

сканер

ADTI *teff*  
AXB-RESURS MARKAZI

# СЕСТРИНСКОЕ

g e л o

1'2022

*Контроль  
и профилактика  
ИСМП:  
итоги конгресса*

*стр. 7*

*Принципы командной  
работы в ОРИТ*

*стр. 11*

*Вести Союза  
медицинских  
профессиональных  
организаций*

*стр. 13*

*Коммуникативные  
практики медсестры  
в работе  
с онкологическим  
пациентом*

*стр. 30*

*Современные  
инструменты для  
профессионального  
развития*

*стр. 38*



# ЧИТАЙТЕ В БЛИЖАЙШЕМ ВЫПУСКЕ СЕРИИ «В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ» «НЕВИДИМЫЙ МИР БАКТЕРИЙ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА»

Во второй половине 20-го века казалось, что проблема инфекционных болезней близка к полному разрешению. Открытие антибиотиков и вакцинация давали надежду, что эти болезни больше не будут беспокоить людей. Однако на рубеже тысячелетий стало ясно, что вопрос взаимодействия человека с микромиром еще далеко не закрыт, а проблемы только обостряются. Коронавирусная пандемия – яркое тому доказательство.

В выпуске рассказывается о бактериях внутри и вокруг человека, их значении для жизни и здоровья, о типичных патогенах, вызывающих инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи и здоровых микробных сообществах. Публикация предназначена медицинским сестрам, руководителям сестринских коллективов, преподавателям сестринского дела.



## ВЫШЕЛ ИЗ ПЕЧАТИ ОЧЕРЕДНОЙ ВЫПУСК СЕРИИ «В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ»

### «МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ»

МАЙ 2021  
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ



Прошло более двадцати лет с момента публикации исторического доклада Института медицины США «Человеку свойственно ошибаться: создание более безопасной системы здравоохранения». С тех пор было проведено или продолжается большое количество дополнительных исследований, и во всем мире работают над созданием эффективных инструментов для снижения числа медицинских ошибок.

Издание посвящено проблеме медицинских ошибок и их последствиям. На примере наиболее частых и опасных ошибок в нем представлены меры по их предотвращению с целью повышения безопасности пациентов.

### ПРЕДСТАВЛЯЕМ ВЫПУСКИ СЕРИИ «В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ» ПОСЛЕДНЕГО ВРЕМЕНИ

- Деменция
- Информированное согласие на медицинское вмешательство
- Сестринский процесс при проведении лекарственной терапии в кардиологии
- Профилактика инфекционных заболеваний
- Пневмония: сестринский уход за больным
- Катетеризация мочевого пузыря

МАЙ 2021  
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

ДЕМЕНЦИЯ



МАЙ 2021  
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

ИНФОРМИРОВАННОЕ  
СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВО



МАЙ 2021  
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС  
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ  
ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В  
КАРДИОЛОГИИ



МАЙ 2021  
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

ПРОФИЛАКТИКА  
ИНФЕКЦИОННЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ



### РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ОПЛАТЫ ПОДПИСКИ:

Получатель платежа –

ООО «Современное

сестринское дело».

Банк АО «ОТП Банк»,  
г. Москва

Р/сч 40702810700320025974

К/сч 30101810000000000311

БИК 044525311

ИНН 7715760845

КПП 771501001

Информация о подписке

по телефонам:

(495) 664-20-42,

8-916-031-02-83

Подписаться на 1-е полугодие 2022 года можно в любом почтовом отделении России и на сайте [www.podpiska.pochta.ru](http://www.podpiska.pochta.ru) по индексам ПО-536 для частных лиц, ПИ-595 для организаций.

По-прежнему легко и удобно подписаться в нашей редакции. Стоимость подписки на 1-е полугодие 2022 г. – 750 руб. (для частных лиц) или 1395 руб. (для организаций); на весь 2022 год для частных лиц – 1500 руб., для организаций 2790 руб.

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**, президент  
Забайкальской региональной общественной  
организации «Профессиональные  
медсестринские специалисты»,  
вице-президент Союза профессиональных  
медицинских организаций

**Н.Н. КОСАРЕВА**, президент  
Самарской региональной организации  
медицинских сестер, член правления  
Союза профессиональных медицинских  
организаций

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

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

**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**

Регионы делятся опытом..... 3

**ПРОФСОЮЗНАЯ ТЕМА**

Стабильность отрасли невозможна из-за пандемии..... 4-6

**ПРОФИЛАКТИКА ИСМП**

COVID-19 и внутрибольничные инфекции: актуальные  
вопросы эпидемиологии ..... 7-8, 21-24  
Особенности санитарно-эпидемиологического режима  
детских туберкулезных отделений в период пандемии  
COVID-19 ..... 42-45

**УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ**

Пациентоориентированные технологии в работе медсестер ..... 9-11  
Принципы командной работы персонала ОРИТ ..... 11-12

**ВЕСТИ СОЮЗА МЕДИЦИНСКИХ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

Опыт и инновации в противодействии ВИЧ-инфекции ..... 13-14  
Роль медицинской сестры-анестезиста в оказании  
качественной и безопасной медицинской помощи ..... 15  
Свердловская область: волонтеры в здравоохранении ..... 16-17  
Современные аспекты деятельности медицинских сестер  
в офтальмологии..... 18-20

**ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ**

Общее понятие о постковидном синдроме ..... 25-27  
Нетворкинг и мастермайнд – инструменты  
профессионального развития ..... 38-41

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА**

Применение инновационных методов обучения при  
подготовке младших медсестер по уходу за больными ..... 27-29

**РЕГИОНЫ РОССИИ**

Фельдшер – самый важный человек на селе ..... 29-30  
Пути обеспечения качества и безопасности  
медицинской помощи ..... 32

**ОБМЕН ОПЫТОМ**

Особенности коммуникации медицинской сестры  
клинической и пациентов в онкологической практике ..... 30-31

**СЕСТРИЧКА** ..... 33-36

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРАКТИКУМ**

Что нужно знать о конфликте ..... 37

**НА ЗАМЕТКУ МЕДСЕСТРЕ**

Особенности наркопотребления у несовершеннолетних  
правонарушителей в наши дни..... 45-48

ИЗДАТЕЛЬ: ООО  
«Современное сестринское дело»

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР  
Наталина КРУШИНСКАЯ

#### РЕДАКЦИЯ

Ответственный секретарь  
Ирина ФЕТИЩЕВА  
Обозреватели  
Ирина МЫЛЬНИКОВА  
Елизавета КЛИППЕЛЬ  
Корреспондент  
Дмитрий КУБРАКОВ  
Технический редактор  
Елена СОЛНЦЕВА  
Корректор  
Анна РЯБОВА

КОММЕРЧЕСКИЙ ДИРЕКТОР  
Светлана СПОДОБЕЦ

ОТДЕЛ МАРКЕТИНГА  
И РЕКЛАМЫ  
Людмила ДАГАЕВА

СЕКРЕТАРИАТ  
Евгения БЫСТРОВА

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

Телефоны отдела маркетинга:  
8-916-031-02-83,  
8-916-930-11-29

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

E-mail: [s\\_delo@inbox.ru](mailto:s_delo@inbox.ru)  
Наш сайт: [www.s-delo.com](http://www.s-delo.com)

За содержание рекламных ма-  
териалов редакция ответствен-  
ности не несет

EDITORIAL  
Regions share their experience

LABOUR UNIONS  
Healthcare sector stability impossible due to the pandemic

The situation in health care is unstable and will remain so during the pandemic, when healthcare workers have to be reassigned between hospitals, cities and even regions, and hospital beds need to be reserved in anticipation of the next wave of COVID, amidst a severe shortage of human resources, said Anatoly Domnikov, Chairman of the Russian Healthcare Workers Union, in a recent interview.

PREVENTION OF HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTIONS  
COVID-19 and HAIs: epidemiology and infection control

On 26-26 November 2021, Moscow hosted the Ninth Congress on HAI Prevention and Control (HAI-21) with international participation. The central theme of the event was the role of COVID-19 in the HAI incidence, in particular among healthcare workers.

Challenges for paediatric TB wards during the COVID-19 pandemic

Paediatric TB hospitals, in addition to infection control, treatment and care, also provide educational and health-promoting activities for the young patients appropriate for their age and condition.

MANAGEMENT SOLUTIONS

Patient-centred technologies in nursing

An overview of new approaches to nursing care adopted by Semashko Clinical Hospital in Buryatia.

Effective teamwork in neonatal ICU

Sergey Verbitsky, a nurse from Voronezh, explains why engaging with neonates' parents to build trust and mutual understanding is key to effective operation of the entire neonatal ICU service.

NEWS FROM HEALTH WORKER ORGANISATIONS UNION

This column is about the work of Russia's largest professional association of nurses. Established in 2015, the Union of Health Worker Organisations brings together 170,000 medics from 35 professional associations.

Experience and innovation in combating the HIV infection

In December 2021, Samara hosted an online conference "Mobilizing Resources: Experience and Innovation in Combating HIV Infection" to mark World AIDS Day.

The role of nurse anaesthetist in providing high-quality, safe patient care

Each year, the Chuvashia Republic's Professional Association of Nurses hosts a conference to discuss the practice of nurse anaesthetists.

Sverdlovsk region: volunteers in healthcare

Today, volunteering plays an increasingly important role, made particularly relevant by the COVID pandemic. A student volunteer movement has been created and is now operating under the auspices of the Association of Paramedical Workers in Sverdlovsk Region.

Nursing care in ophthalmology

Last autumn, the Orenburg branch of the Fyodorov Eye Microsurgery Complex hosted an all-Russian conference to discuss the key aspects of ophthalmic nursing.

CONTINUING TRAINING

The post-covid syndrome: key facts

The post-covid syndrome, also known as long COVID, long-haul COVID and U09.9, is a name for long-term sequelae appearing or persistent in patients with a history of COVID infection. The article discusses the symptoms, pathogenesis and clinical presentation of the post-covid syndrome.

Networking and masterminding: professional development tools

Networking is something we all do as we make friends, join groups and associations and otherwise expand our social circle. This article offers advice on how we can benefit even more from networking by making our presence visible in the professional community.

VOCATIONAL TRAINING

Using innovative teaching methods in training nurse assistants

Teachers at Tomsk Medical College share their experience of using practice-oriented approaches to training.

RUSSIAN REGIONS

Paramedic: the most important person in the village

A story about everyday work, essential skills and common challenges in the practice of paramedics in Krasnokamensky District of Transbaikalia.

Ways to ensure healthcare quality and safety

On New Year's Eve in Nizhny Novgorod, nursing service administrators met with regional epidemiologists to discuss approaches to enhancing the quality and safety of healthcare delivery.

LESSONS LEARNED

Effective nurse-patient communication in cancer care

The article discusses the key principles of provider-patient communication adopted by the radiotherapy department of Samara Regional Clinical Oncology Centre.

SESTRICHKA

Read to learn about foods that can increase the risk of developing Alzheimer's, ways to overcome procrastination, and exercises you can do to keep your neck healthy and beautiful.

PSYCHOLOGY WORKSHOP

Knowledge and skills nurses need to deal effectively with conflict

Essential skills for a nurse manager include the ability to manage a conflict situation, facilitate a dialogue and create an environment in which a conflict could serve to stimulate better staff performance, personal and professional growth.

NOTE TO THE NURSE

Drug use by minors: the hard facts

According to research, in 48% of cases, the first incident of drug use occurs before adulthood. Today, an estimated 13.1% of children and adolescents worldwide use drugs at least sometimes. The article discusses the underlying causes of the problem and outlines steps that can be taken as primary and secondary prevention of addictions in children and adolescents.

Лицо на обложке



## ПОМОГАТЬ ЛЮДЯМ

Для призера Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» в номинации «Лучшая медицинская сестра (брат)» 2021 года, медбрата ОРИТ №3 Перинатального центра Воронежской областной клинической больницы № 1 Сергея Вербицкого выбор профессии был легким. Ему всегда хотелось помогать людям, облегчать их страдания, а какое поприще подходит для этого лучше, чем медицина?

В 2004 году Сергей поступил в Бутурлиновское медицинское училище, что в Воронежской области, а после того, как студентам начали преподавать предметы узких специализаций, понял, что его призвание — это работа в сложных, критических ситуациях, в реанимации.

Окончив медучилище с отличием и отслужив в армии, С.Вербицкий начал карьеру медбрата в ОРИТ Павловской районной больницы, затем три года проработал в ОРИТ Центра анестезиологии и реанимации Центрального военно-клинического госпиталя имени А.А. Вишневского в Подмосковье.

В 2014-м он пришел в Перинатальный центр ВОКБ №1. Несмотря на немалый к тому времени опыт работы, смена профиля далась Сергею нелегко: чтобы заниматься педиатрией, многому пришлось учиться заново.

Ему было важно понять, что помогает новорожденным бороться за жизнь. А когда он осознал, какое огромное влияние на исход реанимационных мероприятий оказывает связь ребенка с мамой, ее присутствие, тепло и забота, он начал активнее привлекать к уходу родителей, обучать их правильному общению с новорожденным, проводить мастер-классы. Вместе с коллегами им было разработано пособие для родителей по развивающему уходу.

За 10 лет работы в реаниматологии при участии Сергея Вербицкого спасены тысячи жизней. Сегодня он передает свой опыт более молодым коллегам, не перестает учиться и сам. С. Вербицкий — активный член Российского Красного креста (РКК) и Ассоциации работников здравоохранения Воронежской области, он награжден нагрудным знаком РКК имени Дашы Севастопольской.

Участие во Всероссийском конкурсе, отмечает Сергей, стало для него возможностью не только поделиться своим опытом, но и выразить уважение коллегам, всем представителям медицинской профессии, кто, как бы ни было тяжело, всегда на рабочих местах, чтобы помогать людям.

Наталья МАЛАХОВА

## Регионы делятся опытом

В актуальном номере журнала собраны статьи о наиболее интересном и полезном опыте в области практической работы и профессиональной подготовки сестринского персонала из разных регионов нашей страны — от Санкт-Петербурга до Забайкалья

Как используются пациент-ориентированные технологии в работе медсестер в крупнейшем многопрофильном ЛПО Республики Бурятия, РКБ им. Н.А. Семашко, рассматривается в статье Е.М. Никитенко. Главным принципом организации медицинской помощи в РКБ им. Н.А. Семашко является индивидуальный подход к лечению, ориентация на удовлетворение нужд пациента как личности со своими характерологическими и психологическими особенностями. Автор рассказывает о применении современных форм ухода и рациональном использовании потенциала медицинских сестер, в частности подводит положительные итоги внедрения должности клинической медсестры, широкого применения в работе профессиональных стандартов.

Командная работа — одна из наиболее прогрессивных форм организации медицинской помощи. О практике подобной работы персонала ОРИТ рассказывает в своей статье Сергей Вербицкий, медицинский брат Воронежской областной клинической больницы № 1. Специфика команды в том, что каждый ее участник специализируется на своих задачах, но при необходимости берет на себя и часть обязанностей коллег. Такая организация труда позволяет достигать наилучших результатов за минимальное время, считает автор. Подробнее с самим С. Вербицким можно познакомиться в рубрике «Лицо на обложке» (см. влево).

Очевидно, COVID-19 останется спутником человечества надолго, если не навсегда, как многие другие вирусы. Кроме самого ковида, мы имеем дело еще с постковидным синдромом. Специалисты утверждают, что никакая другая инфекция не приводила к такому многообразию длительных, от одного до восьми месяцев, сохраняющихся тягостных симптомов после периода значительного улучшения, воспринимаемого как полное выздоровление. Это могут быть серьезные системные заболевания, развивающиеся как осложнение новой коронавирусной инфекции. Такие пациенты нуждаются в долгосрочной помощи и поддержке. Постковидный синдром может рассматриваться как мишень долгосрочного сестринского ухода и реабилитации.

Варианты патогенеза постковидного синдрома и его клиника описаны в статье специалистов Санкт-Петербургского центра последипломного образования для медицинских работников ФМБА России, на базе которого проходила научно-практическая конференция с международным участием «Постковидный синдром: вопросы реабилитации и долгосрочного сестринского ухода». Ее материалы легли в основу дистанционного цикла повышения квалификации в рамках НМО.

Среди статей этого номера нельзя не упомянуть о интереснейших материалах, посвященных новым формам работы фельдшеров ФАПов в Забайкальском крае, статье старшей медсестры отделения радиотерапии Самарского ОКОД о коммуникативных практиках сестринского персонала, работающего с онкобольными, о замечательном опыте волонтерской деятельности студентов-медиков из Свердловской области.

Впрочем, все материалы номера, безусловно, заслуживают внимания читателя. Не только уже упомянутые Забайкалье, Свердловская и Воронежская области, Республика Бурятия, Санкт-Петербург и Самара, но и Москва, Чувашия, Томск, Ленинградская область, Оренбург и Нижний Новгород представили результаты своих исследований и полезные практики. Приятного знакомства с опытом коллег и статьями из наших традиционных рубрик!

## НОВАЯ СИСТЕМА ОПЛАТЫ ТРУДА БУДЕТ, НО ПОЗЖЕ

В декабре прошлого года правительство приняло решение еще раз отложить реализацию пилотного проекта по внедрению новой системы оплаты труда медработников. Проект планировали начать в ноябре 2021 года, затем перенесли на декабрь. Теперь предполагается, что он стартует в июле и продлится до ноября 2022 года. Соответствующее постановление подписал премьер-министр Михаил Мишустин.

Обновленные параметры проекта: размеры должностных окладов, региональных коэффициентов, коэффициентов сложности труда, размеры и условия начисления выплат компенсационного и стимулирующего характера — Минтруд по согласованию с Минздравом, Минфином и ФОМС должен представить в правительство до 30 апреля.

Пилотный проект единой отраслевой системы оплаты труда медработников планировалось провести в Якутии, Белгородской, Курганской, Омской, Оренбургской, Тамбовской областях и Севастополе. В нем должны были участвовать 440 медорганизаций, в которых работают более 170 тыс. человек. Суть реформы — выровнять заработные платы медиков одинаковой специализации, уровня квалификации при равной нагрузке в разных регионах страны.

Базовый оклад в рамках пилотного проекта должен был рассчитываться на основе МРОТ, коэффициента дифференциации окладов по должностям (сложности труда) и коэффициента экономического развития ре-

гиона. Минимальный прирост средних зарплат должен был составить 2%, максимальный — 78%.

Безусловно, жаль, что проект откладывается, прокомментировал ситуацию председатель Профсоюза работников здравоохранения России Анатолий Домников, но мы понимаем, почему это произошло. Сегодня в семи пилотных территориях нет ни одной больницы, которая была бы свободна от работы с пациентами с COVID-19. А если в больнице развернута «красная зона», значит, ни о каком кадровом балансе, упорядоченности в начислении заработной платы речи быть не может, как не может быть речи и о стабильном бюджете здравоохранения территорий, особенно в первичном звене. Поэтому мы согласны с тем, что проект нужно отложить. Но главное — не отложить его слишком надолго, не упустить момент, когда в нашем распоряжении будет 3-4 месяца стабильного положения, чтобы получился чистый, показательный эксперимент. А профсоюз, безусловно, будет контролировать ход этого эксперимента, проводить перекрестные проверки, подчеркнул председатель профсоюза.

## О ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНЫХ КАТАКЛИЗМОВ: ЗАЯВЛЕНИЕ ФНПР

Трагические события в Казахстане показывают, насколько важно уделять внимание социальным и экономическим проблемам, характерным сегодня для многих государств постсоветского пространства. Иначе ситуация может повториться, произойти и в других странах СНГ, в том числе и в России, таково мнение Федерации независимых профсоюзов России (ФНПР), выраженное в специальном заявлении по поводу событий в Казахстане и опубликованное на сайте организации.

Если не бороться с социальным неравенством и бедностью населения; не уделять внимания росту цен, повышению налогов, незащищенности людей от судебного произвола, на протяжении длительного времени целенаправленно ограничивать права профсоюзов, уклоняться от содержательного диалога с работниками через профсоюзные организации, сложится обстановка, которой может воспользоваться внешняя или внутренняя сила в борьбе за власть, для дестабилизации или даже воз-

можного развала государства, отмечается в заявлении.

ФНПР призывает российские власти больше внимания уделять росту доходов жителей страны и индексации пенсий. Нужен содержательный диалог представителей власти, бизнеса и профсоюзов, который сегодня иногда подменяется формальным подходом. Необходимо расширение прав и гарантий деятельности профсоюзов как стороны, представляющей организованных работников.

## СПРАВЕДЛИВАЯ ОПЛАТА ТРУДА ДЛЯ МЕДИКА

В Волгоградскую областную организацию профсоюза обратился сотрудник одной из районных больниц.

Член профсоюза выполнял обязанности заведующего терапевтическим отделением, а по совместительству работал врачом-терапевтом. При выполнении профессиональных обязанностей он контактировал с пациентами с подтвержденным диагнозом COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию, что является основанием для специальной социальной выплаты. Однако, при начислении заработной платы, эти сведения учтены не были.

Волгоградская областная организация профсоюза провела проверку по месту работы врача. По ее результатам выяснилось, что расчет по ставкам, которые занимал медицинский работник, проведен неверно.

Профсоюз направил работодателю письмо с требованием устранить выявленные нарушения. По итогам профсоюзной проверки медучреждение произвело перерасчет, и медицинскому работнику была выплачена недоначисленная сумма.

## РАБОТНИКИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДПОМОЩИ ПОЛУЧАТ ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ СОУТ

Для медиков, оказывающих паллиативную помощь, установлены особые правила проведения специальной оценки условий труда (СОУТ). Соответствующий приказ Минтруда России от 29.09.2021 № 664н прошел регистрацию в Минюсте РФ в начале этого года и официально размещен на интернет-портале правовой информации.

Профсоюз работников здравоохранения РФ инициировал проведение мониторинга применения законодательства о СОУТ на рабочих местах работников, участвующих в оказании паллиативной медицинской помощи, еще в 2019 году.

По мнению профсоюза, при оценке показателей тяжести трудового процесса должны учитываться, но не учитывались значительные физические нагрузки на средний и младший медицинский персонал даже при применении специальных приспособлений для ухода за тяжелобольными пациентами.

Профсоюз настаивал на необходимости учитывать, что пациенты паллиативной медицины — это люди с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями: различными формами злокачественных новообразований; с органной недостаточностью в стадии декомпенсации, с хроническими прогрессирующими заболеваниями, с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения и др.

Важно было разработать единые подходы к оценке напряженности трудового процесса медицинского

персонала, оказывающего паллиативную медицинскую помощь. Необходимо было учесть стрессогенные нагрузки, которым он подвергается при общении с пациентами и их родственниками, количество конфликтных ситуаций, необоснованных жалоб, случаев агрессивного поведения.

Профсоюз работников здравоохранения России совместно с Минздравом России активно работал над новым нормативным документом. Профсоюзные эксперты в ходе подготовки проекта приказа № 664н формулировали замечания и предложения, которые затем были учтены в окончательной редакции документа.

При проведении СОУТ работников, оказывающих паллиативную помощь, приказом предусматривается учет неустраняемого андрогенного компонента в параметрах микроклимата с установлением по данному фактору вредного класса условий труда первой степени (подкласс 3.1.) и отнесение условий труда на рабочих местах к классу (подклассу) условий труда по тяжести трудового процесса с установлением не ниже 3.2.

Работа профсоюза по совершенствованию законодательства в области охраны труда продолжается.

## ПРОФСОЮЗ ОТСТОЯЛ ПРАВО НА ДОСРОЧНУЮ ПЕНСИЮ

Пенсионный фонд дважды отказал медсестре одной из медицинских организаций Алтайского края в назначении досрочной страховой пенсии по старости.

Пенсионный фонд не включил в специальный стаж медицинского работника отдельные периоды работы в должности медицинской сестры взрослого консультативно-поликлинического отделения Алтайского диагностического центра.

Специалисты Алтайской краевой организации профсоюза помогли медсестре подготовить исковое заявление и представили ее интересы в суде для защиты

законного права на досрочную страховую пенсию. В ходе судебного разбирательства было определено, что в наименовании должности истицы была допущена ошибка, но это никак не отменяло факт ее работы медсестрой Алтайского ДЦ.

Суд обязал назначить медсестре досрочную страховую пенсию по старости, включив в специальный стаж периоды работы в диагностическом центре.

## ЗАРАЖЕНИЕ COVID-19 НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ ДОКАЗАНО

Врачебная комиссия Лукояновской ЦРБ Нижегородской области не признала страховым случаем заражение коронавирусом своего сотрудника.

По мнению комиссии, санитарка инфекционного отделения не могла заразиться COVID-19 при исполнении должностных обязанностей, а инфицирование произошло за пределами медицинского учреждения — в быту.

Председатель первичной организации профсоюза в медучреждении помог санитарке составить апелляцию

и подать ее в профильную комиссию при Министерстве здравоохранения Нижегородской области. В документе было указано на ряд факторов, не учтенных комиссией больницы.

Врачебная комиссия провела повторное расследование и вынесла решение о признании случая страховым: санитарка получит положенную ей по закону выплату.

## В МОСКВЕ ОПРЕДЕЛИЛИ ЛУЧШИХ МОЛОДЫХ ПРОФСОЮЗНЫХ ЛИДЕРОВ

21 декабря в Учебно-исследовательском центре Московской федерации профсоюзов (МФП) прошел финал конкурса «Молодой профсоюзный лидер города Москвы — 2021». Двенадцать представителей отраслевых профсоюзов столицы, вышедшие в финальную часть состязаний, должны были проявить лидерские качества и способности руководителя.

Участников конкурса приветствовали председатель МФП Михаил Антонцев, заместитель председателя МФП Наталья Свиридова, председатель Профсоюза работников здравоохранения г. Москвы Сергей Ремизов и др.

Среди двенадцати финалистов двое представляли Профсоюз работников здравоохранения г. Москвы: студентка Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова Елена Масленкова и студент Московского медико-стоматологического Университета имени А.И. Евдокимова, председатель профсоюзного бюро лечебного факультета вуза Василий Евтушенко-Сигаев.

Финальные испытания состояли из тестирования, самопрезентации, презентации своего проекта, направленного на мотивацию профсоюзного членства,

и дебатов, в ходе которых участники соревновались в умении доказательно обосновать свою точку зрения и убедительно опровергнуть мнение оппонента.

Студентов-медиков горячо поддерживала делегация Профсоюза медицинских работников столицы во главе с председателем Сергеем Ремизовым.

Все финалисты проявили прекрасные навыки публичных выступлений, умение позиционировать себя и свою организацию, знание законодательства, способность мотивировать молодежь к вступлению в профсоюз. Победу же одержала будущий медик Елена Масленкова. Василий Евтушенко-Сигаев вошел в пятерку лидеров, заняв четвертое место.

Все финалисты конкурса были награждены дипломами МФП, а победители получили также денежные премии.

## СТАБИЛЬНОСТЬ ОТРАСЛИ НЕВОЗМОЖНА ИЗ-ЗА ПАНДЕМИИ

Здравоохранение в России не восстановится до тех пор, пока не закончится пандемия, подчеркнул председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников в одном из своих недавних интервью, комментируя результаты рейтинга «Потерянные годы жизни».

