жизни способны значительно продлить жизнь и улучшить ее качество. Самое важное — четко определить свой распорядок дня. Грамотно чередовать нагрузки на работе и отдых. В рабочее время мы работаем, в свободное — отдыхаем. Необходимо отводить для сна не менее 7 часов в сутки, лучше приучить себя засыпать и просыпаться в одно и то же время, откладывать телефон за 30 минут до сна. Стараться не переедать, питаться дробно и употреблять пищу, сбалансированную по белкам, жирам и углеводам. Необходимо много двигаться, заниматься гимнастикой, спортом, стараться ходить не менее 6-7 тыс. шагов в день.

Максимальная продолжительность жизни у человека может достигать 120-150 лет. Средняя продолжительность жизни зависит не столько от биологических факторов, сколько социальных условий и поведения самого человека. Давайте помнить об этом!

О.М. КИРЬЯНОВА, руководитель структурного подразделения ГБПОУ города Москвы, «Медицинский колледж № 2» ДЗМ

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-36204 от 6 мая 2009 г.

Отпечатано в типографии «РИММИНИ»

Н. Новгород, ул. Красноезвездная, 7а, 2-й этаж,

тел. (831) 422-57-80, office@rimmini.ru

Заказ 4797. Тираж 25 000. Цена договорная

*«Где бы и в каком бы положении
я ни оказалась, буду до конца
своей жизни стараться помо-
гать болящим и страждущим».*

**Из обета
сестры милосердия**

19 июля в Сретенском храме г. Переславль-Залесский Ярославской области состоялось посвящение в профессию и вручение свидетельств об окончании обучения по специальности «Младшая медицинская сестра/младший медицинский брат по уходу за больными» слушателям курсов сестёр милосердия.

ДАРИТЬ ЛЮБОВЬ И УТЕШЕНИЕ



Участники церемонии

Э то уже 14-й выпуск курсов, на которых любой желающий может не просто получить профессию, но научиться сочетать медицинские знания и навыки с христианским служением ближнему. Курсы работают при расположенном в Переславль-Залесском филиале Центральной клинической больницы Святителя Алексия (Москва), находящейся в ведении Русской Православной Церкви.

Филиал носит имя Святителя Луки и располагается на территории бывшей земской больницы. В ней в начале XX века работал главным врачом и хирургом будущий Святитель Лука Крымский, в миру — профессор Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (1877-1961 гг.).

На базе филиала создана патронажная служба по уходу, сотрудники которой оказывают помощь тяжелобольным и мало-мобильным пациентам на дому.

На церемонии посвящения сестер милосердия в профессию присутствовали епископ Переславский и Угличский Феоктист, духовник сестричества и настоятель Сретенского храма протоиерей Андрей Уфимцев, директор и главный врач больницы Святителя Алексия Алексей Юрьевич

Заров, руководитель филиала Святителя Луки больницы Святителя Алексия в г. Переславле-Залесском Юлия Павловна Товстая, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава России, главная медсестра Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова Яна Сергеевна Габоян, президент



Я.С. Габоян (3-я справа) и И.Г. Калинина (2-я справа) на месте строительства паллиативного отделения филиала Святителя Луки

Региональной общественной организации медсестёр города Москвы Ирина Геннадьевна Калинина и др.

Мероприятие началось с литургии, которую возглавил епископ Феоктист. По окончании литургии состоялось принесение обетов и посвящение выпускниц курсов в сёстры милосердия.

Епископ обратился к ним с напутственным словом. «Людей, которые хотели бы заниматься делами милосердия, совсем немного», — сказал он. — «Дело в том, что милосердие ничего не может принести человеку в рамках земной жизни. Если человек ожидает, что его добрые дела принесут ему благодарность окружающих, что все им будут восторгаться, начнут ставить его



Выпускница курсов сестер милосердия

в пример, то он ошибается. Ничего этого не будет. А будут непонимание, неблагодарность, усталость, выгорание, раздражение и много того, чего в обычной жизни человек старается избегать».