Рейтинг был представлен Центром экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава России. «Потерянные годы жизни» — показатель, разработанный Всемирной организацией здравоохранения, он показывает число потерянных лет от преждевременной смерти. При расчете Минздрав учитывал статистику по заболеваниям, возрастным группам и полу погибших в каждом регионе.

Худшие показатели зафиксированы в Чукотском автономном округе, где люди не доживают до 76 лет. Далее следуют Чечня и Ненецкий автономный округ, Оренбургская область. Лучшие показатели — в Ингушетии, Адыгее и Севастополе.

Ситуация в здравоохранении многих регионов неста-

бильная, и она останется таковой до тех пор, пока отрасль будет работать в условиях пандемии, перемещать кадры из одной больницы, города и даже региона в другие, сохранять коечный фонд в ожидании очередной волны ковида, испытывать жесточайший дефицит кадров, сказал лидер Профсоюза медиков России.

Комментируя данные рейтинга «Потерянные годы жизни», он заметил, что цифры получены с помощью новой методики подсчета, которая еще не до конца изучена и опробована, а потому делать глобальные выводы на основании полученных данных рано. Например, регионы, которые в новом рейтинге продемонстрировали лучшие достижения, по другим показателям и рейтингам находится в числе худших и наоборот.

## ПРОФСОЮЗ ОТМЕНИЛ ДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗЫСКАНИЕ

В Самарскую областную организацию профсоюза обратился врач выездной бригады скорой помощи. Работодатель посчитал, что медработник нарушил санитарно-эпидемиологический режим и наложил на него дисциплинарное взыскание в виде замечания, что было незаслуженно и несправедливо.

При этом руководство не стало утруждать себя подготовкой документов для обоснования своего решения, а также нарушило ряд других правил, предусмотренных 193 статьей Трудового кодекса России. Не было учтено и мнение первичной профсоюзной организации о произошедшем инциденте.

При этом вынесенное замечание давало работодателю право не выплачивать работнику стимулирующие выплаты — некоторые надбавки и премию, а также уволить вра-

ча, если тот еще раз совершит дисциплинарный проступок.

Правовой инспектор Самарской областной организации профсоюза подготовил исковое заявление в суд с требованием признать незаконным приказ о дисциплинарной ответственности врача.

По результатам судебных разбирательств, требования истца удовлетворены в полном объеме. Суд признал приказ о наложении дисциплинарного взыскания незаконным и отменил его.



# COVID-19 И ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

25-26 ноября в Москве прошел IX Конгресс с международным участием «Контроль и профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи». Мероприятие было организовано Центральным НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Российской академией наук, Всероссийским научно-практическим обществом эпидемиологов, микробиологов и паразитологов, Национальным научным обществом инфекционистов.

На конгрессе выступили ведущие российские и зарубежные специалисты в сфере борьбы с инфекциями. Прозвучало более 130 докладов, прошло 20 секционных заседаний. Основное внимание было уделено роли COVID-19 в заболеваемости ИСМП, в частности в внутрибольничном инфицировании медперсонала и росте антибиотикорезистентности возбудителей.

Конгресс собрал свыше 5600 участников из 85 субъектов РФ, а также из зарубежных стран – эпидемиологов, дезинфектологов, хирургов, реаниматологов, медицинских сестер и других специалистов.

## ИСМП – ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

Несмотря на колоссальный прогресс в медицинских технологиях и широкое внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения инфекций, заболеваемость ИСМП остается высокой, отметил, открывая работу конгресса, директор ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора Василий Акимкин. Для эффективного решения проблемы необходимо, чтобы разработка стратегий научных исследований, нормативных документов, внедрение новых подходов к профилактике ИСМП осуществлялись при междисциплинарном взаимодействии, объединении усилий специалистов разного профиля.

**Актуальность проблемы диагностики, лечения и профилактики ИСМП определяется широким распространением инфекций, высокой летальностью, тесной связью с качеством медицинской помощи, значительным социально-экономическим ущербом.**

Для успешной борьбы с инфекциями важно международное сотрудничество. Об этом говорил в своем кратком выступлении вице-президент Европейской академии естественных наук, председатель Германно-Российского форума Коха-Мечникова по борьбе с инфекционными заболеваниями Хельмут Хан. Он подчеркнул, что пандемии не знают границ, и не должно быть границ между теми, кто борется с ними – только содружество специалистов разных стран принесет успех.

Участников конгресса приветствовала глава Роспотребнадзора Анна Попова. Антибиотикорезистентность (АБР) – проблема, требующая быстрых и эффективных решений, подчеркнула главный санитарный врач России. Особое внимание необходимо уделить ситуации в инфекционных госпиталях для лечения новой коронавирусной инфекции. В этих замкнутых экосистемах селекция внутрибольничных штаммов микроорганизмов с широким спектром резистентности как к антимикробным препаратам, так и дезсредствам происходит особенно быстро.

Существенную недорегистрацию ИСМП назвала самой болезненной темой в сфере инфекционной безопасности России главный внештатный специалист-эпидемиолог ПФО, исполнительный директор Национальной ассоциации специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НАСКИ) Ольга Ковалишена. Она подчеркнула важность внедрения в практику новых подходов к учету и регистрации ИСМП.

Действующая система регистрации была введена в 1990 году. Несмотря на все предпринятые за эти годы меры, в том числе и по ужесточению наказания за недорегистрацию внутрибольничных инфекций, достигнуть прогресса не удалось. Перед пандемией выявление и учет ИСМП даже снизились – до примерно 25 тысяч зарегистрированных случаев в год, а резкий рост их числа, отмечавшийся в 2020 году (в России было официально зарегистрировано более 103 тысячи случаев), был связан с SARS-CoV-2, с вовлечением в эпидемический процесс медработников, с формированием большого числа внутрибольничных очагов.

Причин недорегистрации много: это и несовершенство нормативно-правовой и методической базы – ни один действующий нормативный документ сегодня не содержит стандартного определения случая инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи; и отсутствие приверженности со стороны медперсонала, его недостаточная подготовка в сфере диагностики ИСМП; и сокрытие реальных случаев из-за боязни штрафных санкций контролирующих органов, ведь регистрация ИСМП в большей степени, чем регистрация других инфекций, зависит от системы управления внутри клиники.

Требуется изменение самого подхода к учету и регистрации, подчеркнула О. Ковалишена. Оценивая ИСМП по заболеваемости, то есть по уже случившемуся нежелательному исходу, причины которого имели место 7-10 дней назад, мы поздно реагируем на ситуацию, сказала она, а значит, эффективность такого влияния низка. НАСКИ предлагает переход к иной системе – к мониторингу ИСМП, основанному на оценке потенциального риска и управлении эпидемиологической ситуацией на основе этой оценки.

Но чтобы риск-ориентированный подход работал эффективно, нужны полнота и качество информационных потоков — эпидемиологический мониторинг, микробиологический мониторинг, качественная эпидемиологическая диагностика. Поэтому НАСКИ предлагает сделать учет и регистрацию ИСМП частью оценки нежелательных событий в рамках систем качества и безопасности медицинской помощи как на уровне медицинской организации, так и органов управления здравоохранением регионов. Предполагается создать подсистемы для регистрации ИСМП в региональных блоках единой государственной инфосистемы здравоохранения ЕГИСЗ и разработать регламент передачи данных из медорганизаций на более высокий уровень.

Предстоит ввести в нормативные документы стандартное определение случая ИСМП и рассчитать шкалу ординарных уровней частоты ИСМП для различных нозологических форм и типов медицинских организаций. Если заболеваемость в медорганизации будет существенно ниже таких ординарных значений, то скорее всего речь будет идти о недорегистрации, а если выше — об эпидемиологическом неблагополучии. Предлагается также продумать систему мер стимулирования клиник, ведущих полный и качественный учет и регистрацию ИСМП.

**Выявление резистентных штаммов в российских клиниках увеличилось в 2021 году по сравнению с 2020 году в 4 раза. Уже в 2020 году, согласно данным клиник Москвы и Московской области, 99% штаммов *klebsiella pneumoniae* было резистентно к меропенему, 85% — к амикацину, 96% — к ципрофлоксацину, в 2021 году эти цифры составили соответственно 100, 88 и 98%.**

Эпидемиологической ситуации в условиях пандемии COVID-19 посвятил свой доклад руководитель лаборатории ИСМП ЦНИИ эпидемиологии Алексей Тутельян.

Инфекционистов и эпидемиологов не может не настораживать высокая летальность новой коронавирусной инфекции, сказал он. Безусловно, один из факторов, влияющий на тяжесть течения ковида, — генетический вариант SARS-CoV-2, доминирующий в тот или иной момент пандемии. Однако, согласно данным исследований, этот фактор нельзя назвать определяющим. По мнению ученых, намного большее влияние на летальность при COVID-19 оказывает неконтролируемый прием антибиотиков и его последствия.

Факт, что эмпирическое применение антимикробных препаратов (до получения результатов микробиологического исследования) влияет на смертность от COVID-19, не раз был доказан научными исследованиями. Одно из них, включавшее более 1100 пациентов больницы Жэньминь Ухальского университета (КНР), продемонстрировало, что эмпирическое назначение антибиотикотерапии (АБТ) приводит к росту летальности в 10 раз (20,5% против 2,2%) и случаев развития полиорганной недостаточности в 4 раза (40,2% против 11,2%).

Эти результаты вполне объяснимы — неадекватная АБТ провоцирует рост резистентных внутрибольничных штаммов, что усложняет терапию в случае присоединения инфекции. А характерная для COVID-19 неадекватность иммунного ответа лишь усугубляется агрессивной терапией — в итоге иммунная система оказывается неспособной бороться и с ковид, и с вторичной бактериальной или грибковой инфекцией.

Последняя — настоящий бич клиник во всем мире. Распространенность грибковых инфекций у больных новым коронавирусом растет и составляет в среднем 16%, при этом доказано, что их присоединение на 25% увеличивает вероятность летального исхода у пациентов с COVID-19, находящихся в ОРИТ.

Ситуация усугубляется низкой эффективностью противогрибковых препаратов и широкой распространенностью АБР среди грибковых инфекций, а также отсутствием быстрых и эффективных методов молекулярной диагностики инвазивного кандидоза.

Изучение грибковой инфекции, сопровождающей ковид, — приоритетная тема научных исследований сегодня, подчеркнул А. Тутельян. Необходимо совершенствовать микробиологическую диагностику грибковых инфекций, активизировать мониторинг резистентных штаммов на территории РФ и в сопредельных государствах, провести пилотные исследования по выявлению основных возбудителей инвазивных микозов у пациентов в госпитальной среде.

Следует обсудить и целесообразность введения контроля за потреблением антибиотиков. А оно и сегодня продолжает быть высоким, хотя согласно 13-й версии временных рекомендаций Минздрава России по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции антибиотики следует назначать только при наличии убедительных признаков присоединения бактериальной инфекции. Проходящее в настоящее время в России исследование под эгидой Альянса клинических химиотерапевтов и микробиологов показывает, что пациенты с ковид применяют антибиотики в 55% случаев, при этом осложненное течение пневмонии наблюдают у 15% больных.

Об этом говорил в своем докладе и главный внештатный специалист по микробиологии и антимикробной резистентности Минздрава России, ректор Смоленского государственного медицинского университета Роман Козлов.

**Если не принимать никаких мер, то увеличение смертности из-за АБР к 2030 году приведет к снижению мирового ВВП на 1,4%, а к 2050 году — 2-3,5%.**

Безусловно, резистентность напрямую связана с количеством потребляемых антибиотиков, и именно на этот фактор следует воздействовать прежде всего, подчеркнул Р. Козлов. С 2000 до 2010 год потребление антибиотиков в мире увеличилось на 36%. 70% этого роста пришлось на страны БРИКС. Пандемия ухудшила ситуацию.

*(Продолжение на с. 21)*

# ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ МЕДСЕСТЕР

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко – самое крупное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение Республики Бурятия, оказывающее специализированную стационарную и консультативно-диагностическую помощь, а также республиканский организационно-методический и научно-педагогический центр.

Для того чтобы повысить эффективность оказания медицинской помощи, ее необходимо сделать максимально доступной и качественной, что требует внедрения новых технологий и подходов к организации работы. Главенствующая роль в уходе за пациентами принадлежит медицинским сестрам.

Качество медсестринской помощи напрямую зависит от рационального использования потенциала медсестер вследствие введения новых форм ухода и навыков практической деятельности. Введение должности клинической медицинской сестры в нашей больнице позволило снизить нагрузку на 1 медсестру с 25-30 пациентов до 8-10. Медицинская сестра ведет своих пациентов с момента поступления до выписки. Медицинская сестра не только следит за состоянием пациента, но и активно интересуется его самочувствием, нуждами, что способствует активному выявлению жалоб и быстрому решению проблем. Медсестра получает статус высокопрофессионального и взаимозаменяемого участника общей лечебной деятельности на любом этапе.

Внедрение в практику профессиональных стандартов позволило произвести перераспределение функциональных обязанностей. В нашем ЛПУ выстроена трехуровневая система ухода за пациентом (см. Рис.). Некоторые функциональные обязанности медсестер были делегированы младшим медсестрам.

Работа медицинской сестры приемного покоя имеет много направлений и требует от нее самых разнообразных знаний и навыков.

В приемном отделении больницы введена технология медицинской сортировки (triage) с разделением пациентов на три потока, в зависимости от тяжести состояния. Сотрудниками приемного покоя разработаны критерии и создан чек-лист, согласно которому проводится сортировка. Такой подход позволяет значительно рационализировать работу приемного покоя, расширить функции медицинской сестры.

Определены три потока медицинской сортировки.



Рис.

Пациентам, поступившим в состоянии, угрожающем их жизни, незамедлительно начинается оказываться интенсивная терапия – это первый поток.

По второму потоку направляются пациенты, состояние которых оценивается как средней степени тяжести, т.е. пациент нуждается в неотложной помощи, но его состояние на данный момент не представляет угрозы жизни.

По третьему потоку идут пациенты, жизнь которых не находится в опасности, а общее состояние является удовлетворительным.

Медицинская сортировка осуществляется медсестрами приемного отделения по следующим показателям:

- Частота дыхательных движений (ЧДД)
- Уровень оксигенации крови (пульсоксиметрия)
- Частота сердечных сокращений (ЧСС)
- Температура тела
- Оценка уровня сознания
- Уровень артериального давления
- Состояние верхних дыхательных путей

С учетом состояния пациента он направляется по определенному потоку для оказания ему врачебной помощи.

Медицинская сестра после заполнения чек-листа определяет необходимость вызова профильных специалистов, обеспечивает венозный доступ и т.д.

В основе любых действий медицинского персонала при оказании медицинской помощи (услуги) должна лежать четкая идентификация пациентов (его биоматериалов, документов). Идентификация пациента осуществляется всеми сотрудниками, участвующими в оказании медицинской помощи (врачи, медицинские сестры, врачи-консультанты, специалисты диагностических служб и т.д.).

Ошибки, связанные с неправильной идентификацией пациентов, могут иметь место практически на любом этапе диагностики и лечения. Пациенты могут находиться в состоянии седации, быть дезориентированы или в полусонном состоянии; они могут менять кровать, палату, место пребывания внутри лечебного учреждения, а также возможны другие обстоятельства, которые могут стать причиной неправильной идентификации.

При поступлении пациента в приемном отделении проводится идентификация личности, оценка риска падений, а также сбор аллергологического анамнеза. В соответствии с документами, удостоверяющими личность пациента, медицинская сестра оформляет идентификационный браслет, где указывает: ФИО пациента полностью; дату рождения; номер медицинской карты;

отделение. В соответствии с полученными данными производится идентификация риска, надевается браслет.

Оценка состояния пациента проводится по оценочно-му листу состояния здоровья пациента, все полученные данные заносятся в медсестринскую карту больного (МСКБ). В оценочном листе отображена профилактика рисков в отношении:

- возможности аллергических реакций
- профилактики боли
- профилактики пролежней
- профилактики падений

Медицинские сестры структурных подразделений знакомят пациента с памяткой о профилактике падений, режимом в отделении. После этого младшая медицинская сестра размещает пациента в палату поближе к посту, обучает его пользоваться кнопкой вызова, правилам перемещения в постели, еще раз напоминает, что при необходимости встать надо вызвать медицинский персонал.

Падения пациентов в стационаре могут нанести серьезный ущерб их здоровью и часто приводят к увеличению финансовых затрат для лечения данного пациента.

Падения пациентов, которые происходят во время стационарного лечения, являются серьезной социально-экономической проблемой. По данным исследований, падения с тяжелыми исходами составляют более 5% всех непредвиденных ситуаций в клиниках. Частота падений пациентов в госпиталях варьируется от 2,3 до 7 падений на 1 тыс. койко-дней стационарного лечения. При этом 30% пациентов получают травмы различной степени тяжести, из них от 4 до 6% — серьезные повреждения.

При оценке риска наибольшее распространение получил такой метод оценки риска падения, как применение шкалы Морсе. Этот метод используется, чтобы выявить пациентов, у которых велика вероятность падения в связи с наличием физиологических или приобретенных факторов риска. Расчеты величины риска чрезвычайно просты и не требуют серьезного обследования пациента.

Советом медицинских сестер ГАУЗ РКБ им. Н.А. Семашко разработана и внедрена в практику многоэтапная система оценки рисков и назначения профилактических услуг по уходу за пациентом с высоким риском падения.

Разработаны следующие документы: методическая инструкция «Порядок работ по профилактике падений пациентов», СОП «Порядок действий персонала при обнаружении факта падения пациента для всех сотрудников РКБ» и т.д.

Все сотрудники организации независимо от занимаемой должности должны быть вовлечены в процесс предотвращения падений.

Пролежни могут развиваться у пациентов любой возрастной группы, если у них утрачена способность к передвижению и они самостоятельно не могут изменить положение тела. Например, пациент прикован к кровати или креслу-каталке. Профилактика пролежней — целый комплекс мер по уходу за пациентом, направленный на снижение риска образования пролежней.

Проще предупредить пролежни, чем лечить их.

По данным зарубежной статистики, частота развития пролежней в больницах общего профиля варьируется от 0,4% до 38%. В группах повышенного риска частота развития пролежней достигает 60% у пациентов с quadripleгией, 66% у пациентов с переломами бедренных костей, 52% у истощенных больных и 33% у пациентов отделений интенсивной терапии.

В США средние затраты на лечение одного больного с пролежнями составляют 37 800-70 000\$ или около 11 млрд \$ в год.

По данным российских специалистов, затраты на ведение 1 обездвиженного пожилого больного с недержанием при начальных (I-II) стадиях пролежней возрастают примерно на 10%, а при III-IV стадиях — в 2,4 раза.

Общие подходы к профилактике пролежней сводятся к следующему:

- Своевременная и регулярная оценка риска возникновения пролежней.

- Своевременная профилактика.

- Выполнение необходимых манипуляций согласно технологии простых медицинских услуг по уходу за пациентом.

Оценка риска развития пролежней проводится по шкале Ватерлоу. По назначению лечащего врача медицинские сестры ежедневно проводят оценку риска развития пролежней.

Большое внимание уделяется обеспечению лекарственной безопасности.

Для исключения риска сестринских ошибок при проведении лекарственной терапии в РКБ:

1. Разработана и внедрена унифицированная система хранения лекарственных средств (по кодам анатомо-терапевтическо-химической системы классификации).

2. Созданы комнаты хранения лекарственных средств.

3. Созданы кабинеты централизованного обезболивания.

4. Организован центральный кабинет полихимиотерапии (ПХТ).

Хранение цитостатиков в течение многих лет осуществлялось в кабинетах старших медсестер, процедурных кабинетах и на постах медицинских сестер наряду с простыми лекарственными средствами. Со стороны старших медсестер не было должного учета прихода и расхода цитостатиков. В некоторых отделениях были излишние запасы, которых хватило бы на несколько лет, или был произведен закуп препарата в большем количестве, чем это требовалось. Препарат расходовался в том количестве, в котором требовалось, а остатки хранились в отделении, так как в них не было потребности. Данное состояние дел значительно затрудняло анализ потребности стационара в лекарственных препаратах. Вопросу безопасности медицинского персонала не уделялось должного внимания.

Создание кабинета ПХТ решило все эти проблемы. Оборудование одного централизованного кабинета для хранения цитостатиков (2 холодильника, 2 шкафа для хранения) привело к экономии средств в 394 тыс. руб. ►

# ПРИНЦИПЫ КОМАНДНОЙ РАБОТЫ ПЕРСОНАЛА ОРИТ

Командная работа представляет собой продуктивную практическую деятельность группы людей, где каждый её участник специализируется на своих, поставленных именно перед ним задачах, а при необходимости берет на себя и часть обязанностей своих коллег.

Сегодня командная работа считается наиболее эффективной формой взаимодействия людей, которая позволяет достигать наилучших результатов за минимальное время. На мой взгляд, именно это является важным критерием в организации работы отделений реанимаций и интенсивной терапии, где на счету каждая секунда при спасении человеческой жизни.

Мой многолетний опыт работы в отделениях реанимации и интенсивной терапии как со взрослыми, так и с новорожденными детьми, позволяет мне выделить наиболее важные принципы организации командной работы в таких отделениях:

1. Ответственность за результаты общей работы, четкое распределение ролей членов команды и соблюдение приоритетов их участия в решении конкретных задач.

2. Уважение и доверие среди всех членов команды, готовность сотрудников отделений к взаимопомощи и поддержке друг друга.

3. Родственник пациента — часть команды.

4. Стремление всех членов команды к получению новых знаний, а

также их готовность к постоянному саморазвитию.

5. Введение в сформировавшуюся модель взаимоотношений «Коллектив как команда» молодых специалистов.

6. Обязательное внедрение новейших технологий в работу отделений реанимации и палат интенсивной терапии.

Рассматривая первый принцип формирования модели взаимоотношений сотрудников отделений реанимации и палат интенсивной терапии, мы ясно понимаем, что реанимационная бригада — это четкость и слаженность действий, полное доверие друг к другу, один единый механизм, одна команда. Команда, где в условиях решения конкретной задачи каждый участник выполняет свою часть работы в соответствии с общей целью. Ведь благодаря этому и обеспечивается эффективность всего лечебного процесса при выхаживании тяжелых пациентов.

Опираясь на второй принцип, точно можно сказать, что отношения между сотрудниками медицинской организации должны строиться на доброжелательности, вежливости, взаимном уважении и строгом соблюдении субординации. Бывает, что среди сотрудников коллектива возникают недопонимание и разногласия при решении поставленных задач, что приводит к ослаблению командного духа, и, как следствие, к возникновению конфликтных ситуаций. В этом

случае наша основная задача состоит в том, чтобы сделать конфликт продуктивным, предоставить возможность всем участвующим в нем членам коллектива познакомиться с иными, новыми для себя точками зрения и подходами к достижению командной цели и тем самым повысить эффективность командной работы. Все это возможно только при условии соблюдения принципов уважения, доверия, готовности сторон рассмотреть противоположную позицию.

Важной частью работы реанимационной бригады является взаимодействие с родственниками пациента, в нашем случае это родители, в первую очередь, мамы новорожденных. В нашей практике иногда случается так, что после рождения ребенка момент совместного пребывания мамы и новорожденной крохи оттягивается из-за тяжести состояния ребенка. Для мамы это сложное время, наполненное ожиданием и тревогой за своего малыша. Поэтому так важно на первых этапах нашего общения с родителями наших маленьких пациентов сформировать образ медицинского персонала как друга и помощника.

Для успешной реализации такой модели взаимодействия необходимы: полное информирование родителей о состоянии ребенка в доступной форме, психологическая поддержка на всех этапах, а также активное привлечение мам и пап к уходу за новорожденным и

► Был оборудован один процедурный кабинет с вытяжным шкафом. Заключен договор на утилизацию медицинских отходов класса Г (отходы собираются в 1 кабинете вместо 3). Медицинский персонал гематологического отделения прошел обучение. Разработаны и активно применяются СОП по проведению дезактивации, порядку разведения цитостатиков, порядку постановки цитостатиков.

Медицинские сестры должны быть профессионально компетентны не только в выполнении сестринских манипуляций, но и в общении с пациентами; для

формирования у сестринского персонала навыков эффективного общения в РКБ организовано регулярное обучение. Большое внимание мы уделяем адаптации молодых специалистов и новичков. К каждому новому сотруднику у нас прикрепляется наставник, проводятся мастер-классы.

**Е.М. НИКИТЕНКО,**  
и.о. главной медицинской сестры,  
Республиканская клиническая  
больница им. Н.А. Семашко  
г. Улан-Удэ

их полномочное участие в работе команды.

Для помощи родителям в уходе за своим ребенком мною совместно с моими коллегами было разработано информационно-методическое пособие «Недоношенный ребенок», в котором были рассмотрены процессы выхаживания и наиболее часто встречающиеся заболевания у недоношенных детей.

Сестринское дело на современном этапе развития общества переживает прогрессивные перемены, которые связаны с появлением специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, с внедрением информационных технологий, с применением инновационных методов работы. С каждым годом требования к подготовке медиков возрастают. И это понятно: в руках медицинских работников самое ценное — человеческая жизнь. В связи с этим возникает необходимость в непрерывном обучении и совершенствовании профессиональных практических навыков и теоретических знаний всего коллектива. Поэтому для всех сотрудников нашего отделения самообразование является обязательным требованием, независимо от опыта, стажа работы, возраста и заслуг.

Современному медицинскому работнику необходимы знания не только в области медицины, но и в области философии, педагогики и психологии, ведь общение с пациентами и их родственниками становится неотъемлемой частью командной работы.

Я и все мои коллеги зарегистрированы в системе непрерывного медицинского образования и постоянно совершенствуем свои знания и навыки, расширяем профессиональные компетенции.

Мы прекрасно знаем, как остро ощущает вчерашний выпускник учебного заведения необходимость в профессиональной адаптации. Необходимую помощь ему в нашем коллективе всегда окажет опытный наставник.

Наставничество — форма профессионального становления и развития молодых специалистов

под наблюдением наставника, направленная на совершенствование качества профессиональной подготовки, знаний, умений и практических навыков, надлежащее исполнение своих должностных обязанностей, адаптацию в трудовом коллективе, ознакомление с особенностями работы в медицинской организации.

На протяжении многих лет я являюсь наставником молодых специалистов. Стараюсь, чтобы обучение проходило несколько последовательных и очень важных этапов:

- Я расскажу — ты послушай.
- Я покажу — ты посмотри.
- Сделаем вместе.
- Сделай сам — я подскажу.
- Сделай сам и расскажи, что сделал.

Конечно, в процессе обучения могут возникнуть трудности, заключающиеся в недопонимании молодым специалистом изучаемого материала. Для решения таких проблем я несколько меняю тактику объяснения учебного материала, более тщательно подхожу к разбору именно того материала, который был плохо усвоен, несколько раз возвращаюсь ко второму и третьему этапу схемы обучения.

Для лучшего восприятия и большей доступности практического материала при обучении интернов мы вместе с главной медсестрой Воронежской клинической больницы № 1 разработали визуализированные пособия. Для минимизации риска возникновения ошибок в процессе освоения и выполнения сестринских манипуляций широко используются СОПы, в разработке которых я также принимал непосредственное участие.

В последнее время наблюдается впечатляющий прогресс в медицинской науке и технике. Внедрение инновационных технологий в организацию работы ОРИТ облегчает труд, способствует улучшению качества медицинской помощи и благоприятному течению лечебного процесса. Однако при внедрении новых технологий в работу отделения, особенно на начальном этапе, всегда ожидает немало трудностей:

● Нежелание многих членов коллектива принимать и внедрять новое;

● Незнание всех тонкостей самого процесса;

● Неясность специфики применения инновации на практике.

Чтобы преодолеть эти трудности, нужно:

1. Направлять сотрудников отделения на различные конференции, семинары и конгрессы.

2. Включать в программу образования медицинских работников темы лекций, посвященные аспектам нововведения, на предварительных этапах внедрения инноваций в общую практику.

3. Проводить мастер-классы не только среди своего коллектива, но и среди всех сотрудников медицинской организации.

Сегодня все мы прекрасно понимаем, что слаженная коллективная работа является не только идеальной моделью взаимодействия сотрудников, но и залогом качественного и эффективного лечебного процесса. Применение принципов командного взаимодействия, о которых говорилось выше, улучшает не только эффективность командной работы, но и профессионализм сотрудников медицинских организаций, вырабатывает умение ориентироваться в нестандартных условиях, совершенствует способности быстро анализировать возникшие проблемы и выбирать наиболее эффективное решение.

В современной медицинской практике роль среднего медицинского работника в команде уже не может быть сведена только к роли добросовестного и ответственного помощника врача, как это было ранее. Медицинские сестры и братья выполняют сегодня все более самостоятельные функции в процессе формирования команды при оказании неотложной медицинской помощи.

**Сергей ВЕРБИЦКИЙ,**  
медицинский брат отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных №3 Перинатального центра Воронежской областной клинической больницы № 1

*Благополучие специалистов – их объединение!*



Ассоциация организаций,  
осуществляющих содействие  
деятельности специалистов с высшим  
сестринским, средним медицинским  
и фармацевтическим образованием  
«СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
ОРГАНИЗАЦИЙ»

# ВЕСТИ

## СОЮЗА МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

**СМПО ОБЪЕДИНЯЕТ** около 30 региональных профессиональных ассоциаций из самых разных регионов России: Алтая, Башкортостана, Бурятии, Забайкальского края, Новосибирска, Самары, Санкт-Петербурга, Свердловской области, Татарстана, Челябинска, Чувашии и др.

## ОПЫТ И ИННОВАЦИИ В ПРОТИВОДЕЙСТВИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

**15 декабря в Самаре в онлайн-формате прошла региональная научно-практическая конференция «Мобилизуя ресурсы: опыт, инновации в противодействии ВИЧ-инфекции».**

Организатором конференции выступила Самарская региональная общественная организация медицинских сестер совместно с Министерством здравоохранения Самарской области.

Конференция была организована для специалистов учреждений здравоохранения Самарской области со средним медицинским образованием и высшим медицинским образованием по специальности «Управление сестринской деятельностью» и преподавателей медицинских колледжей Самарской области.

Модератором конференции была главная медицинская сестра Самарского областного клинического центра профилактики и борьбы со СПИД Виктория Панасенко.

С приветственным словом к участникам конференции обратились президент Самарской региональной общественной организации медицинских сестер, член Самарской общественной палаты, а также правления Союза медицинских профессиональных организаций Нина Косарева и главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Самарской области по управлению сестринской деятельностью, директор Института сестринского образования Самарского государственного медицинского университета Лариса Карасева.

Рабочая часть конференции началась с доклада главного внештатного специалиста по вопросам ВИЧ-инфекции Министерства здравоохранения Самарской области, главного врача Самарского областного клинического центра про-

филактики и борьбы со СПИД Оксаны Черновой на тему «Современные тенденции эпидемиологии, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Самарской области». В докладе отмечалось, что ВИЧ-инфекция в современных условиях является серьезной проблемой здравоохранения в силу эпидемиологической и социально-экономической значимости из-за широкого распространения, высокого уровня заболеваемости с выраженной тенденцией к росту полового пути передачи, вовлечения в эпидемиологический процесс женщин детородного возраста, высокой инвалидизации и смертности.

Докладчик представила тенденции и анализ эпидемиологической ситуации на территории Самарской области, дала оценку ключевых показателей, влияющих на распространение ВИЧ-инфекции в регионе.

Особенностям консультирования подростков с ВИЧ-инфекцией и роли психологической помощи в формировании приверженности лечению посвятила свой доклад медицинская сестра клинко-диагностического отделения Самарского областного клинического центра профилактики и борьбы со СПИД Ольга Силинская. Она рассмотрела психологические и социальные аспекты пандемии ВИЧ/СПИД, а также теоретические и прикладные основы превенции ВИЧ-инфекции, привела конкретные примеры различных превентивных вмешательств, направленных на снижение поведенческих



Модератор конференции, главная медицинская сестра Самарского областного клинического центра профилактики и борьбы со СПИД Викторья Панасенко



Выступает фельдшер-лаборант Самарского областного клинического центра профилактики и борьбы со СПИД Ангелина Попова



Итоги конференции подводит президент Самарской региональной общественной организации медицинских сестер, член Самарской общественной палаты, член правления СМПО Нина Косарева

рисков у ВИЧ-инфицированных подростков.

Доклад «Туберкулез и ВИЧ-инфекция» представила медицинская сестра консультативно-диагностического отделения Самарского областного клинического центра профилактики и борьбы со СПИД Елена Терещенкова.

Примерно 12-14 млн населения нашей планеты инфицированы одновременно ВИЧ и микобактериями туберкулеза. Такое сочетание называют коинфекцией. Докладчик отметила, что недостаток защитных иммунных клеток у таких пациентов становится причиной активного размножения туберкулезной палочки в организме человека, что и приводит к развитию этого тяжелого заболевания. За период 2019-2020 года туберкулез среди ВИЧ-инфицированных по г. Самаре выявлен у 1127 человек. Наиболее часто встречающейся формой является инфильтративный туберкулез в фазе распада. В этой форме бактериовыделение происходит в 80% случаев.

Е. Терещенкова подчеркнула, что данная категория граждан представляет эпидемиологическую опасность для населения. Вероятность заболеть туберкулезом у ВИЧ-инфицированного человека в 20-30 раз выше, чем у людей с ВИЧ-отрицательным статусом.

Различные формы инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека, стали темой доклада главной медсестры Самарского областного клинического центра профилактики и борьбы со СПИД Викторьи Панасенко.

Докладчик отметила, что ранние стадии ВИЧ-инфекции протекают на фоне высокой вирусной нагрузки и характеризуются значительным риском передачи вируса при половом контакте, однако дебют заболевания на ранней стадии установить бывает сложно, поскольку клинические симптомы неспецифичны.

В. Панасенко представила клинические варианты проявления дебюта ВИЧ-инфекции (симптомы, напоминающие грипп или инфекционный мононуклеоз; ревматологические, неврологические симптомы, асептический менингит, периферические нейропатии, преходящие психические и когнитивные нарушения и другие). Она подчеркнула, что именно поэтому крайне важно своевременно установить факт инфицирования с помощью лабораторной диагностики.

Доклад «Преаналитический этап в диагностике ВИЧ-инфекции» представила фельдшер-лаборант Самарского областного клинического центра профилактики и борьбы со СПИД Ангелина Попова. В настоящее время лабораторная диагностика предоставляет наибольший объем информации для врача-клинициста. Для того чтобы повысить качество лабораторных исследований, необходимо улучшить все этапы этого процесса.

Подчеркнув важность преаналитического этапа в диагностике ВИЧ-инфекции, А. Попова озвучила факторы, влияющие на качество исследования, требования к условиям и процедурам взятия образца биологического материала и рассказала об ошибках, возникающих на разных этапах преаналитического этапа, затронув также тему исследований, выполняемых в лаборатории медицинской организации для диагностики новой коронавирусной инфекции.

С докладом «Профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку» выступила медицинская сестра амбулаторно-поликлинического отделения Самарского областного клинического центра профилактики и борьбы со СПИД Татьяна Яковлева.

Она рассказала об эпидемиологии ВИЧ-инфекции, диагностике, этапах профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку во время беременности, профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в родах и о профилактических мероприятиях в отношении ребенка, а также о диспансерном наблюдении детей.

Вторичным заболеваниям при ВИЧ-инфекции у пациентов без антиретровирусной терапии (АРВТ) и их клиническим проявлениям был посвящен доклад медсестры амбулаторно-поликлинического отделения №4 СОКЦ профилактики и борьбы со СПИД Яны Усановой.

Докладчик рассказала о клинических проявлениях и путях передачи ВИЧ-инфекции, подробно остановившись на проблемах, возникающих у пациентов при отказе от приема АРВТ и о присоединении в таких случаях вторичных заболеваний, а также озвучила основные задачи сестринской помощи и практические рекомендации пациентам.

Завершил работу конференции доклад старшей медицинской сестры хирургического гнойного отделения Самарской городской клинической больницы №1 имени Н.И. Пирогова Елены Гурдуза на тему «Особенности работы с больными ВИЧ-инфекцией».

Доклад содержал информацию об особенностях работы медицинской сестры с ВИЧ-инфицированными пациентами; правилах безопасности при работе с ВИЧ-инфицированными пациентами в отделении; мерах профилактики инфицирования; участии медицинской сестры в системе непрерывного профессионального развития по опыту лечения и ухода за больными с ВИЧ-инфекцией.

Работа конференции завершилась ответами модератора на многочисленные вопросы слушателей.

**А.В. АВЕРИН**, менеджер Союза медицинских профессиональных организаций



## Роль медицинской сестры-анестезиста в оказании качественной и безопасной медицинской помощи

В Чебоксарах в онлайн-формате прошла Республиканская научно-практическая конференция «Роль медицинской сестры-анестезиста в оказании качественной и безопасной медицинской помощи».

Данное мероприятие стало уже традиционным и проводится в республике ежегодно при непосредственном участии Минздрава Чувашии и Профессиональной ассоциации средних медицинских работников Чувашской Республики.

Конференцию открыла главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава Чувашии, главная медицинская сестра Новочебоксарского медицинского центра Наталья Неяскина.

С приветственным словом выступила президент Профессиональной ассоциации средних медицинских работников Чувашской Республики, главная медицинская сестра федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России Светлана Архипова. Она отметила, что работа в анестезиологии и реанимации требует от медицинской сестры высокой мобильности, повышенной внимательности и нестигаемой целеустремленности. Эти медсестры по праву считаются элитой сестринского дела.

Рабочую часть мероприятия с докладом «История развития анестезиологии и реанимации» продолжила внештатный специалист-эксперт Минздрава Чувашии по специальности «Анестезиология и реаниматология», главная медицинская сестра Президентского перинатального центра Минздрава Чувашии Наталья Иванова. Она рассказала об истории становления анестезиологической службы, познакомила слушателей с первым анестезиологическим оборудованием и препаратами для анестезии.

В докладе старшей медицинской сестры отделения анестезиологии-реанимации Республиканской клинической офтальмологической больницы Мин-

здрава Чувашии Светланы Артемьевой говорилось о роли медицинской сестры-анестезиста в обеспечении хирургической безопасности, была подробно описана процедура обеспечения хирургической безопасности на всех этапах оперативного вмешательства, принципы ее документирования в рамках контроля качества оказания услуг.

С опытом применения стандартной операционной процедуры «Катетеризация периферических вен. Уход, контроль и удаление катетера» участников конференции ознакомила старшая медицинская сестра отделения анестезиологии-реанимации Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования Минздрава России (г. Чебоксары) Анна Смыслова.

Докладчик подчеркнула необходимость разработки и внедрения в каждой медицинской организации СОП и документирования всех этапов работы с периферическим катетером.

Основные требования к обеззараживанию рук и использованию перчаток при работе в отделении анестезиологии и реанимации стали темой выступления помощника врача-эпидемиолога Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования Минздрава России (г. Чебоксары) Елены Осиповой.

Докладчик перечислила все показатели для обработки рук как хирургическим, так и гигиеническим способами, напомнила положения стандарта обработки рук, а также подробно остановилась на требованиях к применению медицинских перчаток в медицинской организации.

Как обеспечить безопасность медицинской сестры в отделении анестезиологии и реанимации? Эта проблема была рассмотрена в докладе медицинской сестры-анестезиста бюджетного учреждения «Республиканская клини-

ческая больница» Минздрава Чувашии Ирины Кузнецовой. Она подчеркнула, что соблюдение безопасности медицинского персонала не менее важная задача, чем соблюдение безопасности пациентов.

Главный внештатный специалист по первой помощи Минздрава Чувашии, медицинский брат-анестезист бюджетного учреждения «Республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии Алексей Смирнов остановился в своем выступлении на основных аспектах оказания сердечно-легочной реанимации согласно современным рекомендациям Национального совета по реанимации России.

Он рассказал об особенностях проведения сердечно-легочной реанимации в условиях инфекционного риска, связанного с COVID-19, ознакомил с новыми подходами к остановке кровотечений, основанными на научных исследованиях американских экспертов, а также напомнил о правильных вариантах положения тела пациентов, находящихся в бессознательном состоянии.

Завершило конференцию выступление Светланы Архиповой, она представила слушателям сообщение на тему «Как подготовиться к периодической аккредитации», в котором привела пошаговый алгоритм подготовки к периодической аккредитации с примерами и подробным описанием составления портфолио специалиста.

**С.Н.АРХИПОВА, президент**  
Профессиональной ассоциации  
средних медицинских работников  
Чувашской Республики, главная  
медицинская сестра Федерального  
центра травматологии, ортопедии  
и эндопротезирования Минздрава  
России



## СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТЬ: ВОЛОНТЕРЫ

Добровольческая деятельность в современном мире играет чрезвычайно важную роль. Особую вирусной инфекции. В Свердловской области создано и успешно развивается студенческое волонтерское работников Свердловской области и при поддержке Министерства здравоохранения области, Отдела социального служения Екатеринбургской епархии, Свердловского регионального отделения

### Волонтеры пришли на помощь

С резким подъемом заболеваемости COVID-19 перед медицинскими учреждениями Свердловской области встала задача обеспечить стабильную работу call-центров, чтобы оперативно отвечать на вопросы жителей и поддерживать связь с контактными и больными пациентами. На помощь медикам пришли волонтеры Свердловского областного медицинского колледжа



Из-за резко возросшей нагрузки на единый телефон call-центра Серовской городской больницы возросла нагрузка на операторов, и как следствие, время ожидания обратной связи. Чтобы решить проблему, в поликлиниках были организованы дополнительные каналы связи, студенты-волонтеры отвечали на вопросы граждан, узнавали о состоянии здоровья больных и принимали вызовы для оказания неотложной помощи. В первый же день работы волонтеры – студенты Серовского медицинского колледжа, филиала СОМК – приняли более 350 звонков от жителей Серовского городского округа.

«Это большая помощь нам и населению. Работа, которую делают волонтеры, позволяет добиться высоких результатов и исключает ожидание ответов на насущные вопросы. Сегодня у нас есть «чек-лист» для облегчения работы волонтеров. Он помогает волонтерам не испытывать сложностей при

ответах. Нами оборудовано шесть дополнительных рабочих мест. Серовский медицинский колледж направил нам в помощь студентов. При необходимости мы выделим дополнительные места», – рассказал главный врач Серовской городской больницы И.Н. Болтасев.

Ежедневно 58 студентов выпускных курсов колледжа, обучающихся по специальностям «Сестринское» и «Лечебное дело», приступают к работе не только в дополнительном call-центре, но и в центре мониторинга пациентов с COVID-19, в центре приглашения на вакцинацию, а также на постах термометрии в поликлиниках Серова.

«Таким образом, продолжается масштабный проект помощи здравоохранению, который стартовал с начала пандемии», – прокомментировала ситуацию директор Серовского филиала СОМК В.П. Хвостанцева. Она также отметила, что студенты проходят отличную практику, обретают опыт

взаимодействия с пациентами.

Здесь практически осваиваются знания по психологии, стрессоустойчивости медицинских работников.

«Для меня работа здесь – это хорошая практика. Мы стараемся выдержать этот темп, понимаем, что звонят люди больные, эмоционально реагирующие на болезнь. Нужно уметь правильно ответить и успокоить человека и нас часто благодарят», – поделилась волонтер Ксения Кузнецова, одна из тех, кто принимает звонки от заболевших коронавирусом.

На протяжении всего периода борьбы с COVID-19 волонтеры СОМК оказывают неоценимую помощь медикам Свердловской области. На базе Серовского филиала СОМК создан телефон горячей линии движения #МыВМЕСТЕ для обращения граждан пожилого возраста по вопросам оказания помощи в доставке продуктов и лекарств.



Педагоги и студенты Асбестовского учебного корпуса Свердловского областного медицинского колледжа на базе поликлиники № 3 провели первую учёбу для родственников паллиативных пациентов.

### Школу по уходу за

Преподаватели Школы рассказали и наглядно показали на слайдах, как правильно обустроить в квартире безопасное домашнее пространство, чтобы исключить риск возможного падения, какие имеются особенности энтерального и парентерального питания тяжелобольных пациентов.

Особое внимание волонтеры обратили на профилактику пролежней, ведь пролежни – одна из наиболее частых проблем, с которой им приходится сталкиваться при патронаже лежачих больных. Язвы у таких пациентов возникают на разных участках тела, на которые оказывается давление, при недостаточном или неправильном уходе. Поэтому необходимо использовать специальные средства защиты, делать

## В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

актуальность она приобрела в период пандемии коронавируса под эгидой Ассоциации средних медицинских работников Свердловского областного медицинского колледжа, Российского Красного Креста.



## В Свердловской области наградили добровольцев в сфере здравоохранения

Областной конкурс «Доброволец в сфере охраны здоровья населения в Свердловской области – 2021» был проведен в этом году впервые: он прошел в рамках Года медицинского работника. Цель конкурса – поддержка лучших добровольческих практик.

В 2021 году волонтерами было организовано и проведено более тысячи акций и мероприятий, благополучателями которых стали до 1,5 млн человек по всей Свердловской области.

Добровольческие инициативы, проекты, направленные на помощь людям, в особенности социальным группам, находящимся в трудных жизненных ситуациях, а также медицинским организациям, здравоохранению региона в целом – все эти достижения оценивались в ходе конкурса. Часто это были ситуации преодоления непростых ситуаций в условиях борьбы с коронавирусной инфекцией, с которыми ребята справились по-настоящему самоотверженно. Большую долю волонтеров и добровольцев составили студенты Свердловского областного медицинского колледжа, который стал лидером по числу победителей конкурса.

Первый областной конкурс добровольцев в сфере охраны здоровья населения стал ярким и значимым завершением Года медицинских работников в Свердловской области. «Выражаю благодарность всем организаторам добровольческой деятельности и студентам-волонтерам, помогающим практическому здравоохранению региона в период распространения COVID-19. Желаю всем здоровья, бодрости духа, оптимизма, новых побед и надеюсь на дальнейшее продуктивное сотрудничество», – сказал на торжественной церемонии награждения победителей конкурса волонтеров заместитель министра здравоохранения Свердловской области Денис Демидов. Искреннюю благодарность губернатору Евгению Куйвашеву и Министерству здравоохранения Свердловской области за поддержку волонтерского движения и

поощрение студентов-добровольцев, что вдохновило ребят на новые достижения во имя добра, бескорыстного служения людям, на благо отечественного здравоохранения, родного региона выразила в своем выступлении на торжественной церемонии директор СОМК Ирина Лёвина.

Победители конкурса были отмечены в 11 номинациях, среди них «Волонтеры вакцинации», «Волонтеры колл-центров медицинских организаций», «Волонтеры паллиативной помощи», «Волонтеры первой помощи», «Волонтеры проектов «Добро в село» и другие. Вот лишь некоторые победители.

В номинации «Волонтеры вакцинации» победила студентка Каменско-Уральского филиала СОМК Татьяна Плесовских.

В номинации «Волонтеры колл-центров медицинских организаций» первенствовала студентка СОМК Владислава Потапова.

Первое место в номинации «Добровольческие объединения в сфере охраны здоровья» завоевал школьный отряд волонтеров-медиков школы № 49 Новоуральского городского округа Свердловской области.

Победу в номинации «Волонтеры паллиативной помощи» одержала студентка Асбестовско-Суходолжского филиала Свердловского областного медицинского колледжа Валерия Кайгородова.

Лучшей среди волонтеров первой помощи стала студентка Каменско-Уральского филиала СОМК Диана Хакимжанова, а среди волонтеров проектов «Добро в село» и «Добро в город» – студентка Красноуфимского филиала СОМК Анастасия Казакова.

## тяжелобольными ведут студенты-волонтеры

массаж, переворачивать больного, чтобы он не находился в одном положении длительное время.

«Сегодня мы постарались дать максимальный объем полезного материала. Полученная информация должна облегчить задачу родственникам по уходу за тяжелобольными пациентами в домашних условиях. Надеемся, что такие встречи и лекции в дальнейшем будут проходить чаще, а тематика их расширится», – сказала руководитель проекта «Волонтеры паллиативной помощи» в Асбесте Евгения Мальцева.

В 2021 году в регионе было создано крупное волонтерское движение, в котором принимают участие 460 добровольцев, задействованных в 31 муниципалитете для сопровождения

людей с паллиативными заболеваниями. Проект реализуется Ассоциацией средних медицинских работников Свердловской области при поддержке Министерства здравоохранения области, Свердловского областного медицинского колледжа, Отдела социального служения Екатеринбургской епархии РПЦ, Свердловского регионального отделения Российского Красного Креста, волонтерских организаций области.

Целью волонтеров паллиативной помощи является оказание поддержки лежачим больным, способствующей улучшению психоэмоционального состояния подопечных, осуществление ухода за ними на дому и в условиях стационара, проведение обучающих школ по правильному уходу.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Прошедшей осенью в Оренбургском филиале НМИЦ «Межотраслевой научно-технический комплекс (НМИЦ МНТК) «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Минздрава России прошла IX Всероссийская научно-практическая конференция «Современные аспекты деятельности медицинских сестер в офтальмологии».

В конференции в формате онлайн приняли участие 276 специалистов: главные медицинские сестры, старшие медицинские сестры поликлиник, медицинские сестры врачей-офтальмологов, медицинские сестры отделений общей врачебной (семейной) практики, фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов, внештатные специалисты по сестринскому делу.

Организаторами конференции выступили Оренбургский филиал НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Минздрава России и Ассоциация средних медицинских работников Оренбургской области.

Программа конференции включала два пленарных заседания. Модератором первого пленарного заседания выступил главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава Оренбургской области, председатель правления Ассоциации средних медицинских работников Оренбургской области, и.о. заведующего кафедрой сестринского дела Оренбургского государственного медицинского университета Анатолий Володин. Его доклад «Внедрение профессиональных стандартов в практическую деятельность среднего медицинского персонала как механизм повышения качества медицинской помощи» открыл работу пленарного заседания.

В соответствии со статьей 195.1 Трудового кодекса РФ профессиональный стандарт — это характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, отметил А.Володин. При использовании профессионального стандарта необходимо учитывать, что он описывает профессиональную деятельность, причем не стандартизирует должностные обязанности, а приводит возможные наименования должностей работников, выполняющих ту или иную обобщенную трудовую функцию. В профессиональном стандарте указаны требования к образованию и опыту работы, необходимые для выполнения обобщенной трудовой функции и трудовых функций, а не требования к конкретным должностям. Требования к конкретной должности определяются из перечня функций, выполнение которых предписывается специалисту, занимающему эту должность.

Гигиена рук медицинского персонала как основа больничной гигиены стала темой доклада главной медсестры Республиканской клинической офтальмологической больницы, внештатного специалиста-эксперта

Минздрава Чувашии по специальности «Сестринское дело» Антонины Петровой.

Докладчик подробно рассмотрела нормативную базу, регулирующую гигиену рук, в частности, постановление главного государственного санитарного врача России от 28 января 2021 г. №4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней (документ вступил в силу с 01 сентября 2021г.); методические указания МУ 3.5.1.3674-20 «Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи», а также рассказала о способах обработки рук, о классах кожных антисептиков, алгоритме гигиенической обработки рук кожным антисептиком.

О функциях профессиональных сообществ и их влиянии на развитие медицинских специальностей говорила в своем выступлении преподаватель Академии медицинского образования им. Иноземцева (г. Санкт-Петербург) Светлана Перцева.

Она дала характеристику основным задачам профессиональных ассоциаций, среди которых разработка программ обучения, развитие потенциала медицинских сестер, обмен опытом, внедрение новых практик, международное взаимодействие.

Ассоциации оказывают информационную и методическую поддержку медицинским сестрам, в особенности недавним выпускникам медицинских колледжей; предоставляют специалистам скидки на оплату участия в образовательных мероприятиях, приобретение медицинской литературы.

Роль среднего медицинского персонала отделения лазерной хирургии в лечении внутриглазных новообразований стала темой выступления медсестры отделения лазерной хирургии Хабаровского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова» Минздрава России Татьяны Демидовой.

Создание психологического комфорта, устранение напряженности и достижение психологического контакта с пациентом, его моральная поддержка, грамотное общение с ним — все это является залогом успешного лечения, создания оптимальных условий для адекватного выполнения лазерокоагуляции внутриглазных новообразований и важными обязанностями медсестры.

О технологиях социальной реабилитации, применяемых в офтальмологическом центре «Зрение» г. Санкт-Петербурга, рассказала главная медсестра



Участников конференции приветствует директор Оренбургского филиала НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Минздрава России А.Д. Чупров



Главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава Оренбургской области, председатель правления Ассоциации средних медицинских работников Оренбургской области А.В. Володин



Старшая медицинская сестра отделения диагностики Оренбургского филиала НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Минздрава России Т.С. Доровских



Выступает медсестра диагностического отделения Екатеринбургского центра «МНТК «Микрохирургия глаза» Минздрава России Л.В. Комлева

центра Алина Маркова. В Центре применяются самые современные подходы к организации пространства, проводятся школы пациентов. Для сохранения качества жизни у пациентов со сниженным зрением в центре используются тифлофлешплееры — технические средства реабилитации, предназначенные для воспроизведения «говорящих» книг и другой аудиоинформации, предварительно записанной на USB флеш-накопителях, а также различные видеувеличители и технологии синтезированной речи, позволяющие трансформировать текст в звуковой ряд.

Доклад «Особенности работы операционной медицинской сестры с современным офтальмологическим оборудованием» представила старшая операционная медицинская сестра Екатеринбургского центра «МНТК «Микрохирургия глаза» Минздрава России Людмила Главизнина.

Докладчик представила оборудование офтальмологической операционной, в перечень которого входит офтальмологическая лазерная система LenSx, микроскоп операционный LEICA M844, система офтальмологическая микрохирургическая Stellaris ELITE, офтальмологическая система Centurion Vision System, система офтальмологическая навигационная Verion, стол операционный 500 XLE с пультом управления, кресло для хирурга с ножным управлением. Для заполнения электронного протокола используется планшет LENOVO.

Знание медсестрой операционного оборудования и расходных материалов имеет огромное значение для успешного оказания офтальмологической помощи пациентам с хирургическими заболеваниями органов зрения.

О дополнительных мерах по снижению рисков распространения COVID-19, в частности по организации экспресс-тестирования сотрудников, рассказала заведующая клинико-диагностической лабораторией Тамбовского филиала «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Ирина Федорова.