Как подчеркнул Феоктист, любое церковное служение подразумевает забвение о собственной пользе. Избрав для себя путь служения, сестра милосердия берет на себя огромную ответственность перед Богом — дарить любовь и утешение, нести слово Божие, помогая больным и страждущим.

Затем все участники события стали свидетелями освящения и установки купола с крестом на храм в здании будущего паллиативного отделения филиала Святителя Луки. Открытие отделения запланировано на начало 2026 года.

Собственная информация

Еще в 2019 году, до пандемии COVID-19, ВОЗ назвала в числе 10 главных угроз мировому здравоохранению нерешительность в отношении вакцин.

Причин, которые побуждают людей не вакцинироваться, довольно много. Среди них недооценка реальной угрозы инфицирования и его

последствий, отсутствие доступа к вакцинации, неуверенность в безопасности и эффективности вакцин. При этом, согласно опросам, решение о прививке или отказе от нее большинство людей принимает на основании беседы с медицинским работником.

КАК ПРАВИЛЬНО ПОСТРОИТЬ БЕСЕДУ О ВАКЦИНАЦИИ

Как же провести разговор с пациентом так, чтобы его решение о вакцинации было информированным и правильным? Вот несколько принципов, которые помогут.

1. Внимательно и участливо слушайте собеседника. Не пытайтесь отмахнуться от его вопросов и с пониманием относитесь к тому, что чувствует пациент (при этом необязательно соглашаться со всем, что он говорит).



человека, предложите свою помощь в поиске информации. Он проникнется к вам большим доверием и не будет считать, что вы навязываете ему ненужные факты.



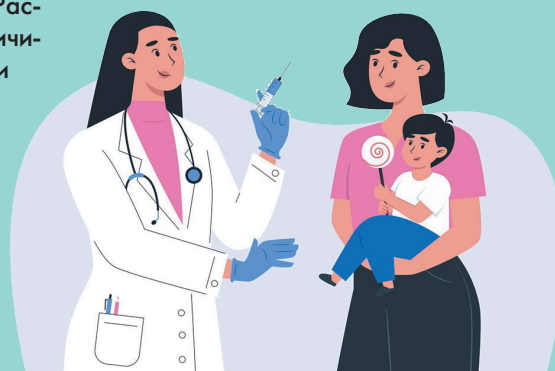
2. Задавайте вопросы открытого типа. Например, «Что вы слышали о вакцинах против менингококковой инфекции?» или «Почему вы так считаете?». Развернутые ответы помогут вам лучше понять, что беспокоит пациента, а вашему собеседнику – более точно сформулировать свои мысли.

3. Делитесь только достоверной информацией. Всегда старайтесь быть хорошо осведомленными о предмете беседы. Если у вас нет ответа на вопрос или вы не знаете, как рассеять опасения

4. Обсудите причины, по которым важно вакцинироваться. Расскажите, по каким причинам вы сами захотели привиться, и, если можете, поделитесь своим опытом вакцинации. Объясните преимущества вакцинации, расскажите пациенту, как прививка сможет защитить его самого, его семью, окружающих.

5. Приводите примеры. Один из лучших способов развеять опасения человека по поводу вакцинации – упомянуть кого-нибудь, кому этот человек доверяет. Помните, что опасения человека могут быть обусловлены вовсе не научными или медицинскими данными, а пережитыми в прошлом эмоциями, когда с ним обошлись плохо и несправедливо.

6. Не перегружайте пациента информацией, даже, если вам кажется, что ему необходимо ее услышать. Вместо этого старайтесь понять и доверительно обсудить с пациентом его точку зрения, мотивы, причины его озабоченности.



Помните – от результата вашей беседы с пациентом зависит его здоровье и здоровье его семьи. Поэтому:

- всегда будьте лидером в разговоре, ведите беседу;
- не спорьте, а сотрудничайте с пациентом или его родителями;
- отвечая на вопросы, будьте четкими и краткими;
- избегайте длительных дискуссий, поскольку они непродуктивны.