Она отметила, что проведение экспресс-тестов для проверки состояния здоровья выходящих на работу медиков и выявления сотрудников, инфицированных COVID-19, позволяет предотвратить вспышки коронавирусной инфекции в коллективах. Это позволяет оказывать офтальмологическую помощь в плановом порядке и вести научную работу. Ключевыми факторами

в сохраняющейся неблагоприятной эпидемической ситуации по недопущению распространения SARS-CoV-2 является комплексный контроль за всеми возможными путями передачи инфекции и ответственность каждого сотрудника ввиду угрозы COVID-19. Несмотря на возросшую нагрузку на лабораторное звено Тамбовского филиала, профилактическо-диагностическая работа по выявлению потенциально инфицированных сотрудников с COVID-19 велась успешно и своевременно.

Модератором второго пленарного заседания выступила старшая медицинская сестра отделения диагностики Оренбургского филиала НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Минздрава России Татьяна Доровских.

Доклад «Преимущества инфекционной безопасности при приготовлении кондиционированной аутоплазмы шприцом Arthrex АСР» представила внештатный специалист-эксперт по специальности «Операционное дело» Минздрава Чувашии, старшая операционная медицинская сестра Республиканской клинической офтальмологической больницы Альбина Кузнецова.

Она рассказала о принципах приготовления кондиционированной аутоплазмы шприцом Arthrex АСР и ее преимуществах. Применение закрытой системы исключает риск инфекции, отсутствуют реакции отторжения, так как при лечении используется собственная кровь пациента, минимальное число лейкоцитов и повышенное число тромбоцитов обеспечивают регенерацию тканей, время процедуры составляет менее 10 минут.

Об опыте внедрения информационных технологий в сестринскую практику в Екатеринбургском филиале НМИЦ МНТК «Микрохирургия глаза» рассказала медсестра диагностического отделения центра Лада Комлева.

Весь процесс работы с информацией о пациенте — сбор, обработка, хранение и поиск — объединен в центре в единую систему. Внедрена медицинская карта амбулаторного / стационарного больного — документ, в который заносится все данные о пациенте, собираемые персоналом центра, и его состоянии, после чего они становятся доступны медицинским работникам: врачам и медицинским сестрам.

Своевременная и полная диагностика параметров роговицы очень важна для качественного проведения лечебных и корректирующих мероприятий. Об области

применения и принципах работы криптографа рассказала в своем докладе медицинский оптик-оптометрист отделения диагностики Оренбургского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России Елена Гончарова. Она отметила, что перед операций по лазерной коррекции LASIK чрезвычайно важно проведение точного исследования роговицы, выявление локальных участков ее выпячивания, что и позволяет сделать криптограф.

О принципах лечения офтальмологических заболеваний аппаратами «Офтальмаг» и «Поток 1» рассказала медицинская сестра по физиотерапии Оренбургского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России Татьяна Васильева.

Физиотерапевтические методы могут в два раза сократить время лечения заболевания, приостановить дальнейшее прогрессирование хронического заболевания. С физиотерапией восстановление организма происходит полноценнее, чем только при приеме лекарств. Воздействие направлено конкретно на очаг заболевания, стимулирует защитно-компенсаторные силы организма, естественные механизмы самооздоровления. Реабилитационно-профилактические мероприятия в шесть раз уменьшают число обострений хронических заболеваний, в 2,5 раза — потребность в госпитализации, в три раза меньше становятся расходы на лечение в поликлиниках и стационарах.

Роли операционной медицинской сестры в хирургическом лечении катаракты был посвящен доклад операционной медсестры первого операционного блока НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (г. Москва) Виктории Романовой.

Основная цель хирургического лечения катаракты — восстановление зрительной функции с помощью замены естественной линзы глаза, помутневшего хрусталика, на интраокулярную линзу — искусственный хрусталик, отметила докладчик. Во время операции через доступ всего в 1,8-2,0 мм удаляется помутневший хрусталик, а взамен него имплантируется интраокулярная линза. Проводится его оперативное вмешательство под местной капельной анестезией, а длительность ее не превышает 10-15 минут. Проведение факэмульсификации требует участия операционных медицинских сестер, имеющих опыт работы в операционном блоке, высокую квалификацию, знание хода операции и владеющих техникой работы на компьютеризированной аппаратуре, которой сегодня оснащен операционный блок, что в совокупности оказывает немаловажное влияние на процесс проведения операции и конечный результат.

О специфике работы медсестер с пациентами после реконструктивно-пластических операций рассказала медицинская сестра отделения «Онкопластика» Санкт-Петербургского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России Светлана Маркус.

Любая реконструктивная операция — это многоэтапный сложный процесс, который под силу провести

только высококлассным хирургам. Работа медицинской сестры в онкоофтальмологическом отделении требует знаний онкологии и офтальмологии, а также индивидуального подхода к пациенту в послеоперационном периоде. Все это позволяет обеспечить адекватный функциональный и анатомический результат.

С докладом на тему «СуперЛазик и ФемтоЛазик. Отличие в условиях операционной» выступила операционная медицинская сестра Оренбургского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова» Минздрава России Наталья Клейман.

Она отметила, что задача всех существующих методов коррекции лазером — добиться того, чтобы проходящие сквозь глаз лучи света имели возможность фокусироваться на поверхности сетчатой оболочки, а не до нее, как при миопии, и не зади нее, как при гиперметропии.

Микрохирургия глаза в области лазерной коррекции зрения за последние годы шагнула далеко вперед. Были внедрены новые, безопасные и нетравматичные методы оперативных вмешательств. Усовершенствованное операционное и диагностическое высокотехнологичное оборудование для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с аномалиями рефракции обеспечивает безопасность и комфорт всего хирургического процесса. В результате восстановление зрения у пациентов происходит в максимально короткие сроки, результат лечения предсказуем и стабилен.

Доклад «Комплексная подготовка и обеспечение общей анестезией при лазерной коагуляции у недоношенных с ретинопатией» представила медицинская сестра-анестезист отделения анестезиологии и реаниматологии Оренбургского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова» Минздрава России Светлана Хафизова.

Проведение лазерной коагуляции аваскулярной зоны сетчатки глаза является доказанным и эффективным способом лечения активной стадии ретинопатии недоношенных, отметила докладчик. Она рассказала о принципах подготовки и проведения общей анестезии: ограничении приема жидкости — не менее 4 часов; достижении инстилляционного медикаментозного мидриаза; премедикации 10 мкг/кг атропина (внутримышечно за 30 мин. до индукции либо внутривенно непосредственно перед анестезией); обязательной эпидуральной анестезии; обеспечении венозного доступа.

Спикер подчеркнула, что проведение общей анестезии обоснованно, так как раннее выявление ретинопатии недоношенных и оперативное лечение этого заболевания предотвращает полную потерю зрения.

Доклады, представленные на конференции, были актуальны и интересны. Эта информация будет способствовать развитию офтальмологической помощи в регионах страны, обмену опытом между медсестрами, повышению уровня их знаний и умений.

**А.В. АВЕРИН,**  
менеджер Союза медицинских  
профессиональных организаций

# COVID-19 И ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

(Продолжение. Начало на с. 7)

Если в допандемический период в России потреблялось 11,6 среднесуточных доз на тысячу населения в день, то в 2020 году — уже 15,9. Растет применение не только общедоступных антимикробных препаратов, но и антибиотиков резерва, что, безусловно, спровоцирует новый виток роста резистентности.

Недостаток знаний у населения в сфере применения антибиотиков — еще одна проблема, требующая решения. Согласно результатам опросов, проводившихся в России и охвативших более 3000 жителей страны, на вопрос, убивают ли антибиотики вирусы, в разные годы ответили положительно около половины опрошенных (в 2007 году — 45%, в 2009 году — 55%, в 2018-м — 46%) и лишь 25% были осведомлены о том, что антибиотики могут представлять опасность для их здоровья.

Эти цифры внушают и пессимизм, и оптимизм одновременно, заметил докладчик: пессимизм — потому что грамотность населения России в вопросах применения антибиотиков не становится лучше, оптимизм — потому что хорошо организованные образовательные мероприятия среди населения могут иметь успех.

Важнейшее значение для сдерживания роста резистентности имеет вакцинопрофилактика. Об этом говорила в своем выступлении специалист из Белоруссии, доцент кафедры педиатрии Белорусской медицинской академии последипломного образования, член экспертного совета по иммунизации при Минздраве РБ Анна Рубан.

Вакцинация снижает вероятность развития АБР сразу по нескольким направлениям — предотвращая: заболевания, требующие применения антибиотиков; вирусные заболевания, которые нередко ошибочно лечат антибиотиками; развитие инфекций, вызванных патогенами, уже обладающими высокой резистентностью, а потому неизлечимых или трудноизлечимых.

В пример докладчик привела вакцинацию от пневмококковой инфекции. Массовый охват вакцинацией детей до 5 лет способен на 47% снизить количество антибиотиков, используемых для лечения пневмонии.

Для того, чтобы такой фактор сдерживания АБР, как вакцинация, использовался в полной мере, важна осведомленность медиков в этой сфере. Однако проведенные в Белорусии опросы педиатров показали, что лишь пятая часть (21%) знала о том, что вакцинация способствует снижению АБР, 56% полагали, что между ними нет никакой связи, а 4% заявили, что все ровно наоборот — вакцинация способствует развитию резистентности. Нужны специальные программы обучения медиков.

В сегодняшних эпидемиологических условиях роль качественной и своевременной микробиологической диагностики переоценить трудно. Однако и в этой сфере довольно много проблем. Директор института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им.

академика В.И. Кулакова Татьяна Припутневич начала свой доклад с цитирования нормативных документов 1995 года, в которых говорится о слабой технической базе лабораторий в медицинских организациях, о необходимости новых подходов к организации работы лабораторной службы.

К сожалению, отметила докладчик, и сегодня эти слова актуальны: плохое оснащение лабораторий, недостаточность и недостаточная оперативность получаемых данных, недостаток квалифицированных врачей-микробиологов — все эти проблемы препятствуют улучшению диагностики и профилактики инфекций, достижению лекарственной и микробиологической безопасности.

Аудиты, которые проводит НМИЦ им. В.И. Кулакова в регионах, показывают, что в медорганизациях родовспоможения, в том числе и в перинатальных центрах, собственные микробиологические лаборатории нередко отсутствуют, а исследования проводятся на аутсорсинге частными лабораториями, расположенными иногда за сотни километров. Качество исследований, как и скорость их проведения, при этом низкая. В лабораториях используются ручные микробиологические методики, нет оборудования для быстрой верификации возбудителя и выявления его чувствительности.

**Меняется профиль внутрибольничных возбудителей — на смену лидировавшему в учреждениях родовспоможения еще 10 лет золотистому стафилококку приходят другие микроорганизмы, в частности, возбудители дрожжевого сепсиса, штаммы которых часто резистентны.**

В сегодняшней ситуации, когда в стационарах родовспоможения все чаще выявляются штаммы, устойчивые к тем антибиотикам, которые до этого с успехом применялись в течение десятилетий и практически не имеют аналогов, растет число резистентных грибковых инфекций, чрезвычайно важна возможность постоянного мониторинга ситуации и быстрого реагирования на нее, подчеркнула Т. Припутневич. Нужны современные микробиологические лаборатории.

## COVID-19 – ТЕХНОЛОГИИ БОРЬБЫ

Пандемия новой коронавирусной инфекции оказывает большое, а порой решающее влияние на эпидемиологическую ситуацию не только в медицинских организациях, но и в странах, на континентах. Опыту борьбы с SARS-CoV-2 на конгрессе был посвящен ряд интересных докладов, представленных как отечественными, так и зарубежными экспертами.

Об особенностях профилактики и лечения COVID-19 в Японии рассказал профессор кафедры клинических инфекционных заболеваний медицинского университета Айчи, член правления японского общества по профилактике и контролю инфекций Хиросиге Микамо.

Японское законодательство не позволяет вводить в стране локдауны и применять меры изоляции, поэтому с самого начала пандемии в Японии вынуждены были полагаться на добровольное стремление граждан менять поведение и следовать правилам инфекционной безопасности. То же касается и заполнения специально разработанных электронных форм, в которых японцы должны сообщать о своих контактах в случае инфицирования SARS-CoV-2 — это дело абсолютно добровольное.

Есть особенности и в диагностике — проведение КТ-исследований для диагностики ковида и выявления степени заболевания не является в Японии общим местом, они проводятся лишь при необходимости, когда другие диагностические мероприятия не дали результата.

Для прогнозирования течения заболевания, уточнения степени его тяжести в стране разработаны перечни сывороточных маркеров. Существуют показатели крови, которые резко снижаются или, наоборот, увеличиваются перед развитием серьезной пневмонии или перед тем, как заболевание из тяжелой формы переходит в критическую, отметил доктор Микамо, — таким прогностическим фактором может быть, например, низкий уровень экспрессии хемокина CCL17. Когортное исследование, проведенное в Японии, показало, что точность оценки на основании этого критерия составляет 88%.

Недавно в Японии начали широко использовать в качестве терапии COVID-19 пассивную иммунизацию — введение моноклональных антител, гипериммунных иммуноглобулинов, плазмы выздоровевших. По данным японских специалистов, лечение моноклональными антителами доказано сокращает продолжительность терапии и на 57% уменьшает число визитов к врачу. В Японии такое лечение проводят при легкой и среднетяжелой степени заболевания при наличии высокого риска развития тяжелой формы (моноклональные антитела вводят как можно быстрее после подтверждения заболевания и в течение 10 дней после появления первых симптомов).

Создание в системе здравоохранения Германии структуры антикризисного управления, грамотное планирование и прогнозирование, а также ряд превентивных мер в сфере эпидемиологического благополучия, реализованных в стране еще до появления COVID-19, позволили довольно быстро взять под контроль ситуацию в самые сложные первые недели пандемии, отметила в своем докладе Альба Мендес Брито, руководитель группы антикризисного управления Института Роберта Коха. Хотя сложностей при разработке стратегий и принятии решений было немало: патоген был неизвестен, нагрузка на медицинских работников — очень высокой, требовалось быстро обучить большое количество специалистов, были проблемы со сбором информации, ситуация усугублялась социально-экономическими аспектами.

Сегодня группа антикризисного управления работает в штатном режиме — решения принимаются на основе полной и актуальной информации, поступающей со всех уровней здравоохранения Германии: национального, регионального (16 федеральных земель) и местного.

Важной задачей группы является обновление стратегий проведения тестирований на SARS-CoV-2, раз-

работка рекомендаций по использованию тех или иных видов тестов в разных ситуациях, в том числе и по самостоятельному тестированию. Количество проводимых тестов в Германии неуклонно растет, отметила Альба Мендес Брито, в течение недели, на которую пришелся конгресс, в стране было проведено 900 тысяч тестов (население — 83 млн человек).

О том, каким принципам антикризисного управления следовали при открытии ковид-госпиталя в Национальном медико-хирургическом центре (НМХЦ) им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, рассказал главный врач стационара Виталий Гусаров.

Госпиталь был развернут в апреле 2020 года в одном из корпусов Центра на 250 коек, из них 33 реанимационных. Была разработана программа по снижению основных эпидемиологических рисков, среди которых — высокая вирусная нагрузка, экстренность и экстремальность выполняемых работ, недостаточная грамотность персонала, кадровый дефицит, нарушения алгоритмов проведения манипуляций, дефицит СИЗ.

Перепрофилированию стационара предшествовало обучение персонала по всем вопросам инфекционной безопасности. Сотрудников снабдили достаточным количеством дезсредств и СИЗ, был сформирован необходимый запас на складе.

Движение потоков пациентов и персонала организовали таким образом, чтобы предотвратить инфицирование. Были регламентированы схемы движения сотрудников, промаркированы и выделены лифты. В приемном отделении с помощью специальной шкалы оценивалась тяжесть состояния пациентов, работа с пациентами была организована так, чтобы путь пациента, направляющегося в ОРИТ, занимал не более 5 минут, а пациентов профильных отделений — не более 35-40 минут. Это предотвращало скученность в приемном отделении и уменьшало нагрузку на сотрудников.

Нарушение алгоритмов проведения манипуляций и процедур было одним из главных эпидемиологических рисков, для его снижения по каждой эпидемиологически значимой манипуляции были разработаны дополнительные памятки и инструкции, чтобы каждый работник понимал, что, как и зачем он должен делать.

Многие рабочие процессы автоматизировали, в частности, лабораторные технологии. Хорошо показала себя в ОРИТ информационная система ICCA (IntelliSpace Critical Care and Anesthesia) — она фиксирует и обрабатывает информацию с прикроватной аппаратуры, помогает медикам увидеть полную и детальную картину состояния пациента.

Были учтены показанные многими исследованиями сроки выделения больным человеком живого вируса — до 7-10 дней с момента появления симптомов, то есть в большинстве случаев еще на амбулаторном этапе. Поэтому наибольшее внимание при организации госпиталя было уделено безопасному общению сотрудников в чистой зоне. Рабочие графики были разработаны таким образом, чтобы уменьшить контакты между сменами, во время приема пищи и в зонах отдыха. Все сотрудники ковид-госпиталя были переведены на круглосуточную



работу, для их проживания была выделена гостиница, организовано транспортное сообщение из госпиталя в гостиницу и обратно. Медицинские бригады были оснащены рациями. Ежедневно все сотрудники проходили тестирование на COVID-19.

Итогом такой работы стал довольно низкий процент внутрибольничного инфицирования, в том числе и среди медработников — из 578 сотрудников коронавирус был подтвержден у 103, госпитализация понадобилась пяти.

**По данным статистики, в 2020 году 98% внутрибольничных вспышек инфекций в России составляли вспышки COVID-19, 1,16% пришлось на грипп и столько же на корь.**

К сожалению, не во всех медицинских организациях страны ситуация с внутрибольничной заболеваемостью COVID-19 была благополучной, нередко она приобретала характер вспышек. Причины и условия возникновения вспышек нового коронавируса в медицинских организациях изучались в ХМАО-Югре. Главная цель исследования заключалась в разработке мер по предотвращению формирования очагов COVID-19 в будущем, как рассказал научный сотрудник Центра гигиены и эпидемиологии в ХМАО-Югре Евгений Сисин.

Наибольшее количество вспышек заболевания (70%) было зарегистрировано в многопрофильных больницах, 12% — в специализированных, 10% — в амбулаторно-поликлинических организациях.

При расследовании вспышек лишь в 26% причиной инфицирования оказывался пациент, чаще это был сотрудник медорганизации (в 46%). В 49% вспышек медицинские работники были единственными пострадавшими.

Несвоевременная изоляция заболевших была главной причиной вспышки в 54% случаев, нарушение технологии или некачественное проведение дезинфекций — в 19%, нарушение масочного режима — в 13%, дефицит СИЗ — в 7%, неоднократное использование одноразовых средства защиты — в 5% случаев.

**Недостаток антисептиков приводит к увеличению числа пострадавших в очагах COVID-19 на 68%, несоблюдение режима изоляции заболевших — на 21%, нарушения в применении СИЗ — на 14,5%.**

По итогам исследования администрациям клиник региона были даны рекомендации, как уменьшить вспышечную заболеваемость COVID-19: не допускать к работе сотрудников с симптомами ОРВИ, не ориентироваться при принятии решения о допуске к работе только на результаты ПЦР; проводить измерение температуры работников не только по приходу на работу, но и во время рабочей смены (в холодное время года измерение температуры может быть не информативным).

Важно организовать постоянную сортировку поступающих пациентов с учетом уровня эпидемиологической опасности, контролировать соблюдение персоналом правил использования СИЗ и технологии обработки

рук, обеспечить закупку качественных сертифицированных СИЗ.

Не менее важно, подчеркнул Е. Сисин, проводить своевременную ревизию, паспортизацию, контроль эффективности и при необходимости ремонт вентиляционных систем, оснащать раздевалки, комнаты отдыха, санитарные комнаты оборудованием для бактерицидной обработки; организовывать совещания дистанционно даже в периоды спада заболеваемости.

### МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ: ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ

Вместе с эпидемиологической ситуацией внутри медицинских организаций COVID-19 изменил и структуру профессиональной заболеваемости медицинских работников — именно на ковид приходится сегодня подавляющее большинство (до 90%) случаев профессионального инфицирования. Факторам, влияющим на безопасность медиков на рабочих местах, и мерам, позволяющим снизить их профессиональные риски, на конгрессе было посвящено отдельное секционное заседание.

**В США и Великобритании были обобщены данные по 2 035 395 испытуемым, из которых 99 795 были медиками — риск обнаружения положительного ответа при тестировании на COVID-19 у медицинских работников был в 11 раз выше, чем у других групп населения.**

Высокие риски заражения медиков новым коронавирусом на рабочем месте определяются прямым контактом с инфицированными пациентами или зараженным биологическим материалом, выполнением или участием в процедурах высокого риска, отметила в своем докладе ведущий научный сотрудник лаборатории ИСМП ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора Анна Голубкова. Риски существенно возрастают, если при выполнении процедур по уходу и лечению присутствует сразу большое количество медперсонала, а также, если в медицинской организации не соблюдаются меры эпидемиологической безопасности: отсутствуют сортировка и своевременная изоляция больных.

В структуре заболевших COVID-19 сотрудников медицинских организаций России 47% приходится на средних медработников, 22% — на врачей. Однако, если анализировать показатели заболеваемости на 1000 работающих, то частота инфицирования врачей выше, чем средних медработников — 23,5 против 20 промилле.

По данным профессиональной заболеваемости COVID-19 медиков ХМАО-Югра, прозвучавших в докладе Евгения Сисина, наибольший процент инфицированных, особенно в первые месяцы пандемии, был зарегистрирован в инфекционных и приемных отделениях (50%), в ОРИТ (49,9%), в отделениях лучевой диагностики (47%), скорой помощи (42,9%). Процедурой, в ходе которой инфицирование происходило наиболее часто, был забор материала на лабораторные исследования.

Правила использования СИЗ нарушали чаще других

медиков специалисты первичной медико-санитарной помощи и скорой — самыми распространенными нарушениями были несвоевременная замена СИЗ и их повторное использование. В неверно укомплектованных наборах СИЗ более чем в 40% случаев отсутствовал респиратор.

Заболееваемость медиков была особенно высокой во вторую волну пандемии — тогда в регионе переболело 15% медицинских работников. Начало вакцинации, которой к началу третьей волны было охвачено 50% сотрудников, позволило существенно снизить профессиональную заболеваемость медперсонала, к лету 2021 года она была сопоставима с заболеваемостью взрослого населения региона.

**Согласно информации Урало-Сибирского научно-методического центра по профилактике ИСМП, в 2020 году в субъектах УФО и СФО было зафиксировано 217 вспышек с общим числом пострадавших около 5000 человек. В 216 очагах основным механизмом передачи инфекции был аэрогенный, возбудитель — SARS-CoV-2.**

Е. Сисин подчеркнул, что безопасность медицинских работников во многом зависит от профессионализма госпитальных эпидемиологов, их организационных способностей. Эти специалисты должны в оперативном режиме контролировать и анализировать условия и обстоятельства инфицирования сотрудников в процессе трудовой деятельности, совместно с кадровой службой обеспечивать связь с временно нетрудоспособными работниками для оперативного получения информации о результатах лабораторных исследований, своевременно организовывать противозидемические мероприятия. Не менее важной функцией госпитального эпидемиолога является разъяснительная работа среди сотрудников о важности специфической профилактики.

Высокие рабочие нагрузки, стрессы, психологическая и физическая усталость обуславливают дополнительные риски профессионального заражения. Влияние этих факторов оценили в ходе исследования, проведенного медицинским центром «УГМК «Здоровье» (г. Екатеринбург).

Задачей исследования было определить, насколько стрессовым сотрудники воспринимали предыдущий месяц своей жизни, рассказала заведующая эпидемиологическим отделом центра Татьяна Платонова. Для оценки использовалась анкета, которую распространяли через онлайн-сервисы и мессенджеры, а также две субшкалы — одна измеряла субъективно воспринимаемый уровень напряженности ситуации, вторая — уровень усилий, прилагаемых медицинскими работниками для ее преодоления. Результаты интерпретировали по специальным алгоритмам, в зависимости от состояния сотрудника результат попадал в красную, желтую или зеленую зону.

Опрос проводился в ноябре-декабре 2020 года, в нем приняли участие 638 медицинских работников региона разного пола, возраста и стажа работы. 22% опрошен-

ных имели высокие адаптационные способности и могли довольно легко преодолевать стрессовые нагрузки, у 60% ресурсы для адаптации и преодоления стресса были ограничены, 18% были чувствительны к стрессу и не имели ресурсов, чтобы его преодолеть.

Работники разных профессий воспринимали стресс по-разному: легче всего средние медработники и представители администрации, тяжелее всего врачи, однако у них оказались более высокие способности к адаптации, чем у остальных категорий работников. Наиболее тяжело справлялись со стрессом медики со стажем до 5 лет. Мужчины переносили стресс легче, чем женщины и эффективнее его преодолевали.

По результатам исследования определили группу риска — медиков с наиболее тяжелым воздействием стрессового фактора, это были женщины с опытом работы до 5 лет. Им были рекомендованы методики, способствующие адаптации к нагрузкам и конструктивному восприятию стрессовых ситуаций.

Однако, отметила Т. Платонова, не каждый способен сам выбрать и применить лучшие сценарии реагирования на стрессовые факторы. Помочь сделать это должен профессиональный психолог. Важно, чтобы сегодня в каждой медицинской организации был такой специалист.

#### РЕЗОЛЮЦИЯ ПО ИТОГАМ РАБОТЫ КОНГРЕССА

В документе отмечается необходимость актуализации существующей системы эпидемиологического надзора за ИСМП, оптимизации технологий сбора и анализа информации, внедрения риск-ориентированных принципов управления эпидситуацией.

Не менее важной задачей является совершенствование и стандартизация микробиологического мониторинга, внедрение методов молекулярно-генетического анализа возбудителей ИСМП, прогнозирования эпидемической ситуации и обоснования своевременного вмешательства в ход эпидемического процесса, отмечается в Резолюции.

Нужно продолжать работу по научному обоснованию параметров мониторинга механизмов устойчивости основных возбудителей ИСМП к антибактериальным и антимикотическим препаратам, дезинфицирующим средствам, по оптимизации тактики и контроля применения этих средств.

Участники конгресса считают важным совершенствовать лабораторную диагностику возбудителей инвазивных микозов, создавая тест-системы для индикации и идентификации возбудителей на основе молекулярно-генетических методов.

В резолюции конгресса подчеркивается, что вакцинопрофилактика против COVID-19 является действенным инструментом управления рисками возникновения этой инфекции среди медицинских работников. Для повышения приверженности прививкам и информированности медицинских работников по вопросам иммунопрофилактики необходимы эффективные образовательные мероприятия.

Ирина ФЕТИЩЕВА

# ОБЩЕЕ ПОНЯТИЕ О ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ

Постковидный синдром, или Long COVID, Long-haul COVID, U09.9 состояние после COVID-19 неуточненное – все это названия патологического комплекса изменений, встречающихся у пациентов, переболевших новой коронавирусной инфекцией. Общественность сыграла значительную роль в инициации процесса изучения постковидного синдрома, или хронического COVID-19. Реконвалесценты собирались в специализированных чатах и группах, описывали собственную симптоматику, делились опытом. Современная наука откликнулась на явно выраженный и чрезвычайно актуальный запрос общества.



Понятием «Long COVID» пользуются при описании течения болезни у людей, перенесших острую коронавирусную инфекцию с завершившимся инфекционным процессом, однако продолжающих предъявлять жалобы чаще и дольше, чем ожидалось. Подобное отмечалось после испанки и полиомиелита, энтеровируса и вируса Коксаки, атипичной пневмонии и свиного гриппа, однако никакая иная инфекция не приводила к такому многообразию длительно сохраняющихся и тягостных симптомов. Подострый COVID-19 характеризуется непрекращающимися симптомами, проявляющимися то сильнее, то слабее в течение нескольких недель после выписки, когда тест ПЦР на SARS-CoV-2 дает отрицательный результат. Это могут быть серьезные системные заболевания, развивающиеся как осложнение новой коронавирусной инфекции. Под термином «Long COVID» в литературе чаще подразумевается патологическое состояние, развивающееся через несколько месяцев (в среднем от 1 до 8) после периода значительного улучшения, воспринимаемого как полное выздоровление. Пациенты, страдающие Long COVID, встречаются в стационарах, поликлиниках, ФАПах, здравпунктах, санаториях и реабилитационных центрах. Обычно они признаются работоспособными, но эффективность их труда невысока. Такие люди нуждаются в долгосрочной помощи и поддержке. В настоящее время им может быть предложено симптоматическое лечение, поэтому постковидный синдром может рассматриваться как мишень долгосрочного сестринского ухода и реабилитации.

## ВАРИАНТЫ ПАТОГЕНЕЗА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Постковидный синдром находится на стадии изучения, поэтому в настоящее время патогенез его достоверно неизвестен. Существуют лишь более или менее доказательные предположения, рассматриваемые нами ниже:

1. Фиброз тканей-мишеней и микроциркуляторные нарушения
2. Мультивоспалительный синдром
3. Повышенное тромбообразование
4. Аутоиммунные реакции

Развитие постковидного фиброза легких связано не только с прямым инфекционным повреждением легочной ткани и последующим пролиферативным воспалением, но и с миграцией в легкие воспалительных клеток, создающих мощный профибротический потенциал. Любые, даже минимальные, изменения эластичности легочной ткани могут вызвать серьезные нарушения микроциркуляции в легких, влекущие за собой нарушения вентиляционно-перфузионных механизмов и приводящие к развитию легочной гипертензии. Это объясняет распространенные длительные симптомы: одышку при физической нагрузке, сухой кашель, утомляемость и эпизоды обморока, также при физической нагрузке. Также фиброз может развиваться в других тканях и органах, что аналогичным образом приводит к микроциркуляторным нарушениям.

Некоторое время считалось, что мультивоспалительный синдром характерен исключительно для детей, инфицированных новой коронавирусной инфекцией. Однако современные исследования

свидетельствуют о том, что множественное воспаление наблюдается и у взрослых. Оно вызывается оставшимися фрагментами Sars-Cov-2 или аутоиммунной реакцией. Воспаление микроглии приводит к развитию мозговой симптоматики, в первую очередь, хронической усталости. К ремиссии может привести каскад эндокринных реакций гипофиза и гипоталамуса, но физическая и умственная нагрузка вновь приводят к обострению хронического воспалительного процесса. Хроническое нейровоспаление при постковидном синдроме доказано на биологической модели макака, предварительно зараженных вирусом SARS-Cov-2. По мнению Shahjouei с соавторами, «лёгкое и даже бессимптомное течение коронавирусной инфекции не гарантирует отсутствия тромботических осложнений, особенно не гарантирует этого молодым». В патогенезе COVID-19 ведущую роль играют нарушения свертывающей и противосвертывающей систем крови. Меньшая часть пациентов имеет склонность к кровотечениям, большая – к тромбозам. Множественные микротромбы обуславливают ишемию органов и тканей-мишеней. На фоне острого инфекционного процесса и в ранний восстановительный период развиваются ОНМК по ишемическому или геморрагическому типу, позднее могут формироваться тромбозы, COVID-ассоциированный энцефалит, болезнь Альцгеймера, сосудистые деменции, болезнь Паркинсона и даже «синдром запертого человека». Тяжелое течение COVID-19 характеризуется формированием коагулопатий, приводящих к таким тяжелым осложнениям как ДВС-синдром и

ТЭЛА. Повышение уровня провоспалительных цитокинов, достигающее до небезызвестного цитокинового шторма, приводит к повышению тромбина и подавлению фибринолиза, что и приводит к повышению свертываемости крови, тромбозам и полиорганной недостаточности.

Некоторые антитела, генерируемые против вируса SARS-Cov-2, перекрестно реагируют и повреждают вегетативную нервную систему. Это объясняет многочисленные жалобы на колебания АД, аритмии, тахикардию, сердцебиение. При наличии генетической предрасположенности вирус SARS-Cov-2 инициирует хронический COVID-19 как аутоиммунное заболевание. В основе этого процесса лежит подобие между белками вируса и собственными белками организма человека. Так, в этом случае повреждение митохондрий таких клеток приводит к энергетическому дефициту, так как выработка АТФ снижается. Способствует этому дефициту и гипоксия, так как недостаток кислорода приводит к изменению цикла Кребса.

Распространено мнение о том, что клинические проявления постковидного синдрома обусловлены обострением заболеваний, имевшихся у пациента в преморбидный период. Имевшиеся в преморбидный период заболевания рассматриваются как факторы риска развития тех или иных симптомов.

#### КЛИНИКА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Клинические проявления постковидного синдрома весьма разнообразны. Пациенты имеют эти симптомы в различных комбинациях, от 1-2 до 15-20 проявлений, в зависимости от тяжести течения. Если у реконвалесцента COVID-19 имеется несколько проявлений Long COVID, перечисленных ниже, с которыми до перенесения новой коронавирусной инфекции он не сталкивался, можно предположить наличие постковидного синдрома. Также у ряда пациентов диагностируются COVID-ассоциированные заболевания, то есть не отдельные симптомы, а новые нозологические формы:

- ОНМК
- Сахарный диабет
- Миокардит

- Микрососудистая стенокардия (сердечный синдром X – уменьшение притока крови к миокарду с сопутствующей депрессией сегмента ST при ЭКГ пробе с нагрузкой на фоне нормальных коронарных артерий).

- Депрессия
- Деменции
- Тревожно-депрессивный синдром
- Обсессивно-компульсивное расстройство
- Артрозы
- Слабоумие,
- Мигрень
- Почечная недостаточность
- Посттравматическое стрессовое расстройство
- Генерализованное тревожное расстройство,
- Расстройство адаптации
- Панкреатит
- Тиреозидит
- Гепатит и нарушение выработки ферментов печени.

- Нарушения менструального цикла

- Пиелонефрит
- Спонтанный пневмоторакс

Чаще всего постковидный синдром проявляется нарушениями со стороны нервной системы, психики и поведения, сердечно-сосудистыми и дыхательными нарушениями, скелетно-мышечными расстройствами.

#### ПАЦИЕНТЫ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЖАЛОБЫ

##### Со стороны ЦНС

- Хроническая усталость, астенический синдром
- Ортостатическая тахикардия, прочие ортостатические реакция
- Перепады температуры, давления, пульса, то есть нарушения вегетативной регуляции
- Головная боль, в том числе постоянная
- Аносмия, гипосмия и искажения восприятия запахов
- Гипергидроз
- Гипогевсия, дистевсия (нарушения вкусового восприятия)
- Невропатии
- Шум в ушах
- Головокружения
- Помутнение в глазах
- Снижение слуха
- Ночная потливость
- Боли в спине
- Онемение, покалывание, паре-

стезии (нарушение чувствительности в виде «ползания мурашек»)

- Повышенная чувствительность к свету и звукам

- Дизавтономия, включая синдром постуральной ортостатической тахикардии

##### Психические нарушения

- «Мозговой туман» (brain fog),
- Нарушения ритма сна, плохое качество сна

- Нарушения внимания
- Нарушения памяти
- Слабодушие, слезливость, подавленное настроение

- Панические атаки
- Снижение толерантности к интеллектуальным нагрузкам
- Спутанность сознания
- Суицидальная готовность

##### Со стороны ДС

- Одышка
- Кашель, сухой или с мокротой
- Боль и дискомфорт в груди
- Апноэ сна (храп)
- Хрипы, стеснение в груди

##### Со стороны ЖКТ

- Потеря аппетита
- Диарея или запор
- Расстройства пищеварения

- Тошнота, рвота

##### Со стороны ССС

- Миокардит
- Перикардит
- Тахикардия
- Сердцебиение
- Аритмия, трепетание предсердий

- Спонтанные профузные носовые кровотечения

- Систолическая дисфункция
- Обмороки
- Тяжесть в грудной клетке
- Усиление сосудистого рисунка
- Артериальная гипертензия, колебания АД

- Микрососудистая стенокардия (уменьшение притока крови к миокарду с сопутствующей депрессией сегмента ST при ЭКГ пробе с нагрузкой на фоне нормальных коронарных артерий)

- ТЭЛА, тромбозы

##### Прочее

- Артралгии и ограничения подвижности

- Снижение веса (преимущественно за счет сокращения мышечной массы)

- Мышечные боли

# ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ МЛАДШИХ МЕДСЕСТЕР ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ

В современных условиях выпускник медицинского колледжа должен уметь успешно позиционировать себя на рынке труда, легко адаптироваться к профессиональной деятельности, понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии. Учитывая пожелания работодателей относительно знаний, умений, навыков выпускника медицинского колледжа, он должен быть компетентным, готовым эффективно и уверенно действовать в своей трудовой профессиональной деятельности, совершая ответственный выбор в нестандартных ситуациях.

Одним из путей решения задачи подготовки такого специалиста является реализация практико-ориентированных подходов в профессиональном обучении студентов.

На практических занятиях в качестве инновационной образовательной технологии нами используется успешно зарекомендовавший себя кейс-метод для проверки степени освоения практических навыков и сформированности компетенций, ролевые игры, имитационные игровые методы («разыгрывание ситуации в ролях», «инсценировка», «стажировка», «составление мозаики», «алфавит»), дающие возможность студентам отработать психологические основы взаимодействия «медсестра – врач, медсестра – пациент, медсестра – медсестра, фельдшер – медсестра», поскольку профессиональная деятельность среднего медицинского персонала проходит в системе «человек – чело-

век». В завершении игры проводится обсуждение, анализ, делаем выводы и снова проигрываем ситуации с учетом замечаний.

В настоящее время акцент в обучении делается на виртуальные технологии – обучение на фантомах, муляжах и симуляционных тренажерах. Использование в обучении данных методов позволяет моделировать ситуационные задачи проблемного и аналитического характера. Ситуации, максимально приближенные к реальным, должны соответствовать содержанию темы и профессиональным компетенциям, отражать реальный профессиональный случай, отличаться драматизмом и проблемностью, выразительно определять основу проблемы и содержать необходимое количество информации, отражать как положительные, так и отрицательные варианты развития событий. Составленная задача должна быть по силам

студентам, но не очень простой, без подсказок, представлять студентам четкие инструкции по работе. В результате работы студента формируются личностные качества – активность, самостоятельность, чувство ответственности, взаимовыручка, сострадание, милосердие, осознание ценности человеческой жизни.

Для медицинского работника необходимы навыки работы с информацией и правильного её доведения в доступной форме до пациентов разного возраста и различного социального статуса. Информационные и коммуникативные компетенции являются как общими, так и профессиональными. Нами организовываются соответствующие виды учебной деятельности на практических занятиях. Организовать такую деятельность можно с помощью технологии развития критического мышления через чтение и письмо при изучении теоретического курса

- ▶ ● Расшатывание зубов
- Выпадение волос
- Нарушение структуры ногтей
- Кожные сыпи
- Боль в горле, носоглотке, насморк
- Конъюнктивит, синдром сухого глаза
- Лихорадка, озноб, субфебрилитет
- Спленгонегалия
- Отеки
- Половая дисфункция
- Синдром активации тучных клеток, впервые возникшие аллергии
- Дисфонии
- Необходимость в оксигенотерапии (СРАР или другой дыхательный аппарат)

На основании анализа специальной литературы сотрудниками

ФГБОУ ДПО СПбЦПО ФМБА России под руководством главного внештатного специалиста по управлению сестринской деятельностью, директора Центра, к.м.н. И.С. Бахтиной была составлена специальная анкета для лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию. Респонденты указали не только имеющиеся жалобы, но и их интенсивность, оцениваемую в сестринских доменах МКФ. Таким образом, общая картина постковидного синдрома была изучена с позиций сестринского ухода и реабилитации.

Данное исследование впервые было представлено в рамках научно-практической конференции с международным участием «Постковидный синдром: вопросы реабилитации и

долгосрочного сестринского ухода», прошедшей 21-22 октября 2021 года на базе Санкт-Петербургского центра последипломного образования медицинских работников ФМБА России. Материалы конференции легли в основу дистанционного цикла повышения квалификации в рамках НМО.

Читайте подробнее о результатах исследования в следующем номере журнала «Сестринское дело».

**И.С. БАХТИНА, С.А. КАЛИНИНА,  
С.С. СМИРНОВА,  
Н.Г. КОЛОБАНОВА,  
И.Н. БАЛАНДИНА, В.Н. СОМОВА,  
О.В. ГАЙНУТДИНОВА, ФГБОУ  
ДПО «Санкт-Петербургский  
центр последипломного  
образования для медицинских  
работников» ФМБА России**

**Чек-лист выполнения простой медицинской услуги  
«Размещение тяжелобольного пациента на спине»**

профессионального модуля. Функция педагога при этом обеспечить студентов всем необходимым для самостоятельной работы. Эта технология позволяет: выражать свои мысли, отстаивать свое собственное мнение, работать в группе, решать проблемы. В конце занятия по данной технологии проводится оценка занятия в виде анализа собственной деятельности, «З – знаю, Х – хочу, У – умею», «5- или 10-минутное эссе». Организовать такую деятельность можно и в виде самостоятельной работы студентов в электронной библиотечной системе, в интернете.

Для развития у студентов познавательной активности и научно-исследовательской деятельности нами применяется нестандартное занятие – урок-конференция. Например, урок-конференция на тему «Современные методы исследования», «Дезсредства нового поколения» и т.д.

Для развития у студентов активного мышления и суждения важны вопросы поискового характера:

- на сравнение (Чем отличается?; Укажите разницу?)
- на определение целей действия, явления, процесса (Каково значение?; Для чего проводится или выполняется?)
- на объяснение, обоснование, доказательства (Чем объясните?; Докажите?)
- на установление причинно-следственной связи (Что произойдет если?; Как изменится?)

Наряду с вышеперечисленными методами применяются репродуктивные методы для закрепления знаний и алгоритмические методы для отработки манипуляций на фантомах.

Применяется метод коллективного обучения – метод пары сменного состава. Из группы выбираются 2-3 человека, которые дома готовят индивидуальное задание. Например, подготовиться к демонстрации манипуляции «Уход за носом, глазами, ушами» к следующему занятию. Перед практическим занятием проводится контроль умений по данным манипуляциям, студенты демонстрируют уход за носом, глазами, ушами перед остальными студентами группы. По ходу демонстрации манипуляции для повышения активности студентов рекомендуется задавать

№	Критерии оценки параметров выполнения профессиональной деятельности	Критерии оценки	Балл	Отметка о выполнении (да/нет)
<i>Подготовка к процедуре:</i>				
1.	Поздоровайтесь, представьтесь (сообщите свое имя, должность), уточните ФИО пациента и проведите идентификацию пациента	сказать	1	
2.	Сообщите пациенту о цели прихода, объясните ход процедуры, получите согласие на проведение процедуры; в случае отсутствия согласия дальнейшие действия уточните у врача	сказать	1	
3.	Вымойте руки (гигиенический уровень) согласно Европейскому стандарту EN-1500	выполнить	1	
4.	Наденьте фартук, перчатки	выполнить	1	
5.	Подготовьте рабочее место: манипуляционный столик, фартук, кожный антисептик, валики, поролоновые прокладки, перчатки, пакет отхода класса Б	выполнить	1	
6.	Доставьте в палату столик с приготовленным материалом	выполнить	1	
7.	Поставьте кровать на тормоз, уберите поручни, рядом с кроватью поставьте манипуляционный столик; отрегулируйте высоту кровати для удобства выполнения манипуляции	выполнить	1	
<i>Выполнение процедуры:</i>				
8.	Придайте кровати горизонтальное положение, убедитесь, что пациент лежит посередине кровати	выполнить	1	
9.	Придайте пациенту удобное положение, подложите под голову подушку так, чтобы край подушки доходил до плеча (для предупреждения сгибательной контрактуры в области шейных позвонков, чтобы спина была прямой)	выполнить	1	
10.	Расположите нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами	выполнить	1	
11.	Вложите небольшой валик в руки пациента (для уменьшения разгибания пальцев и отведения большого пальца, профилактика «птичьей лапы»)	выполнить	1	
12.	Расположите руки пациента вдоль туловища ладонями вниз, слегка согните в локтевых суставах (для профилактики вывихов локтевых и плечевых суставов), подложив под предплечье противопролежневые подушки (поролоновые прокладки) для профилактики пролежней в локтевых суставах	выполнить	1	
13.	Подложите под поясничную область пациенту противопролежневую подушку (поролоновую прокладку) для соблюдения биомеханики тела	выполнить	1	
14.	Положите противопролежневые подушки (валики из одеяла) вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области вертела бедренной кости (предупреждается поворот бедра наружу, за счет поворота в тазобедренном суставе) до середины голени	выполнить	1	
15.	Подложите противопролежневые подушки (валик) под нижнюю часть голени для профилактики пролежней пяточной кости	выполнить	1	
16.	Обеспечьте упор для стоп под углом 90 градусов (с целью предупреждение провисания стопы); приподнимите боковые поручни	выполнить	1	
17.	Спросите о самочувствии пациента	сказать	1	
<i>Окончание процедуры</i>				
18.	Продезинфицируйте столик согласно СанПиНу	выполнить	1	
19.	Снимите перчатки	выполнить	1	
20.	Продезинфицируйте перчатки согласно СанПиНу	выполнить	1	
21.	Снимите фартук и положите его в пакет отходов класса Б	выполнить	1	
22.	Вымойте руки согласно гигиеническому уровню	выполнить	1	
23.	Спросите о самочувствии пациента	сказать	1	
24.	Сделайте запись в мед. документации	выполнить	1	
Итого			24	

**Критерии оценки:**

Критерии оценки в %	Количество баллов	Оценка
100-90%	24-22	5 (отлично)
89-80%	21-19	4 (хорошо)
79-70%	18-15	3 (удовлетворительно)
менее 70%	14 и менее	2 (неудовлетворительно)

# ФЕЛЬДШЕР – САМЫЙ ВАЖНЫЙ ЧЕЛОВЕК НА СЕЛЕ

Самый важный человек на селе – это фельдшер! Ведь самое дорогое и ценное, что есть в жизни – это здоровье, а сберечь его помогают фельдшера сельских подразделений. Первичную медицинскую помощь в селах Краснокаменского района получают 6296 сельских жителей. Помощь оказывается десятью фельдшерами на восьми фельдшерско-акушерских пунктах и в двух сельских амбулаториях.



Блиских А.И.

Калинина И.Н.

Пурбуева Н.Ю.

Скородумова А.Н.

Чижова Н.В.

Буджапова С.Б.

Самый отдаленный ФАП с. Куйтун находится на расстоянии 83 км от ГАУЗ «Краевая больница №4», самый близко расположенный ФАП – с. Соктуй Милозан – в 23 км. Все сельские подразделения укомплектованы медицинскими работниками, фельдшерами. На всех подразделениях имеется санитарный автотранспорт.

На границе с соседним Китаем, вдоль просторной реки Аргунь расположены четыре сельских поселения – Кайластуй, Среднеаргунск, Богдановка и Кащегайтуй. Там трудятся фельдшера, три из которых являются участниками федеральной программы «Земский фельдшер». Валерий Дулинаев ранее работал фельдшером выездной бригады скорой медицинской помощи, на период очередного отпуска изъявил желание поработать на неуккомплектованном ФАПе, поработал и твердо решил продолжить свою профессиональную деятельность в селе. Переехал жить и работать в с. Богдановка вместе с женой Викторией, которая также является

фельдшером, оба прошли по программе «Земский фельдшер». На сегодняшний день они успешно работают, оказывая практическую помощь молодым фельдшерам из соседних ФАПов. Валерий неоднократно проводил успешную тромболитическую терапию на догоспитальном этапе, за что был отмечен и поощрен поездкой в г. Санкт-Петербург на научно-практическую конференцию с целью повышения своего профессионального уровня, за счет средств нашей профессиональной организации ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты».

Еще один «Земский фельдшер» Николай Нечупоренко ранее работал в отделении рентген-лучевой диагностики. Работу в селе связал с желанием быть поближе к родителям, которые живут в селе Кайластуй. Николай активно практикуется в своей второй специальности – рентген-лаборанта. Он ежегодно проводит обследование жителей Краснокаменского района на передвижном флюоромобиле. ▶

▶ вопросы по новому и пройденному материалу для закрепления материала. Роль преподавателя – координирующая и консультативная.

Для закрепления материала применяем составление СОП (алгоритма манипуляции), составление рецензии на ответ студента, взаимоконтроль по «чек-листам» (см. таблицу на с. 28), самоконтроль по эталону ответа.

Наряду с современными педагогическими технологиями, при изучении профессионального модуля используются и традиционные, так как они предусматривают обязательное, нормативное знание содержания профессионального модуля. Для отслеживания достижений поставленной цели занятия используются тестовые задания, составленные с

учетом требований формируемой профессиональной компетенции, и другие методы контроля: устный опрос, заполнение схем и таблиц, фрагментов истории болезни и других медицинских документов. Из информационно-развивающих технологий применяются беседа, рассказ, примеры из жизни, случаи из практики, мини-лекции.

Важным звеном является работа студентов у постели больного, на рабочих местах в подразделениях лечебно-профилактических учреждений (процедурный кабинет, сестринский пост медсестры). Такое погружение в профессиональную среду позволяет формировать профессиональную компетентность, личностные качества студентов, способность к анализу и проектиро-

ванию своей деятельности, уверенность в своих силах, дает понимание целостного алгоритма работы в структурном подразделении и психологическую готовность к будущей практической деятельности в лечебно-профилактических учреждениях.

Реализация практико-ориентированного подхода способствует совершенствованию существующих образовательных программ и технологий создания условий для подготовки специалистов, обладающих качественно новым уровнем профессиональных компетенций, готовых к профессиональной деятельности в современных условиях.

**О.В. ГЛАДЫШЕВА,  
Т.А. ГУЛЬКО, Г.В. ГУРКИНА,  
Томский базовый  
медицинский колледж**

# ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КЛИНИЧЕСКОЙ И ПАЦИЕНТОВ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В данной статье рассматриваются основные параметры коммуникации пациента и медицинского специалиста в отделении радиотерапии №1 ГБУЗ СОКОД, что включает конфиденциальность, работу с медицинской информацией, образовательные мероприятия для пациентов в целях улучшения коммуникации. Хорошая коммуникация может помочь пациентам и их семьям при принятии совместных решений для повышения качества жизни больных.

## ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ

### И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ

Первый контакт медицинской сестры клинической с пациентом в нашем отделении происходит при поступлении. Медицинская сестра знакомится с пациентом, заполняет сестринскую документацию, карту динамического наблюдения и выявляет особенности пациента

как физические, так и психоэмоциональные. Таким образом, создается индивидуальный подход, способствующий атмосфере доверия. Медицинская сестра обязана быть выдержанной в общении с пациентом. Ни в коем случае не следует обращаться к пациенту обезличено, например «больной», поскольку это свидетельствует о полном безразличии. Недопустима и фамильярность, и

чрезмерная сухость. Обращаться к пациенту следует на «Вы» и по имени-отчеству. Немаловажным фактом в установлении доверительных отношений является внешний вид медицинской сестры (аккуратность, прическа, выражение лица), а также ее внутренний настрой; они должны вызывать у пациента чувство расположения. В нашем диспансере разработан СОП «Этические

► Самым опытным фельдшером является Бдицких Любовь Ивановна. Стаж ее работы в селе Среднеаргунск составляет более 40 лет. Ее фельдшерско-акушерский пункт является образцово-показательным. Несмотря на уже не юный возраст, она успешно владеет всеми компьютерными программами, активно принимает участие во внедрении новых проектов в работу.

В этом году к нам пришел на работу молодой специалист, выпускник ГПОУ «Краснокаменский медицинский колледж» Егор Трунов, который обучался по целевому договору и устроился на работу по программе «Земский фельдшер». Его наставником в работе является старший фельдшер сельской амбулатории п. Целинный Калинина Ирина Николаевна. Ирина Николаевна — опытный специалист, профессионал своего дела, под ее руководством трудятся восемь медицинских специалистов. Она курирует работу молодых фельдшеров ФАПов. В амбулатории п. Целинный работают еще два фельдшера Скородумова Анжела и Чижова Наталья, за ними закреплено обслуживание детского и взрослого населения.

В сельской амбулатории п. Ковыли самостоятельно, без врача, трудятся фельдшера Будожарова Светлана Батоевна и Пурбуева Надежда Юрьевна. Обе имеют высшую квалификационную категорию и огромный опыт работы. Светлана Батоевна дополнительно работает фельдшером-лаборантом, проводит клинические исследования биологического материала у жителей трех близлежащих поселений. Надежда Юрьевна является депутатом сельского поселения п. Ковыли.

Все медицинские специалисты регулярно повышают свой профессиональный уровень, проходят обучение как на рабочих местах, так и на краевых и Всероссийских научно-практических конференциях. И еще все они — члены нашей большой

профессиональной организации.

Фельдшера активно включились в работу по реализации новейших технологий и проектов, направленных на улучшение качества оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению. На сельских подразделениях успешно реализуются проекты федерального и регионального уровней: проект «Координаторы здоровья», «Использование усилителя биосигнала ЭКГ, кардиофлешкарты», «Интернет на каждый ФАП», «Телемедицина» и «Система 5С». Фельдшера ФАП проводят телемедицинские консультации пациентов. В СМИ на телеканале Россия-Чита был продемонстрирован видеоролик в рамках реализации регионального проекта «Интернет на каждый ФАП», где в режиме онлайн проводилась телеконсультация пациентки врачебной комиссией. В период пандемии, когда посещения поликлиник были ограничены и плановый прием отменен, фельдшерами Краснокаменского района было организовано и проведено 740 телеконсультаций. Проведена огромная работа по вакцинации от новой коронавирусной инфекции жителей Краснокаменского района: охват составляет 78%. На сегодняшний день проводится огромная работа по углубленной диспансеризации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию.

Фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов являются профессионалами своего дела. Они преданы своей профессии и с полной самоотдачей трудятся на благо жителей сельских поселений. Они идут в ногу со временем, владея всеми современными методами и технологиями. Мы гордимся своими фельдшерами и желаем им крепкого здоровья!

**Татьяна ПОНОМАРЕВА, главный фельдшер  
ГАУЗ «Краевая больница №4»  
Забайкальский край**



правила служебного поведения и внешний вид среднего и младшего персонала ГБУЗ СОКОД».

### КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И РАБОТА С МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ

Обязательным условием для установления доверительных отношений является уверенность пациента в конфиденциальности бесед с врачебным и медицинским персоналом. В ГБУЗ СОКОД утвержден приказ № 308 от 09.07.2015 «Об оформлении информированного добровольного согласия граждан (пациентов) на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства при оказании медицинской помощи, о соблюдении врачебной тайны». Информация предоставляется пациенту только при проведении двухфакторной идентификации пациента. Разработан СТО «Порядок идентификации пациента на всех этапах диагностики и лечения в ГБУЗ СОКОД», ответственность за соблюдение алгоритма идентификации пациента несут врачебный, а также средний и младший медицинский персонал отделений.

### УПРАВЛЕНИЕ ЭМОЦИЯМИ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Реакция пациента на онкологический диагноз может быть разной: тревога, агрессия, замкнутость. Медицинская сестра при постоянном взаимодействии и общении с пациентом повышает уверенность больного в благополучном исходе и помогает ему справляться с переживаниями. Важно быть естественным, говорить с пациентом о его боли, страхах, создавать доверительные отношения, коммуникативную цепь — только так можно помочь и поддержать больного. Главное, чтобы больной ощущал, что помощь всегда рядом как со стороны медицинского персонала, так и родственников. Это поможет ему шаг за шагом вместе преодолеть болезнь. Медицинская сестра ставит положительные



примеры, для больного важно максимально расширить его круг общения. Этому способствует проведение «Школ для пациентов». В рамках «Школы» помощь направлена на достижение сознательного активного участия пациентов в процессе лечения и мероприятий по профилактике для сохранения положительного результата, комплексного воздействия на злокачественное новообразование. Также в отделении для улучшения знаний о своей болезни пациентам дается зрительная информация. Это всевозможные информационные стенды, брошюры и памятки. Это действенный способ закрепить в памяти пациентов необходимую информацию. Памятки содержат информацию по актуальной для пациента проблеме, с которой мы хотим помочь ему справиться.

Медицинская сестра вовлекает пациента в процесс лечения, ухода и самоухода, объясняя это тем, что чем больше пациент будет вовлечен в обычную жизнь, тем спокойнее будет проходить его лечение, ведь и в обычной жизни он сохранит социальную значимость и коммуникабельность.

Также медицинские сестры устанавливают психологический контакт с родственниками пациента. Часто родственники сами так напуганы, что постоянно говорят о болезни, ищут информацию среди знакомых, в интернете, постоянно расспрашивают врача о прогнозах. Такое поведение еще больше

угнетает больного, и он теряет желание бороться с болезнью. Медицинские сестры клинические отделения радиотерапии №1 помогают родственникам победить страхи, изменить отношение к заболеванию и самого больного развернуть с концентрации на болезни в сторону каждодневных семейных забот.

Общение с онкологическими пациентами отделения радиотерапии №1 имеет много особенностей, требуя большого труда и профессионального опыта. Медицинские сестры понимают это и всегда корректно и доброжелательно общаются с пациентами. Благодаря внедрению должности медицинской сестры клинической, каждая медицинская сестра может уделять максимальное количество рабочего времени пациенту. Лишь создав доверительные отношения и оказывая воздействие на общее состояние здоровья и качество жизни пациента и его членов семьи на протяжении всего процесса лучевой терапии, мы можем внушить пациенту веру в благоприятный исход, а это немаловажно в лечении.

**Ю.А.ИСМАГИЛОВА,**  
старшая медицинская сестра  
отделения радиотерапии  
СОКОД,  
**В.М.ПЯТИКОП,**  
главная медицинская сестра  
СОКОД, вице-президент  
Самарской региональной  
общественной организации  
медицинских сестер

## ПУТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

15 декабря в Нижнем Новгороде состоялась межрегиональная научно-практическая конференция организаторов и специалистов сестринского дела совместно со школой эпидемиологов «Направления оптимизации деятельности по обеспечению качества и безопасности медицинской помощи».

Участие в конференции, которая проходила в гибридном формате, приняли 958 организаторов и специалистов сестринского дела, врачей-эпидемиологов и помощников врачей-эпидемиологов, из которых 212 медицинских работников смогли очно присутствовать на данном мероприятии, 746 – онлайн.

Перед началом конференции 97 лучших специалистов сестринского дела из 36 медицинских учреждений Нижнего Новгорода и Нижегородской области, являющихся членами Профессиональной ассоциации специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием Нижегородской области, были награждены благодарственными письмами Правительства Нижегородской области.

Основными вопросами научной программы конференции стали такие актуальные темы, как: обеспечение качества и безопасности медицинской помощи; расширение профессиональных компетенций специалистов со средним медицинским образованием; инновационные технологии в сфере обращения медицинских отходов; профилактика рисков ИСМП; профилактика профессионального инфицирования; организация инфекционной безопасности при осуществлении медицинской деятельности; стандартизация сестринской деятельности; роль медицинской сестры в проведении функциональных исследований; актуальные вопросы гигиены рук; основы коммуникации в работе диагностической службы; проблемы качества проведения рентгенологических исследований.

В рамках пленарного заседания были представлены 16 докладов. Наибольший интерес у слушателей вызвал доклад главного внештатного специалиста-эпидемиолога Министерства здравоохранения Российской Федерации в Приволжском федеральном округе, заведующей кафедрой эпидемиологии, микробиологии и доказательной медицины, директора НИИ профилактической медицины Университетской клиники федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н. Ковалишеной О.В. «Актуальные вопросы обеспечения эпидемиологической безопасности в ковидных госпиталях».

Традиционно огромное количество вопросов было адресовано главному внештатному специалисту по управлению сестринской деятельностью Министерства здравоохранения Нижегородской области и Приволжского ФО, директору государственного автономного



Выступает президент Профессиональной ассоциации специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием Нижегородской области Е.В. Вагина

Благодарственные письма вручает главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Министерства здравоохранения Нижегородской области и Приволжского федерального округа Л.А. Поклад (справа)

учреждения дополнительного профессионального образования Нижегородской области «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения» Л.А.Поклад., выступившей с докладом «Актуальные вопросы периодической аккредитации специалистов здравоохранения». Во время дискуссии докладчик подробно ответила на все интересующие средних медицинских работников вопросы. Кроме нижегородцев, на конференции с докладами выступили представители лечебных учреждений и учебных заведений из Москвы, Чебоксар, Новосибирска и Республики Казахстан.

В рамках конференции была проведена секция «Функциональная диагностика и рентгенология», где участникам было представлено еще 7 докладов на актуальные темы.

Партнерами конференции и участниками проводимой в рамках конференции выставки медицинских изделий выступили 8 ведущих медицинских компаний региона.

По окончании конференции всех участников и гостей с наступающим Новым годом поздравили Дед Мороз и Снегурочка, а по итогам проведенной новогодней лотереи 25 участникам мероприятия были вручены призы и профессиональные подарки от организационного комитета конференции.

**Е.В. ВАГИНА**, президент Профессиональной ассоциации специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием Нижегородской области  
**Е.В. МАМОНТОВ**, исполнительный директор ПАС ВСМФО Нижегородской области

# Как обмануть прокрастинацию



*Светлана Чернышова работает старшей медсестрой ОРИТ для новорожденных Перинатального центра Республики Марий Эл 16 лет. Она – обладатель гранда президента Республики Марий Эл в номинации «Лучший молодой специалист со средним медицинским образованием» 2009 года, призер Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» 2021 года.*

## СЕСТРИЧКА

*Для 20% людей возврат к рабочему графику после новогодних каникул особенно затруднителен. Именно столько среди нас прокрастинаторов – тех, кто склонен откладывать дела на потом и избегать выполнения важных задач. Если вы из их числа, вам пригодятся наши советы.*

Прокрастинатор и патологический лентяй – не одно и то же, говорят психологи. Среди прокрастинаторов есть как те, кто лениво лежит на диване, так и те, кто, отложив важное дело на потом, занимаются чем-то другим, более приятным – так называемые активные прокрастинаторы.

Есть и те, кто откладывают решение задачи из желания добиться совершенства (перфекционисты), те, кто прокрастинируют из опасения, что не смогут проявить необходимые навыки (самозванцы), и те, кому нравится рисковать и откладывать дело до последнего, чтобы потом выполнить задачу в последний момент (искатели приключений).

Причина поведения прокрастинаторов не в дурном воспитании и распушенности. При обследовании у них обнаруживаются нарушения в деятельности мозга – дисбаланс в работе миндалевидного тела, отвечающего за эмоции, оценку событий и их последствий, и дорсальной зоной передней поясной коры головного мозга, ответственной за логику, выбор оптимального поведения в определенных обстоятельствах.

Изменить эту особенность нельзя, но работать над собой необходимо. Ведь за исключением редких ситуаций, когда прокрастинация приносит пользу, например, за время отсрочки задача теряет актуальность или существенно меняются ее условия, итог прокрастинации, как правило, грустный: стрессы, испорченные репутация и отношения. Кроме того, доказана связь между прокрастинацией и гипертонией, бессонницей, проблемами с пищеварением и частыми простудами. Прокрастинация вредит карьере – прокрастинаторы зарабатывают меньше, их много в числе безработных.

### КАК ПРИНЯТЬСЯ ЗА ДЕЛО, КОГДА СОВСЕМ НЕ ХОЧЕТСЯ?

Главное – начать. Не ждите момента, когда у вас появится желание взяться за дело. Мотивация часто возникает после того, как мы делаем первые шаги и видим первые результаты.

Назначьте точную дату и время, когда начнете выполнение задачи. Скажите себе, что лишь оцените фронт работ и взглянете на перспективы, ничего больше.

Двигайтесь по инерции. Как только вы начнете выполнять задание, возвращаться к нему с каждым разом будет всё легче. А после его завершения станет проще приступить к следующему. Вспомните первый закон Ньютона – движущиеся тела имеют свойство сохранять свою скорость.

Делайте ежедневный отчет. Подводите краткий итог выполненной работе каждый день. Например, заведите календарь и отмечайте даты, когда успешно поработали. Если вдруг захочется отложить дело на потом, взгляните на календарь, оцените, как много вы уже достигли, это поможет двигаться вперед.

Долой все лишнее. Уберите с рабочего стола всё, что может отвлекать внимание от дела – прокрастинатору такие вещи противопоказаны. Если вы склонны, отложив работу, пообщаться в соцсетях или поболтать по телефону, ограничьте использование последнего с помощью специальных приложений, контролирующих экранное время и блокирующих ресурсы после дости-

## Альцгеймера преданный друг



*В России точные цифры распространения деменции и болезни Альцгеймера неизвестны, однако эксперты полагают, что таких пациентов не менее 2,5 млн. В мире же людей с нарушениями функций когнитивного аппарата: памяти, мышления, ориентации, понимания, способности к обучению – более 50 миллионов, и их количество растет вследствие старения населения.*

Задача ученых – выявить и исследовать все весомые факторы риска, чтобы снизить их влияние. Интересное исследование было проведено недавно в США, оно показало, что даже умеренное потребление сахара негативно сказывается на когнитивных способностях человека, а повышенное – существенно увеличивает риск развития болезни Альцгеймера.

В ходе исследования, проводившегося на протяжении шести лет, были проанализированы данные 837 пациентов. Для исследования отбирали людей, у которых не была диагностирована деменция, которые в обычной жизни потребляли сахар и были согласны как минимум дважды пройти тестирование когнитивных способностей.

Исследователи изучали связь между потреблением сахара, его долей в общем объеме калорий и кратковременной, семантической и эпизодической памятью, ориентацией в пространстве и времени, а также скоростью восприятия. Во внимание принимали и влияние таких факторов, как раса, возраст, пол, общее потребление калорий, алкоголя и уровень холестерина.

Исследование показало обратную

зависимость между потреблением сахара и качеством мышления, а также прямую связь между потреблением сахара и наличием доклинических маркеров болезни Альцгеймера.

Результаты наших изысканий нельзя назвать сенсационными, отмечает профессор Медицинского центра университета Раш в Иллинойсе (США) Кристофер Форд, влияние уровня сахара в крови человека на его когнитивные способности и риск развития болезни Альцгеймера уже не раз подтверждалась ранее.

По мнению ученых, дело может быть в том, что метаболизм глюкозы регулируется инсулином и инсулин-зависимым белком-переносчиком GLUT4, который экспрессируется в гипоталамусе и играет важную роль в функционировании памяти. Для многих людей, склонных к потреблению сладких продуктов, характерны нарушения в метаболизме глюкозы, в частности постепенное сокращение экспрессии и связывания инсулина.

Около трех лет назад журнал *Diabetologia* опубликовал результаты исследования, которое проводилось в течение 10 лет специалистами Имперского колледжа Лондона. В

ходе наблюдения 5189 пациентов было обнаружено, что скорость снижения когнитивных способностей напрямую зависела от уровня глюкозы в крови. Чем выше этот уровень, тем быстрее снижались когнитивные способности и раньше появлялись признаки болезни Альцгеймера.

К тем же выводам пришли исследователи из клиники Мэйо в Рочестере (США). Более тысячи испытуемых разделили на группы в зависимости от пристрастия к сладкому. В группе, где потребление углеводов было максимальным, вероятность развития когнитивных нарушений оказалась на 80% выше, чем у тех, кто употреблял минимум углеводов.

В будущем исследователям предстоит более детально проанализировать зависимость между общим потреблением сахара, его долей в общем числе потребляемых человеком калорий и качеством мышления, а также возможность влиять на эту зависимость. Пока же выводы ученых однозначны: не важно, чем вы злоупотребляете, газированными напитками, шоколадом или тортами, но чем больше сладкого в вашем рационе, тем выше риск развития болезни Альцгеймера.

## Как обмануть прокрастинацию

► жения определенного лимита. А вот правильная музыка, под которую лучше думается и которая настраивает на деловой лад, будет очень кстати.

Планируйте свои дела. Используйте матрицу Эйзенхауэра. Возьмите листок бумаги, разделите его по вертикали и горизонтали так, чтобы получилось четыре одинаковых прямоугольника. В верхний левый впишите важные дела, по которым установлен срок, в нижний левый – важные дела без установленного срока, в верхний правый – не слишком важные задачи, но с установленным сроком, а в нижний правый – неважные дела с неустановленным сроком.

Концентрируйтесь на выполнении задач из верхнего

левого прямоугольника. Стремитесь определить сроки для задач из нижнего левого и переносите их в верхний левый.

Награждайте себя за успехи. Поскольку причина прокрастинации в разладе между лимбической системой и префронтальной корой, награждайте первую после того, как победила вторая. Не важно, что послужит наградой – порция мороженого, чашечка кофе или звонок другу – главное, чтобы это принесло вам удовольствие.

Только прокрастинатор знает, как сложен путь к победе над собой, но он по силам каждому, нужно лишь желать изменить положение вещей.

# Чтобы шея была красивой

Стройная гладкая шея во все времена ассоциировалась с женской красотой, молодостью и грацией. К сожалению, ряд факторов: особенности строения, а также привычки и образ жизни — приводят к тому, что именно шея начинает первой выдавать наш возраст. **Корректировать эти признаки намного сложнее, чем, например, возрастные изменения в верхней и нижней трети лица, поэтому стоит как можно раньше начинать профилактику возрастных изменений.**



По строению кожа шеи схожа с нежной и деликатной кожей вокруг глаз, она имеет тонкую подкожно-жировую клетчатку и почти лишена сальных желез, а потому более подвержена старению. Кожа шеи снабжена меньшим по сравнению с другими участками количеством меланоцитов, защищающих от негативного воздействия ультрафиолетовых лучей.

Большое влияние на процессы старения шеи оказывает положение шейного отдела позвоночника. Мы наклоняем голову вперед и подолгу сидим так, с телефоном в руках, киваем, вытягиваем шею, вжимаем ее в плечи, все эти время мышцы шеи скручиваются, растягиваются, но не расслабляются, то же происходит с кожными покровами, неудивительно, что они довольно быстро теряют гладкость, упругость и эластичность.

Компенсировать эти негативные воздействия можно и нужно тщательным уходом за кожей шеи, в том числе и профессиональным, а также тренировкой главной

шейной мышцы — платизмы, которая расположена по всей передней части шеи, от уголков рта до ключиц. Платизму недаром называют мышцей молодости, именно она отвечает за внешний вид передней части шеи и тонус кожи, а также влияет на здоровье шейного отдела позвоночника.

Упражнения, предложенные ниже, помогут тонизировать платизмальную мышцу, активизировать кровообращение, подтянуть и разгладить кожу, сделать шею визуально моложе, овал лица четче, а двойной подбородок — меньше.

**Упражнение 1.** Скрестите кисти рук на груди так, чтобы ладони лежали в области ключиц, слегка надавливая на ключицы и растягивая переднюю часть шеи, поднимите подбородок максимально вверх, а голову отведите назад, стараясь сильно ее не запрокидывать. Зафиксируйте положение на 10 секунд, затем опустите подбородок.

**Упражнение 2.** Поднимите голову и сконцентрируйте взгляд на какой-либо точке на потолке над вашей головой. Вытяните губы так, будто пытаетесь поцеловать потолок. Сохраняйте это положение 10 секунд, затем опустите голову.

**Упражнение 3.** Поднимите подбородок вверх, а голову отведите назад, как в упражнении 1. Выдвиньте нижнюю челюсть вперед и накройте нижней губой верхнюю. Вы должны чувствовать натяжение всей передней поверхности шеи. Сохраняйте это положение 10 секунд.

**Упражнение 4.** Немного поднимите голову и сильно упритесь кулаком одной руки в подбородок снизу. Затем с усилием откройте рот, вы должны чувствовать давление на нижнюю челюсть. Сохраните положение 10 секунд, затем уберите руку и опустите голову.

Укрепление платизмы — эффективный способ сохранения тонуса кожи и привлекательности шейной зоны. Достаточно заниматься 2-3 раза в неделю, выполняя каждое упражнение по 8-10 раз, чтобы сохранить тонус мышц и красивую шею на долгие годы.

Если в первое время вы почувствуете, что устали, что 8-10 повторений каждого упражнения — это слишком много, начните с 2-3 подходов, добавляя каждую неделю по одному.

Следите за тем, чтобы во время упражнений ваша спина сохраняла вертикальное положение, а задние мышцы шеи не включались в работу — так максимальная нагрузка придется именно на платизму. Не задерживайте положение более, чем на 10 секунд, излишнее натяжение кожи и напряжение мышц не только не повысят эффективность занятий, а наоборот ухудшат состояние кожи.

## Хороших рецептов много не бывает

### ДАМЛАМА

Это очень вкусное и простое в приготовлении блюдо узбекской кухни можно приготовить дома в мультиварке, но особенно вкусно получается в казане на открытом огне. В классическом варианте дамлама готовится с бараниной, но можно взять любой другой вид мяса по вашему вкусу.

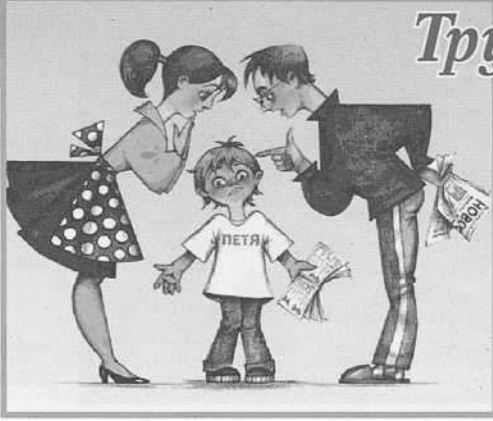
**Ингредиенты:** мясо баранины или свинины (мякоть в сочетании с косточками) — 1,5 кг., режем крупными кусками; лук репчатый (крупный) — 4 шт, режем перьями; картофель (крупный) — 6 шт, порезать большими дольками; перец болгарский — 4 шт, режем вдоль на 4-6 частей каждый, морковь (средняя) — 4 шт, разрезать на крупные дольки; помидоры (крупные) — 4 шт, режем на 4-6 частей каждый; молодая капуста — 1 небольшой кочан, верхние листья снимаем, оставшийся кочан режем на 4 части; зелень — укроп, петрушка, кинза — по 1 пучку каждой, чеснок молодой — 1 головка, кладем целиком, соль, перец черный.

В казан на дно кладем лук, разравниваем, на него выкладываем всё мясо, солим и перчим. Можно добавить любимые специи по вкусу. На мясо кладем болгарский перец и морковь. Потом раскладываем слоем картофель, сверху помидоры и можно опять посолить. Затем по краям кладем куски капусты, в центр — лучки зелени и чеснок и накрываем капустными листьями. Казан плотно закрываем крышкой и готовим на медленном огне примерно 1 час 20 мин. Воды и масла не добавляем, крышку не открываем и на время приготовления просто «забываем» про казан. При томлении овощи и мясо отдадут свой собственный сок, запахи и вкусы от всех ингредиентов перемешиваются, и получается очень вкусное блюдо. При порционной подаче в глубокую тарелку положите кусок мяса и понемногу всех овощей, полейте соком овощей и мяса. Или переложите в одно большое блюдо слоями, посыпьте свежей зеленью и подавайте.

Приятного аппетита!



## Трудности воспитания



*В современном мире детей ценят несравнимо больше, чем в прежние исторические эпохи. Детей рождается все меньше, а родителями в большинстве цивилизованных стран становятся в возрасте гораздо более зрелом, чем было раньше. И, прежде всего, изменились взгляды на воспитание и роли детей и родителей в этом процессе.*

*Какие же последствия из данных обстоятельств наступают для самих детей, их родителей и общества в целом? Ответы попытался дать шведский профессор, психиатр Дэвид Эбехард в своей книге «Дети у власти. Как мы растим маленьких тиранов, которые управляют нами».*

### ИДЕАЛЬНЫЕ РОДИТЕЛИ: КАКИЕ ОНИ?

Родители, первенец которых появился, когда им было уже под сорок, придают большое значение своей ответственности в процессе воспитания ребенка. Кроме того, на Западе, как пишет Дэвид Эбехард, развилась своеобразная культура отношения к детям — именно они ставятся в центр семьи, все завязано на них. Права индивидуума в западном обществе растут, а его обязательства перед социумом выводятся за скобки. Ребенок — это личность, говорят эксперты, с его мнением обязаны считаться родители, воспитатели в детском саду и учителя в школе. Авторитет же старших стал понятием архаичным.

Распространено мнение, что хорошие родители должны обеспечить детям материальное благополучие. Еще чаще можно слышать, что наилучшие родители — это те, кто общается с детьми на равных, говорит с ними на их языке. Самые крутые родители — это те, кому удалось стать другом своего ребенка, по этим правилам. Иначе говоря, тем, кто ведут себя как дети.

Ребенок — существо ранимое и нежное, утверждают эксперты от педагогики. Нельзя давить на него авторитетом, нельзя порицать или наказывать, поскольку можно причинить малышу или подростку непоправимый вред, что аукнется позже, во взрослом возрасте, разнообразными неврозами или чем-то хуже!

Бедные родители, за которыми не признают авторитета и которых поноуждают угодничать деточкам, пребывают в неуверенности и испытывают чувство вины. А это нельзя назвать климатом, благоприятствующим трудному делу воспитанию.

### ЕСТЬ ЛИ ТОЛК В ВОСПИТАНИИ?

Когда специалисты в области воспитания пытаются оценить последствия каких-либо воздействий

на ребенка, стоит учитывать, что проявляются они далеко не сразу, иногда через много лет! Таким образом, уважаемые эксперты могут практически не отвечать за свои слова, а наиболее успешную карьеру сделает тот из них, чей имидж привлекательнее. Так, может быть, родителям стоит пойти своим путем, прислушиваясь не к экспертному мнению, а к здравому смыслу?

Воспитание детей — дело непростое. Что бы ни делали родители, вероятность, что будет, за что их укорить выросшим детям, практически 100%! И наука не поможет: исследованиями доказано, что характер и темперамент человека, то есть качества его личности, на 50 % зависят от набора генов. Что же касается других 50% — не факт, что они явятся следствием методов родительского воспитания. Ученые установили в процессе исследований, что 10% определяются семейным воспитанием, а 40 % — общим влиянием среды или случайных обстоятельств.

Вместе с тем задача родителей — вырастить человека, который способен жить в мире взрослых, где всякое может быть и не все получается так, как хочешь. Да, личность человека формируется наследственностью и большей частью случайными факторами, но его поведение в значительной степени определяется тем, что он узнал усвоил в детстве. Если малыша приучили, что он без труда получает все, что пожелает, то и во взрослом возрасте он будет ждать манной небесной, независимо от особенностей своей личности.

Очень важно и то, как вы относитесь к своему ребенку. При любом стиле воспитания — строгом или весьма либеральном — главным является любовь и уважение к ребенку. В то же время вы с ребенком — не равны.

### ДЕТИ — ЭТО МАЛЕНЬКИЕ ВЗРОСЛЫЕ?

Многие педагогические теории рассматривают детей как маленьких взрослых. Дети решают, что им надеть в детский сад, куда семья поедет отдыхать — везде необходимо спрашивать их мнение. Однако дети — это просто дети. «Полностью формирование мозга заканчивается только к 20 годам, и на некоторых этапах своего развития ребенок настолько отличается от взрослого, что вообще странно, как они друг друга понимают!» — восклицает автор книги «Дети у власти».

Те, кто полагает, что наши малыши — это маленькие взрослые, вероятно, не задумываются, насколько сложен процесс освоения человеком различных умений и навыков. Например, распознать иронию человек не способен научиться без лет практики. Стоит ли предъявлять к детям заведомо завышенные требования, отказывая им в праве постепенно и без стрессов развивать свои способности? С другой стороны, представители современных педагогических воззрений убеждают родителей, что детям нельзя делать замечаний и порицать их, мол, это нанесет им психическую травму. Но при воспитании обойтись без наставлений и порицаний вряд ли получится. А если не привить ребенку хорошие манеры и не помочь ему освоить правила поведения в обществе, он никогда и не станет полноценным членом социума, так и останется капризным «маленьким взрослым».

Автор, кстати, отец семерых детей, обращается к читателям с призывом сохранять здравый смысл и опираться на свою интуицию и любовь к ребенку в деле воспитания. Его критика актуальных педагогических теорий остроумна и точна, а практические рекомендации вызывают доверие.

«Сестричку» подготовила  
Алина УТЕСОВА

# ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О КОНФЛИКТЕ

Конфликт — это всегда противоречие сторон, в котором каждая сторона защищает свои интересы: безопасность, самоуважение, признание коллег, материальные запросы, комфорт и т.д.

Сопровождение конфликтной ситуации — это проактивная позиция медицинской сестры. Это умение вести диалог и перевести конфликтную ситуацию в конструктивное русло.

Конфликт — естественная часть жизни коллектива. Но одни конфликты стимулируют эффективность работы, дают толчок к профессиональному и личностному росту. Другие конфликты, напротив, могут привести к эмоциональному истощению и профессиональному выгоранию.

## Признаки функционального конфликта:

- Локальность. Разрешается на месте, имеет ограниченное количество участников.

- Честность. Это способность сторон открыто и искренне говорить о своих потребностях, и предлагать варианты разрешения противоречий.

- Завершенность. Результатом конфликта является установление правил. Это может быть устная договоренность во взаимоотношениях или регламентирующий документ.

## Признаки дисфункционального конфликта:

- Не заканчивается. Снова и снова вспыхивает в аналогичной ситуации — «ходит по кругу».

- Связан с манипуляциями, когда намерения и действия расходятся.

- Втягивает большее количество участников. Итогом становится эскалация конфликта.

Существуют разные стратегии поведения в конфликте. Хорошо иметь в своем поведенческом репертуаре разные способы реагирования и использовать те, которые более целесообразны и больше подходят в конкретной ситуации.

## Стратегии поведения в конфликте:

1. Приспособление — одна сторона во всём соглашается с другой, но имеет своё мнение, которое боится высказывать. Это стратегия подходит для оперативной работы, когда спорить — это терять драгоценное время.

2. Избегание — уход от конфликтной ситуации. Подойдет, если конфликт носит дисфункциональный характер, вы не в равной должности с вашим коллегой, сейчас не имеете ресурса, являетесь новым сотрудником в коллективе.

3. Компромисс — приемлемое для обеих сторон решение. Хорошая

стратегия для тех, кто умеет вести диалог, слышать собеседника, при этом отстаивая свои ключевые интересы.

4. Соперничество — активное противостояние другой стороне. Полезно для соревнований. Подходит для ситуации с высоким напряжением, где вы способны контролировать себя эмоционально.

5. Сотрудничество — обсуждение и реализация взаимовыгодного решения. Подходит, если коллеги способны мыслить творчески и в интересах дела. Это «высший пилотаж» в коммуникации медицинской сестры с пациентом.

## Как выдерживать конфликт?

Конфликт — всегда эмоциональное напряжение. Выдерживать эмоциональное напряжение (стрессоустойчивость) — навык медицинского работника и профессиональная компетенция.

## Признаки стрессоустойчивости в конфликтной ситуации:

1. Обладать способностью оценивать происходящее

2. Выбирать адекватную стратегию поведения

3. Уметь восстанавливаться и отдыхать

4. Продолжать эффективно работать

## Стрессоустойчивость можно развивать

Конструктивная критика и психологическая поддержка должны находиться в балансе. Это укрепляет психику и помогает справляться с трудностями и повышает стрессоустойчивость. Чрезмерное количество критики, обесценивание, обвинения ослабляют психологически и ведут к профессиональному выгоранию. Уважение коллег, благодарность, одобрение и похвала, эмоциональ-

ная поддержка помогают укреплять самооценку и уверенность.

## Как следить за балансом критики и поддержки?

1. Оцените свой уровень эмоционального напряжения от 0 до 10-ти баллов.

0 — полное расслабление, 10 — самое высокое напряжение, от 4 до 6 — это активное рабочее состояние.

2. Определите вашу актуальную потребность.

Нужна психологическая поддержка или стимул к работе?

3. Восстановите необходимый баланс.

Обычно, при рабочей нагрузке медицинской сестры, высокой ответственности в работе поддержки требуется больше, чем стимула. А попросить помощи для себя неудобно.

## Как правильно просить поддержку и помощь у коллег?

1. Сказать о своем состоянии. (Мне сейчас грустно, одиноко, нехорошо...)

2. Обратитесь с просьбой к коллеге, с которым у вас доброжелательные отношения (Скажи мне, что я особенно хорошо делаю в своей работе/ Скажи, пожалуйста, о моих самых хороших качествах). Если рядом никого не оказалось, то найдите, за что себя похвалить или поблагодарить. Будьте к себе добры и гуманны. Это хорошая практика для восстановления баланса. Каждый опыт восстановления эмоционального состояния развивает стрессоустойчивость.

3. Поблагодарите за помощь или участие коллег.

Если вы в ресурсном состоянии, то обратите внимание на коллег. Возможно, что кому-то из них нужна ваша помощь.

## Как правильно дать психологическую поддержку?

1. Подойдите ближе, дышите ровно.

# НЕТВОРКИНГ И МАСТЕРМАЙНД — инструменты для профессионального развития

**Нетворкинг** (от англ. *networking* — букв. «плетение сети») — это создание и развитие сети полезных знакомств, ваша инвестиция в будущее. Любой человек занимается нетворкингом в течение жизни: знакомится, общается, вступает в сообщества. Важно научиться извлекать пользу из этих процессов. Чем активнее ваше присутствие в профессиональном сообществе, тем больше пользы можно извлечь. Любой новый контакт обладает потенциалом для взаимовыгодного сотрудничества. «Речь идет о налаживании двусторонних, основанных на доверии рабочих отношений. И это может делать каждый. Вероятно, это самая мощная сила, помимо фактического опыта, которая может повлиять на вашу карьеру», — считает консультант в сфере лидерства Р. Грейбнер.

**Нетворкинг дает возможность постоянного доступа к экспертам.**

Если в вашей записной книжке есть контакты десятка специалистов из разных сфер, то они могут оперативно ответить на вопрос или посоветовать, к кому обратиться за помощью.

Нетворкинг позволяет повысить профессиональную мотивацию. Вы общаетесь с профессионалами, которые постоянно ищут новые решения привычных задач, пробуют инновационные подходы и запускают разные проекты. Учитесь на чужих ошибках и перенимайте лучшие практики.

**Нетворкинг** — это возможности для трудоустройства, так как по статистике около 85% вакансий закрывают через знакомства. Если вы хорошо делаете свою работу и с вами приятно иметь дело, вас обязательно позвонят, когда откроется подходящая позиция.

**Нетворкинг** — это неограниченное поле для потенциального партнерства. Других также могут заинтересовать ваша работа или идеи.

## КЛЮЧЕВОЙ ПРИНЦИП ПРАВИЛЬНОГО НЕТВОРКИНГА — РАССКАЗЫВАТЬ О СЕБЕ И УЗНАВАТЬ О ДРУГИХ

У некоторых людей получается обрести полезными знакомствами естественно: такие люди от рождения общительны и умеют располагать к себе окружающих. Но в современном мире нетворкинг — инструмент, доступный даже интровертам. Социолог Брайан Уцци считает, что по-настоящему сильные связи формируются не в светских беседах, а в ситуациях, когда вы с другими людьми вовлечены во что-то важное. Поэтому самый эффективный нетворкинг — тот, что связан с совместной работой.

## ПРАВИЛЬНЫЕ МЕСТА ДЛЯ ПРАВИЛЬНОГО НЕТВОРКИНГА

Хорошему нетворкингу способствуют образовательные программы и профессиональные соревнования, где

участники объединяются в группы. Многие практико-ориентированные мероприятия построены вокруг командной работы: например, кейс-чемпионаты (от англ. *case* и *championship* — «соревнование, в ходе которого команда ищет оптимальное решение предложенной ситуации») и хакатоны (от англ. «hack» и «marathon» — «соревнование, когда командам нужно в течение непродолжительного времени разработать конкретный продукт»).

Здесь можно познакомиться с интересными людьми, показать свои навыки в деле и посмотреть, на что способны другие. Одноразовое плодотворное взаимодействие легко перерастет в дальнейшее сотрудничество.

На отраслевых выставках, форумах и конференциях люди обмениваются опытом, делятся лучшими практиками и рассказывают о своих достижениях. Здесь вы сразу ориентируетесь, кто может оказаться полезен вам, а кого заинтересуете вы сами.

► 2. Спросите о том, что происходит (Могу я тебя спросить? / Как тебе сейчас? / Что с тобой?).

3. Выражайте сочувствие и понимание. Этого бывает достаточно, чтобы коллеге стало легче.

4. Похвалите поступки, действия или намерения (Ты сделала все верно в этой ситуации / Ты же не хотела, чтобы так получилось).

5. Предложите помощь (Что я могу сделать для тебя? / Пойдем немного пройдемся и подышим воздухом?).

### Как правильно критиковать?

1. Постарайтесь установить эмоциональный контакт.

2. Начните говорить о себе, о том, что чувствуете по поводу ситуации.

3. Скажите о том, что не нравится, беспокоит (говорите о поступках, действиях или бездействиях, но не оценивайте и не обвиняйте).

4. В завершении скажите о своих пожеланиях, требованиях и ответных действиях, если ситуация повторится.

5. Выполняйте свои обещания. В

этом случае ваши слова будут иметь вес в дальнейшем.

Если в коллективе поддерживается баланс критики и поддержки, то такая команда эффективно работает, справляется с трудностями, способна к самовосстановлению, а сотрудники получают удовлетворение от работы.

**Ирина СПИВАК, психолог,  
ведущая групп поддержки,  
эксперт в области  
профессиональной  
коммуникации, кандидат  
биологических наук**



Социальные сети, если правильно ими пользоваться, также будут работать на развитие связей. В Facebook можно напрямую написать нужным людям, а с помощью канала в Telegram или YouTube легко заинтересовать других связаться с вами. Специальные приложения вроде Random Coffee помогают найти близких по интересам людей. Программа-бот подбирает вам собеседника и предлагает организовать встречу один на один.

Любые сообщества и клубы: от спортивных, соседских и национальных до студенческих, научных и профессиональных, полезны. Участники объединяются в такие группы по определенным интересам или признакам, но это не значит, что у них не могут найтись и другие точки соприкосновения.

### ПРАВИЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ПРАВИЛЬНОГО НЕТВОРКИНГА

Старайтесь производить хорошее первое впечатление. Подумайте, как интересно представить себя парой предложений. Стоит отойти от сухих обобщенных формулировок, содержащих только должность и сферу деятельности. Лучше кратко описать, чем конкретно вы занимаетесь.

Сделайте качественные визитки: понятные с лаконичным дизайном, из которых сразу понятно, где и кем вы работаете и как с вами связаться. Чтобы сделать их еще удобнее, можно добавить QR-код, который при сканировании покажет ваши профили в соцсетях.

Грамотно заполните вашу страницу в соцсетях, новые знакомые непременно ее посмотрят. Добавьте в профиль качественное фото, информацию об образовании и опыте, вступите в тематические группы, связанные с вашей работой, покажите, что интересуетесь профессией. Делайте репосты интересных в вашей сфере публикаций, делитесь мнением по этому поводу, сами пишите экспертные посты.

Общайтесь. Большинству людей проще общаться один на один или в небольших группах. Поэтому лучше не приходите на мероприятия в компании с кем-то. Старайтесь появляться еще до начала события и задерживаться после его окончания. Так у вас будет возможность встретить больше людей, не занятых беседами.

Помните про банальные правила вежливости. Больше улыбайтесь, не переходите резко на «ты», делайте комплименты, обращайтесь к людям по имени, представляйте друг другу незнакомых и не перебивайте собеседников. Проявляйте искреннюю заинтересованность: задавайте больше открытых вопросов и просите поделиться мнением. Не отвлекайтесь на смартфон или посторонние вещи и старайтесь выслушивать новых знакомых до конца.

Укрепляйте связи. Заведите привычку оставлять «крючки» во время первого разговора и с их помощью напоминать о себе уже после встречи. Например, вы можете поделиться информацией из какого-то исследования или публикации, а на следующий день отправить ссылку на них и так завязать последующий диалог. Другой способ — сделать общее фото и после скинуть его в мессенджере.

Приглашайте на обед, кофе или совместную тренировку людей, с которыми обменялись контактами. Как пишет

Кейт Феррацци: «Никогда не ешьте в одиночку». В такие моменты мы более открыты к свободному общению и охотнее сближаемся.

Делитесь полезными ссылками, сервисами, новыми контактами, если они могут пригодиться вашим знакомым. Привозите им небольшие сувениры из путешествий, поздравляйте с праздниками, обменивайтесь книгами, рассказывайте о значимых событиях в своей жизни и старайтесь иногда проводить время вместе просто так, не обсуждая дела.

### ОШИБКИ, КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ

- Не пытайтесь с ходу продать свои идеи и не будьте излишне навязчивы. Это отпугивает людей и портит впечатление. Лучше больше спрашивайте и слушайте.

- Не просите о помощи на первых порах. Сначала вам нужно установить крепкие доверительные отношения.

- Не старайтесь казаться лучше, чем вы есть. Ложь рано или поздно вскроется, а репутация останется запятанной навсегда.

- Не вступайте в личные финансовые отношения с новыми знакомыми — не одалживайте деньги, не берите в долг и не становитесь гарантом.

- Не напоминайте об устных договоренностях дважды. Спросите, о чем условились в беседе, всего один раз. Если человек не выполнил обещание — простите его.

- Не участвуйте в сплетнях и интригах, не распространяйте ложную и порочащую информацию.

### МАСТЕРМАЙНД, или ОДНА ГОЛОВА ХОРОШО, А ПЯТЬ ЛУЧШЕ!

Впервые идею мастермайнда сформулировал в 1925 году Наполеон Хилл в своей книге «Закон успеха». Он писал: «Принцип мастермайнда состоит из сочетания и плодотворного взаимодействия двух и более умов в духе совершенной гармонии. Если мастермайнд-группа собирается для обсуждения какого-либо вопроса, идеи потоком хлынут в умы всех присутствующих!».

**Мастермайнд (mastermind в переводе с англ. — «вдохновитель», «выдающийся ум») — это групповой формат работы для достижения индивидуального успеха благодаря обмену опытом, совместной генерации идей и взаимоподдержке.**

Участники мастермайнд-группы формируют нечто вроде нейросети — динамической интеллектуальной системы, нацеленной на поиск оптимального решения. Подход совмещает в себе лучшие черты фасилитации, обучения действием, мозгового штурма, деловой игры и т.п. Это идеальный формат получения чужого опыта, гораздо более эффективный, чем теоретизированные курсы или чтение книг!

**Мастермайнд — это:**

- **новые ресурсы** — каждый участник уникален в своем опыте и связях. Вы можете найти в группе человека, чья компетенция идеально подходит для работы над вашим проектом. Напротив, ваш опыт и знания могут помочь другому члену группы. Работая сообща, можно достичь больших результатов;

- **различные точки зрения** — услышав различные

мнения коллег-участников, вы можете увидеть проблемы и нюансы, которые раньше были скрыты от вас. Даже если вы не согласны с оценкой коллег, это дает понимание новых подходов и возможностей в решении проблемы;

- **«свежий взгляд»** — очень часто, работая над проектом, мы заикливаемся на одном и том же, и тогда полезен взгляд других людей, которые помогут увидеть то, что остается вне нашего поля зрения; сила коллективного разума помогает решать задачи быстро и нестандартно;

- **нетворкинг** — присоединение к мастермайнд-группе расширяет ваши деловые связи в геометрической прогрессии;

- **«большой ум»** — вы можете думать шире и выходить за рамки своих границ, когда вас окружают удивительные люди, делающие уникальные вещи;

- **сокращение кривой роста** — вы достигаете персональных целей гораздо быстрее и наименее затратным путем;

- **взаимная поддержка** — вы больше не одиноки в борьбе за результат. Вы — часть сообщества и можете полагаться на других участников. Они нуждаются в вас так же, как и вы в них, и каждый может получить поддержку, несмотря на предыдущие неудачные попытки.

- **персональный план** — вы составляете пошаговый алгоритм действий и регулярно отслеживаете прогресс.

### ОРГАНИЗУЕМ МАСТЕРМАЙНД-ГРУППУ

Механизм работы мастермайнд-группы очень прост. Еженедельное, ежемесячное или даже ежедневное общение людей, мотивированных одной идеей, добровольно и с удовольствием раскрывающих свои секреты и опыт, практически всегда дает удивительные результаты! Развитие профессионала в группе происходит гораздо эффективнее, быстрее и комфортнее, чем один на один со своими страхами и неуверенностью.

Размер группы для мастермайнда — от 2 до 12 человек. Ее размер обычно напрямую зависит от масштабности проекта. Идеальный размер мастермайнд-группы — 4–6 человек.

**Состав группы должен соответствовать целям.** Следует отобрать людей с близкими задачами и схожими ценностями. Главное условие группы — не только получать, но и делиться, поэтому с тем человеком, кто не может принести ничего ценного, прощаются. Мастермайнд-группа должна быть разнообразна по составу. Хорошо, когда в нее входят представители разных профессий, религий, возраста, пола (если, конечно, иное не определяет специфическая цель группы).

**Запросы участников.** Участники обязательно должны сформулировать цели, к которым они стремятся.

**Формат и правила.** Лучше «на берегу» договориться о частоте и продолжительности встреч, онлайн- или офлайн-формате, правилах поведения в группе.

**Регулярность встреч.** Расписание встреч должно быть комфортным для всех участников, как и их длительность (не более 2-3-х часов). Идеальная продолжительность — 1 час. В зависимости от сложности целей встречи могут

проходить реже или чаще, в более или менее интенсивном режиме, который, опять же, должен устраивать всех участников. Кто-то думает, что чем чаще встречаться, тем успешнее будет результат. Это не всегда так. При частых встречах не все участники успевают внедрить предложенные идеи до следующей встречи. Это значит, что с таким подходом сложнее достигнуть максимальной эффективности. Порой встречи один раз в месяц могут стать эффективнее, чем еженедельные собрания. А иногда, наоборот, при редких встречах участники могут почувствовать себя отчужденными, поскольку теряют контакт с другими участниками группы.

**Доступность встреч.** Чем дальше выбранное место встречи от участников, тем больше вероятность их опозданий, а следовательно, и срывов собраний группы. Хорошо, когда до места сбора любой участник группы может без труда добраться в течение 30-60 минут. При живом общении достигается более качественный результат, поэтому лучше, когда виртуальное общение является исключением из правил.

**Продолжительность.** Оптимальная продолжительность встреч — это еще один ключ к успеху мастермайнд-группы. Ограничьте продолжительность встречи 2-3,5 часами, чтобы участники не уставали, но при этом уделялось равное время каждому. Не забывайте делать перерывы, хотя бы 5 минут каждый час или 10 минут каждые полтора часа. Заранее продумайте тайминг мероприятия, чтобы стараться держаться регламента и провести встречу максимально эффективно.

**Руководитель.** Мастермайнд-группа может работать и без ведущего, но такие группы существуют недолго, потому что велико искушение «спрыгнуть» с поезда — пропускать встречи, не следовать собственному плану, заниматься другими делами. Фасилитатор помогает группе сохранить энергию и двигаться к цели. Этот человек следит, чтобы каждый участник равноценно с другими участвовал в обсуждениях и получал не меньше пользы, чем остальные. Руководитель соблюдает регламент, фиксирует итоги встреч, создает продуктивную атмосферу, поддерживает мотивацию каждого участника. Это не обязательно должен быть профессиональный фасилитатор — попробовать взять на себя эту задачу может каждый.

**Равные условия.** Одно из важных условий работы группы — равное время и внимание для каждого участника. В многочисленных группах без секундомера не обойтись. Лидер с секундомером необходим для того, чтобы модерировать общение и не позволять никому из участников «перетягивать одеяло на себя».

**Отчетность.** В обсуждениях мастермайнд-групп рождаются очень ценные идеи, которые в результате приводят к достижению целей. Чтобы ничего не пропало, не растворилось в воздухе и не забылось, полезно вести протокол бесед или фиксировать важные мысли. Если встречи проходят онлайн, можно использовать диктофон или делать скриншоты чатов. Полезно также создать закрытое сообщество в соцсетях или мессенджерах, где участники смогут обмениваться мнениями и где будет появляться полезный контент.

## ЧТОБЫ НЕ ПУТАТЬСЯ

Наставничество, менторство и мастермайнд — что выбрать и как применять?

## менторство

**Ментор** умеет работать с командами и процессами. Его задача — расширить горизонт видения и изменить мышление и подход, а также сделать так, чтобы вы составили собственную стратегию и сделали меньше ошибок, используя его опыт.

## наставничество

**Наставник** — профессионал в определенной области. Его задача — научить самостоятельно выстраивать производственные процессы, развить необходимые компетенции. Он использует конкретные знания, готовые шаблоны

## мастермайнд

**Модератор мастермайнд-группы** владеет техниками коучинга. Его задача — создавать доверительную атмосферу, фокусировать участников на цели и вести к ней. Результатом будет проработанная задача и конкретные планы работ у каждого участника.

**Общее во всех 3-х направлениях:** важно выбрать человека, которому вы будете полностью доверять. Ваша работа будет плодотворной, если вы сможете открыться новому, будете слышать других и смело делать новые шаги.

**Приоритетность встреч.** Пока идет мастермайнд, остальные дела подождут. Например, участники выключают телефоны на время встречи.

**Полная конфиденциальность.** Следует договориться заранее, какой информацией и в какой форме можно делиться вне группы, а что остается только среди участников.

**Честность и открытость.** Участники готовы делиться своим опытом и знаниями, безоценочно принимать опыт других.

**Поддерживающая обратная связь.** Участники не критикуют без запроса, фокусируются на том, что можно еще сделать, а не на том, что сделано не так.

## СЦЕНАРИЙ МАСТЕРМАЙНД-ВСТРЕЧИ

Если вы собираетесь присоединиться к мастермайнд-группе или создать свою группу, ответьте на 3 вопроса и задавайте их себе и участникам каждый раз перед встречей: Над чем вы сейчас работаете? Чему вы уже научились? В чем вам нужна помощь?

● **Отчет.** На первой встрече участники рассказывают о своих целях и договариваются, какие задачи они выполнят к следующей встрече. Все следующие встречи начинаются с отчета — участники говорят о том, что получилось сделать из запланированного.

● **Высказывания каждого участника (по 15-20 минут).** Каждый из участников задает вопрос, который хочет обсудить, или просит об обратной связи.

● **Подведение итогов.** Участники выбирают цели на следующий этап и договариваются о новой встрече.

ИНТЕГРАЦИЯ МАСТЕРМАЙНДА  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС

**Первый вариант** используется, когда обучение предполагает формирование конкретного навыка или опыта. В таких программах лекционную часть чередуют с мастермайнд-встречами, на которых обучающиеся выносят свои индивидуальные запросы на обсуждение, делятся проблемами применения новых знаний, обмениваются опытом, кто как решил ту или иную задачу. При этом в группе может присутствовать куратор, который даст недостающие знания, если потребуются, или разъяснит какие-то моменты. Часто в таком сценарии применения мастермайнда темы встреч могут быть привязаны к домашним заданиям.

**Второй вариант** используется в дополнительном профессиональном образовании как продолжение курсов обучения, когда идет процесс внедрения полученных навыков в жизнь. Участники объединяются в группы и встречаются на протяжении 1-2 месяцев после обучения 1-2 раза в неделю. На каждую такую встречу участник выносит проблему, с которой он столкнулся при внедрении полученных знаний и умений, и получает опыт других участников группы, как они справились с похожей ситуацией.

**Преимущества применения мастермайнда в образовании:**

● **повышение процента усвоенной информации:** во время обучения мы усваиваем максимум 15-20% информации, при этом каждый берет свои 15-20%; за счет обмена опытом внедрения знаний каждый из участников мастермайнд-группы повышает свой личный процент усвоенных знаний;

● **внедрение знаний:** практическое применение знаний и умений всегда отличается от теории, а также мы часто сталкиваемся с сопротивлением сложившейся системы, которая совсем не хочет меняться. Благодаря поддерживающей среде мастермайнд-группы повышается процент обучающихся, успешно прошедших этап сопротивления изменениям, а значит и применяющих знания, умения и навыки на практике;

● **экономия ресурсов эксперта:** с помощью мастермайнда налаживается взаимодействие между обучающимися, следовательно, нет необходимости привлекать к мастермайнд-встречам эксперта, проводящего обучение.

Если вы хотите, чтобы вас окружали единомышленники, то это отличный повод, чтобы присоединиться к чьей-либо мастермайнд-группе или создать свою собственную. Это станет первым шагом на пути воплощения вашей мечты. Если вы решили присоединиться к группе, то, наверняка, легко найдете их в Интернете. Но, поверьте, есть много людей, которые, как и вы, находятся в поиске подходящей команды и будут рады присоединиться к группе, созданной именно вами. Мастермайнд-группа поможет реализовать ваши замыслы и укрепит веру в личный успех. Это в свою очередь даст вам энергию для достижения новых высоких целей!

**Инна ТАРАСОВА,**  
преподаватель высшей категории

# Особенности санитарно-эпидемиологического режима детских туберкулезных отделений в период пандемии COVID-19

Особенностью детского туберкулезного стационара является режим, предусматривающий комплекс не только лечебных, оздоровительных и санитарно-гигиенических, но и воспитательных мероприятий с учетом анатомо-физиологических и возрастных особенностей детского организма.

В зависимости от возраста ребенка выделяют палаты для недоношенных, новорожденных, детей грудного, младшего и старшего возраста.

Вместимость палат для детей до одного года (кроме новорожденных) во вновь проектируемых стационарах для лечения детей должна быть не более чем на 2 койки.

В отделении для детей до трех лет включительно должны быть организованы палаты для совместного круглосуточного пребывания матерей с детьми (или других лиц по уходу), фильтр для профилактического осмотра и переодевания проходящих родителей, а также помещения для их отдыха и приема пищи. Вместимость палат для детей без матерей

должна быть не более чем на 4 койки. Также необходимо предусматривать помещения для обучения и игровые комнаты.

При размещении детских кроватей в палатах необходимо соблюдать нормы площади на 1 койку (табл. 1).

Площади помещений могут быть уменьшены в пределах 15%.

Для пациентов с туберкулезом, вызванным возбудителем с множественной лекарственной устойчивостью, в туберкулезном стационаре должны быть предусмотрены боксированные палаты или отдельные палатные секции.

Вместимость палат для пациентов при сочетании ВИЧ и туберкулеза должна быть не более трех коек.

Температура воздуха в детских палатах должна быть в пределах 20-26°C, а в палатах новорожденных 23-27°C. Температура горячей воды в точках разбора детских палат, душевых, санузлов для пациентов не должна превышать 37°C.

Системы вентиляции необходимо оборудовать устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкой очистки на приток и на вытяжку, которые подлежат замене не реже 1 раза в полгода, если другое не предусмотрено инструкцией по эксплуатации. Кроме того, ежегодно должна проводиться очистка и дезинфекция систем вентиляции и кондиционирования дезинфицирующими средствами в туберкулоцидных концентрациях.

При отсутствии приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением должна быть оборудована естественная вентиляция с обязательным оснащением каждого бокса и боксированной палаты устройствами обеззараживания воздуха, обеспечивающими эффективность

инактивации микроорганизмов не менее чем на 95% на выходе. Для этих целей в помещениях используются бактерицидные облучатели закрытого типа, а для дезинфекции воздуха и поверхностей — бактерицидные облучатели открытого, комбинированного типа и импульсные установки типа «Альфа».

В период пандемии COVID-19 в детских отделениях туберкулезного профиля вводятся дополнительные меры.

Обеспечивается рассредоточение пациентов в отделении за счет соблюдения нормы площади в палатах не менее 8 кв. м на 1 койку и расстояния между кроватями не менее 1,5 метров.

С целью ограничения контактов между пациентами выполнение всех процедур и их кормление осуществляется в палатах.

Пациенты соблюдают масочный режим.

Запрещаются посещения пациентов родственниками.

Дневное пребывание матерей и других лиц по уходу за детьми в период пандемии COVID-19 недопустимо.

Принимаются меры по ограничению посещений стационарных медицинских организаций лицами, не имеющими отношения к получению или оказанию медицинской помощи, обеспечению деятельности медицинских организаций.

Игровые комнаты и учебные классы не используются.

Организуется дистанционная система обучения.

Отделение в полном объеме обеспечивается необходимыми средствами индивидуальной защиты, дезинфицирующими средствами, средствами уборки, мягким инвентарем.

Таблица 1

Нормы площади на 1 койку в детских отделениях туберкулезного профиля

№	Наименование помещений	Норма площади на 1 койку (кв.м.)
1.	Палаты на одну койку	
1.1	Для детей до 7 лет с круглосуточным пребыванием матерей	12
1.2	Для детей старше 7 лет с сопровождающим	14
2.	Палаты на две и более коек	
2.1	Для детей старше 7 лет без матерей	8
2.2	Для детей до 7 лет без матерей	7
2.3	Для детей до 7 лет с круглосуточным пребыванием матерей	10
2.4	Для детей до 7 лет с дневным пребыванием матерей	7
3.	Палаты интенсивной терапии на одну койку	18
4.	Палаты интенсивной терапии на две и более коек	13

В постоянном режиме осуществляется мониторинг состояния здоровья пациентов и сотрудников.

Медицинскому персоналу детских противотуберкулезных отделений запрещено посещение observationalного отделения стационара.

Персонал отделения при работе с пациентами использует защитную одежду: медицинский халат (одноразовый/многократный), респиратор класса защиты FFP2 и FFP3, шапочку, медицинские перчатки (при контакте с биологическими жидкостями, при выполнении манипуляций и др.), сменную обувь с закрытым носом, выполненную из материалов, допускающих проведение ежедневной дезинфекции.

Охват сотрудников вакцинацией против новой коронавирусной инфекции COVID-19 в детских туберкулезных отделениях должен составлять не менее 95%.

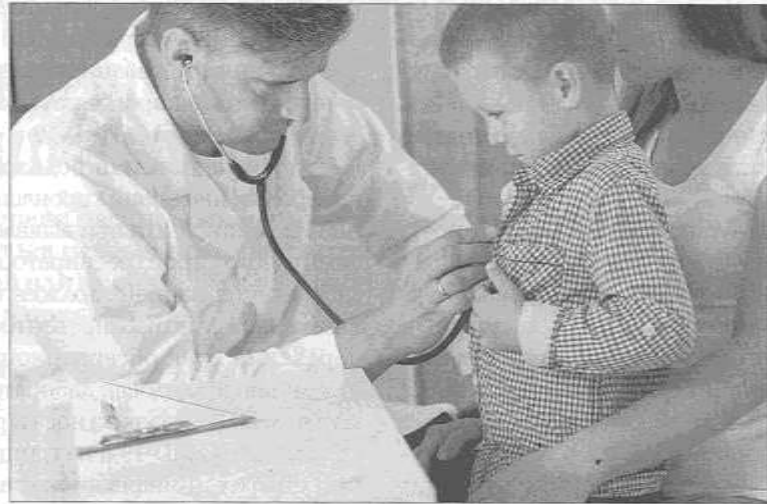
Персонал ежемесячно обследуется на COVID-19 методом ПЦР (мазки из носо- и ротоглотки) в случае отсутствия защитных титров IgG. При наличии защитных титров обследование не проводится, за исключением случаев возвращения из отпуска и командировки.

Сотрудники отделений находятся под постоянным медицинским наблюдением, проводится ежедневная двукратная термометрия. Лица с повышенной температурой тела, признаками ОРВИ и другими клиническими проявлениями коронавирусной инфекции до работы не допускаются.

#### **Дезинфекционные мероприятия в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19**

Одним из направлений неспецифической профилактики новой коронавирусной инфекции COVID-19 являются дезинфекционные мероприятия.

Сложность осуществления дезинфекционных мероприятий при туберкулезе обусловлена высокой устойчивостью возбудителя к воздействию физических и химических агентов, длительным его выживанием на объектах внешней среды,



многообразием путей передачи инфекции.

При выборе дезинфицирующего средства для работы в противотуберкулезных детских учреждениях в период пандемии COVID-19 необходимый эффект может быть достигнут при соблюдении следующих требований:

- В медицинских организациях необходимо применять только средства, зарегистрированные в установленном порядке.

- Все используемые дезинфицирующие средства должны быть протестированы на *Mycobacterium terrae*, о чем должно быть указано в инструкции к их применению.

- Для текущей дезинфекции не допускается применение дезинфицирующих средств I-III класса опасности при ингаляционном пути поступления в концентрациях, превышающих гигиенические нормативы.

- Запрещается обеззараживание поверхностей методом орошения в присутствии пациентов. А при способе протирания в присутствии пациентов и персонала запрещается применять средства, обладающие раздражающим действием и вызывающие аллергические реакции.

- Заключительную дезинфекцию необходимо проводить в отсутствие пациентов при соблюдении персоналом мер предосторожности с использованием средств индивидуальной защиты.

- Централизованное приготовление дезинфицирующих растворов, их хранение, обеззараживание бе-

лья, медицинских изделий и других объектов необходимо проводить в специально выделенных и оборудованных помещениях.

- Не допускается применение дезинфицирующих средств, обладающих только статическим действием, а также применение для обеззараживания изделий медицинского назначения дезинфицирующих средств, не обладающих вирулицидным действием.

- Запрещается использование при обработке клеветов хлорактивных препаратов, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.

- Эффективными концентрациями спиртов в кожных антисептиках, используемых для гигиенической и хирургической обработки рук, а также при обработке небольших по площади поверхностей, следует считать (по массе): изопропиловый спирт — не менее 60%, этиловый спирт — не менее 70%.

- С целью предупреждения формирования резистентности к дезинфицирующим средствам у возбудителей туберкулеза необходимо четко следовать рекомендациям по применению дезинфицирующих средств в части соблюдения концентрации, экспозиции, температуры, не применять растворы в заниженных концентрациях, не использовать рабочие растворы без контроля соблюдения концентрации индикаторами оперативного определения. Необходимо использовать рабочие растворы дезинфицирующих средств не более одной рабочей смены, использовать

дезинфицирующие средства из разных химических групп, отличающихся механизмом действия, и их чередовать.

- Не рекомендуется длительно хранить дезинфицирующие средства.

- В группе катионных поверхностно-активных веществ четвертичные аммониевые соединения и полимерные и мономерные производные гуанидина и их композиции не должны рассматриваться как препараты выбора для работы в туберкулезных учреждениях и в очагах туберкулеза, особенно в период пандемии COVID-19, поскольку они не обладают туберкулоцидной активностью.

- Из группы катионных поверхностно-активных веществ туберкулоцидной активностью обладают только третичные амины, и, следовательно, они могут быть рекомендованы для текущей дезинфекции поверхностей, санитарно-технического оборудования, посуды, белья, изделий медицинского назначения в детских туберкулезных стационарах.

- Для проведения заключительной дезинфекции в период пандемии COVID-19 в качестве дезинфектантов рекомендуется использовать средства, обладающие туберкулоцидной активностью и активные в отношении новой коронавирусной инфекции: хлорсодержащие и кислородсодержащие соединения:

- При проведении заключительной дезинфекции для обработки поверхностей в помещениях необходимо применять способ орошения или аэрозольный метод. Мягкий инвентарь, постельное белье следует подвергать камерной дезинфекции, вентиляционные системы — обрабатывать аэрозольным или «дымовым» способом. Для дезинфекции воздуха в отсутствие людей необходимо использовать открытые ультрафиолетовые облучатели, аэрозоли дезинфицирующих средств и импульсные установки типа «Альфа».

В медицинских организациях должен быть создан не менее чем месячный запас дезинфицирующих средств различного химического состава и назначения в соответствии с расчетной потребностью.

### **Карантинные мероприятия в детских туберкулезных отделениях при возникновении очага новой коронавирусной инфекции COVID-19**

При возникновении подозрения на заболевание новой коронавирусной инфекцией или при выявлении симптомов острого респираторного заболевания пациент должен быть незамедлительно изолирован в мельцеровский бокс обсервационного отделения, обследован лабораторно методом ПЦР (мазок из носа и ротоглотки) на COVID-19 и на грипп, осмотрен врачом-инфекционистом и, при подтверждении диагноза гриппа или COVID-19, инфекционной бригадой скорой медицинской помощи госпитализирован в профильный инфекционный стационар.

Отделение, в котором находился пациент, переводится на режим работы «по типу обсерватора». Приостанавливают прием новых пациентов сроком на 14 дней. При выявлении новых случаев заболевания ограничительные мероприятия продлевают на 14 дней с момента изоляции заболевшего.

Определяют круг контактных лиц среди сотрудников и пациентов. Контактных 1 категории переводят в обсервационное отделение. За контактными 2 категории устанавливают медицинское наблюдение сроком на 14 дней с ежедневной термометрией два раза в день. Незамедлительно проводят лабораторное обследование контактных лиц при появлении первых клинических симптомов заболевания, сходного с COVID-19.

На период ограничительных мероприятий персонал отделения не допускают до работы в других отделениях. Исключают маршрутизацию контактных пациентов в другие отделения. Заклеивают вентиляционные отверстия, отключают вентиляцию. Обеспечивают соблюдение строгого противоэпидемического режима во всех помещениях отделения. Текущую дезинфекцию проводят силами персонала отделения каждые два часа с применением дезинфицирующих средств, использованием ультрафиолетовых бактерицидных облучателей, установок «Альфа» и соблюдением режима проветрива-

ния. Организуют проведение заключительной дезинфекции отделения силами городского центра дезинфекции. Обеспечивают постоянное ношение одноразовых медицинских масок пациентами и работу всех сотрудников в средствах индивидуальной защиты органов дыхания — респираторах. Создают в отделении достаточный запас средств индивидуальной защиты, предназначенных для работы с микроорганизмами 2 группы патогенности. Продолжают проводить ежедневный входной контроль за персоналом с проведением термометрии два раза в день. Лица с повышением температуры и признаками острого респираторного заболевания до работы не допускают. Обеспечивают питание пациентов с использованием ланч-боксов, питьевой режим — с использованием бутилированной воды в индивидуальных упаковках. Обеззараженные медицинские отходы утилизируют в соответствии с требованиями биологической безопасности как отходы класса В.

В результате проведенной работы для снижения риска необоснованного заноса и распространения инфекций в детских противотуберкулезных стационарах в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 нами был определен комплекс организационных и противоэпидемических мероприятий:

1. Госпитализация больных туберкулезом должна быть обосновано ограничена. С целью предварительного наблюдения (до 2-3 дней) все вновь поступающие пациенты должны находиться в обсервационном отделении до получения лабораторного подтверждения их эпидемиологической безопасности.

2. Перевод пациентов из обсервационного в детское противотуберкулезное отделение возможен только после получения отрицательных результатов мазка из носа- и ротоглотки методом ПЦР на SARS-CoV-2. При выявлении случая инфицирования больной переводится в инфекционный стационар.

3. Наиболее эффективными средствами выявления инфицированных больных следует считать сочетание

## ОСОБЕННОСТИ НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ В НАШИ ДНИ

Химические зависимости имеют, вопреки официальной статистике, высокую распространенность среди несовершеннолетних. В 48% случаев первый прием наркотиков происходит до достижения совершеннолетия. В настоящее время с той или иной частотой потребляют наркотические средства 13,1% детей, подростков и молодежи во всем мире.

Для начала употребления наркотических веществ самыми опасными периодами являются ранний (12-14) и поздний (14-17) подростковый возраст, а впоследствии уровень употребления достигает пика между 18-25 годами. До начала пандемии COVID-19 в этой группе наиболее распространено было употребление каннабиоидов, однако с сокращением объема контрабандного ввоза гашиша все большую популярность приобретают синтетические наркотики, так называемые «соли», «травяной максимум», или синтетические катиноны, аналоги растительного алкалоида катина, клинически сходные с препаратами амфетаминовой группы.

«Соли» («соли для ванн») — кустарным или фабричным способом синтезированные кристаллические химические соединения на основе мефедрона, метилона или метилендиоксипиروвалерона (MDPV) — представляют собой кристаллы или крупнодисперсный порошок различного цвета, чаще светлого, обычно расфасованные в небольшие полиэтиленовые пакетики. Такие соединения имеют большой период полувыведения, в крови и моче сохраняются в течение 7-14 дней, в волосах и ногтях — до 6 месяцев.

В период 2012-2014 году на рынке наркотических средств появились синтетические стимуляторы



амфетаминового ряда, а с 2015 года увеличилось количество синтетических ПАВ, не принадлежащих ни к одной основной группе, так называемые «дизайнерские» наркотики. Отмечается реструктуризация теневого наркорынка с увеличением доли «синтетики» на 68,5%, но растительные наркотики (каннабис) пока все же преобладают, хоть их доля снизилась на 18,7%. Высокая распространенность каннабиоидов объясняется наличием национального сырья.

Большинство зависимых использует синтетические катиноны методом курения (74,8%), 4,5% принимают инъекционные наркотики. Увеличиваются

мониторинга за состоянием здоровья пациентов, тщательный сбор эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторных исследований (ПЦР).

4. Наиболее эффективными мерами противоэпидемической защиты следует считать дистанцирование, ограничение перемещений пациентов внутри отделения и за его пределы, своевременную изоляцию заболевших, постоянный мониторинг за состоянием здоровья сотрудников и пациентов, контроль использования средств индивидуальной защиты, запрещение посещений родственниками, усиленный дезинфекционный режим и охват вакцинацией не менее 95% общей численности работников медицинской организации.

Таким образом, система проти-

воэпидемических мероприятий в детском противотуберкулезном стационаре представляет собой сочетание взаимосвязанных правил при госпитализации, в ходе лечения и при выписке пациентов, в ходе выполнения которых можно существенно снизить риск как заноса, так распространения инфекционных заболеваний среди не только пациентов, но и медицинского персонала.

Несмотря на имеющиеся особенности функционирования детского противотуберкулезного стационара, общие принципы инфекционного контроля и противоэпидемической защиты имеют схожие черты с аналогичными мероприятиями в детских учреждениях соматического и инфекционного профиля, в ряде случаев меры могут дополнять друг

друга и тем самым повышать эффективность профилактической работы.

Меры защиты пациентов и персонала, в том числе и в периоде пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, должны постоянно совершенствоваться и развиваться. Только непрерывно совершенствующаяся система противоэпидемических мероприятий позволяет повысить качество оказания медицинской помощи и создать безопасные условия для пребывания детей в туберкулезных стационарах в период пандемии.

**Е.Л. ХРИСТОФОРОВА,**  
врач-эпидемиолог отдела  
эпидемиологии ГБУЗ  
«Московский научно-  
практический центр борьбы  
с туберкулезом ДЗМ»

масштабы производства синтетических ПАВ на территории Российской Федерации и распространение их в сети Интернет. Согласно данным Роскомнадзора, нарконтент обнаружен в 16,9 тыс. материалов социальных сетей, в основном — в «ВКонтакте», «Twitter», «Instagram» и видеохостинге «YouTube». Основной электронной торговой площадкой являются «Hydra» и «LegalRC», торговля активно ведется и в мессенджерах «Telegram», «WhatsApp».

По всему миру пользователи каннабиоидов и синтетических наркотиков реже обращаются за медицинской помощью, чем опиумные наркоманы, поэтому истинные данные об их количестве трудно получить. Число лиц, зарегистрированных государственной наркологической службой в 2020 году, сократилось на 5% по сравнению с 2019 годом; в местах лишения свободы число наркозависимых снизилось на 14,7%, причем только на 0,2% снизилось число отравлений наркотическими веществами. Из них на 22,5% увеличилось число отравлений неуточненными наркотиками, что составило 5188 случаев, это каждое пятое отравление. В то же время снизилось число отравлений курительными смесями (синтетические каннабиоиды или «спайсы») на 27,6%.

Подобная картина формируется среди детей и подростков. Снизилось на 14,4% число несовершеннолетних, состоящих на государственном наркологическом учете, 90,4% по поводу пагубного употребления с вредными последствиями и 9,6% — с наркоманией. Уменьшилась их доля в местах лишения свободы (33%), большинство (76,4%) страдали наркоманией, но доля лиц с менее выраженным аддиктивным поведением имеет тенденцию к увеличению. Всего 88% условно осужденных несовершеннолетних проходят принудительное наркологическое лечение. В ходе первичных медицинских осмотров прием наркотиков выявлен у 425 несовершеннолетних школьников и студентов, но 33901 обучающийся такого осмотра не проходил в связи с отказом законных представителей.

Всего в 2020 году зарегистрирован 431 случай отравлений несовершеннолетних наркотическими веществами, что на 61 случай меньше, чем в 2019 году. Общая смертность от передозировки наркотиков в 2020 году увеличилась на 16,1% по сравнению с 2019 годом, хотя общее число отравлений несколько снизилось. Объясняется это применением синтетических наркотиков, более сложных для оказания urgentной токсикологической помощи.

В 2020 году увеличилось количество преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков (на 42,5%), число мест их изготовления (на 29,6%), нарколабораторий (на 23,1%), в том числе расположенных на дому или в подсобных помещениях. Из синтетических наркотиков чаще встречались N-метилэфедрон, мефедрон и их производные.

В 2020 году в России 70142 человека были осуждены за наркопреступления, их доля от числа общеуголовных преступлений составила 13,2%. Доля осуж-

денных несовершеннолетних составила 1,9%, что на 8,6% меньше, чем в 2019 году; на 7,1% снизилось число детей и подростков, совершивших преступления в состоянии наркотического опьянения; на 7,6% снизилось количество административных правонарушителей несовершеннолетних в сфере оборота наркотиков. Наркопотребление среди несовершеннолетних особенно распространено в крупных городах. В 2020 году в Москве 13% впервые приняли наркотик в возрасте от 12 до 15 лет и 7% — младше 12 лет. В Санкт-Петербурге на диспансерном наблюдении в 2020 году состояло всего 450 несовершеннолетних, при этом распространенность употребления синтетических наркотиков увеличилась на 1,433 на 100000 человек.

В период с января 2020 по август 2021 проводился опрос несовершеннолетних в возрасте 13-18 лет в двух группах: основной и контрольной на базе Центра временного содержания несовершеннолетних правонарушителей (ЦВСНП) ГУ МВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области. В основную группу вошли подростки, помещенные в ЦВСНП по решению суда, а в контрольную — лица того же возраста, не имевшие опыта пребывания в ЦВСНП. Среди несовершеннолетних, находящихся в ЦВСНП, преобладали юноши (71,4%), в контрольной группе респонденты распределились по полу примерно в равных долях (51,7% мужчины и 48,3% женщины).

Среди несовершеннолетних правонарушителей под диспансерным психиатрическим наблюдением состоят 22,2%, на диспансерном учете нарколога — 14,8%. В контрольной группе таких респондентов не было. В основной группе 51,8% принимают алкоголь, причем 14,8% — чаще одного раза в месяц; 14,8% периодически принимают психоактивных наркотических вещества, причем 3,7% — чаще раза в месяц; столько же использует токсические летучие вещества. В контрольной группе алкоголь принимают 27,5%, 3,4% — чаще одного раза в месяц; наркотические ПАВ используют иногда 6,9%, употребление летучих токсических веществ отрицают 100% опрошенных. В общей структуре госпитализаций несовершеннолетних, содержащихся в ЦВСНП, по 3,7% занимают вызовы СМП по поводу делирия, ингаляционного токсического отравления и абстинентного синдрома, 11,2% в состоянии наркотического опьянения предпринимали суицидальные попытки, 15% занимали острые психозы.

Однако, по нашим наблюдениям, в последние годы клиническая картина пагубного употребления наркотических ПАВ изменилась. В период 2004-2015 годы среди несовершеннолетних наркозависимых, помещенных в ЦВСНП, преобладали лица, зависимые от опийных препаратов, в частности, героина. Они часто использовали опийсодержащие и, соответственно, менее дорогие смеси, например, дезоморфин. Многие употребляли препараты каннабиса: анашу и гашиш. Начиная с 2020 года среди наркозависимых несовершеннолетних значительно увеличилась доля употребляющих так называемые



«соли». Для несовершеннолетних с девиантным поведением характерно раннее начало наркопотребления, с 8 до 11 лет, независимо от вещества первого приема. Наркоманы, зависимые от ПАВ опиатной группы, обычно начинали наркопотребление с курения каннабиоидов, постепенно переходя на более «тяжелые» наркотики. Современные «солевые» наркозависимые выбирают веществом дебюта именно синтетические психостимуляторы («соли»), не расширяя в дальнейшем репертуар употребления

Лица, использующие инъекционные наркотики, переносят «классический» абстинентный синдром, длящийся в течение 24-48 часов. В состоянии абстиненции такие дети и подростки были агрессивны, психомоторное возбуждение сменялось сонливостью, а после выхода из абстинентного синдрома физиологической потребности в приеме героина не было в среднем в течение 30 суток. Химическим опиатным аддикциям сопутствовали инфекции с гематогенным путем передачи (гепатиты В, С, ВИЧ). Отмечалось ухудшение трофики покровных тканей: гнойничковые поражения, язвы, длительно незаживающие ссадины.

Наркозависимые, употребляющие синтетические ингаляционные психостимуляторы на основе катинонов, гемоконтактных инфекций обычно не имеют; прием «солей» сопровождается ожогами верхних дыхательных путей и выраженными расстройствами центральной нервной системы, быстрым распадом еще не сформировавшейся личности. Физиологическое и особенно психологическое пристрастие формируется после первого-второго приема и не купируется длительным (30-45 суток) периодом вынужденного воздержания от приема наркотика.

В отличие от лиц, зависимых от героина и иных опийных препаратов, подростки, употребляющие синтетические психостимуляторы на основе катинонов, при улучшении физического состояния с огромной выраженностью испытывают психологическую тягу к приему наркотика, сохраняющуюся длительно и не ослабевающую с течением времени. Они предпринимают попытки к бегству, пытаются любыми путями получить этот наркотик, и даже через 30 дней все их мысли и устремления сконцентрированы на нем.

Симптомы наркотического опьянения синтетическими психостимуляторами-аналогами катинонов:

- Эйфория
- Повышение концентрации внимания
- Повышенная эмпатия
- Многоречивость, патологическая общительность
- Психомоторное возбуждение, включающее целенаправленную и нецеленаправленную двигательную активность, агитацию
- Повышение либидо
- Тризм жевательной мускулатуры
- Отсутствие аппетита
- Гипертермия
- Гипергидроз



- Миоклонии
- Тахикардия, увеличение ударного объема сердца
- Артериальная гипертензия
- Эпизоды галлюцинаций (иногда)
- Параноидные идеи (иногда)
- Тошнота, рвота (иногда)

Клиническая картина «солевой» наркомании включает:

- Психастению, раздражительность
- Параноидный синдром (в ряде случаев)
- Галлюцинаторный синдром (в ряде случаев)
- Плаксивость, эмоциональную лабильность
- Патологическую жестокость
- Нарушения концентрации внимания
- Снижение памяти
- Нарушения сна, от бессонницы при приеме наркотика до патологической сонливости при отмене
- Негативные психические симптомы (когнитивные, мнестические, эмоциональные и волевые дефициты)
- Снижение способности к обучению
- Аменорею уже после 1-2 приемов ПАВ
- Отеки
- Заложенность носа
- Ожоги верхних дыхательных путей
- Рабдомиолиз (иногда).
- Компартмент-синдром (некроз фасциальных футляров) (иногда)

Психомоторное возбуждение, иногда сопровождающееся идеями преследования, сменяется периодами астении, сонливости, безразличия; периоды анорексии патологической прожорливостью, неконтролируемо повышенным аппетитом. За неделю вес такого ребенка способен увеличиться на 15-20 кг.

Вопреки известному мнению, мы не наблюдаем трофических нарушений кожного покрова, исключая отдельные прыщи или гнойнички, обычно при приеме «солей» с красителями и синтетическими наполнителями, введенными для увеличения веса (например, бензокаина, лидокаина, кофеина, парацетамола и даже стирального порошка). Достаточно быстро формируются пиелонефриты и гломеруло-нефриты, что связано, в том числе, с длительным периодом выведения препарата через почки.

«Соли» для детей и подростков более доступны, цена их составляет в среднем 1600-2000 руб. за 0,5 грамм. Патологическое пристрастие развивается так быстро, что в дальнейшем мы видим огромную армию «солевых» наркоманий

### ЧТО ДЕЛАТЬ?

#### Первая и неотложная помощь

При подозрении на развитие наркотического опьянения или абстинентного синдрома на фоне приема синтетических психостимуляторов необходимо организовать постоянное наблюдение за ребенком до осмотра его врачом-наркологом.

При появлении клинических признаков наркотического делирия, психоза, параноидных идей, галлюцинаций необходимо вызвать специализированную бригаду СМП.

Также поводом для неотложной госпитализации служат гемодинамические нарушения, высокая лихорадка, рабдомиолиз (повреждение скелетных мышц, сопровождающееся мышечными болями, миастенией, интоксикацией, острой почечной недостаточностью). В Санкт-Петербурге традиционно такие дети госпитализируются в ГБУЗ ДГБ №5 им. Филатова.

Если жизненно важные функции не нарушены, физиологические проявления абстинентного синдрома скудны или отсутствуют, пациента можно оставить под наблюдением медицинского работника. В период длительного сна необходимо контролировать основные витальные функции. Обычно сонливость сохраняется в течение 2-3 суток.

#### Первичная профилактика

Необходимо увеличить информированность детей и подростков, начиная с младшей школы, о негативных и жизнеугрожающих последствиях приема синтетических психостимуляторов, делая это максимально доступно и наглядно.

Следует информировать родителей, педагогов, воспитателей, медицинских работников педиатрической сети о симптомах и последствиях приема «солевых» наркотиков.

Расширить меры по нравственному и этическому воспитанию детей и подростков, в том числе в образовательных организациях.

Усилить ответственность за распространение наркотических веществ и их прекурсоров, из которых

могут изготавливаться «дизайнерские» наркотики.

Проводить политику поддержки института семьи, проводить профилактическую работу с семьями, поддерживать ответственность родителей за воспитание детей.

Иметь реально действующие механизмы оказания ребенку психологической и социальной помощи в субъективно трудных для него жизненных ситуациях

По нашим наблюдениям, большинство детей и подростков, употребляющих наркотики, фактически не нужны в своих семьях. Родители к ним равнодушны, не занимаются сохранением их здоровья, а зачастую отказываются принимать ребенка обратно в семью по завершении срока пребывания в Центре временного содержания несовершеннолетних правонарушителей. Не имея адекватной поддержки в семье и школе, ребенок бежит от проблем, решить которые он не в силах, с помощью наркотиков.

#### Вторичная профилактика

Если несовершеннолетний вовлечен в процесс распространения наркотиков, мерой пресечения, как правило, избирается помещение его в специальные учебно-воспитательные учреждения открытого и закрытого типа (спецшкола, спецПТУ). Это позволяет дистанцировать ребенка от патологической среды, стимулирующей наркопотребление.

По завершении срока пребывания в ЦВСНП наркозависимый несовершеннолетний должен пройти длительный курс медицинской, психологической и социальной реабилитации, включающей медикаментозную наркологическую и общетерапевтическую помощь, психиатрическое освидетельствование и лечение, физиотерапевтические методы, ОФК, психотерапию. В настоящее время краткосрочная реабилитация в условиях ЦВСНП сводится к мерам психологического и социального характера, что недостаточно для этой группы детей и подростков. Наркологическая, психиатрическая и психотерапевтическая помощь, в том числе курс семейной психотерапии, должны оказываться в принудительном порядке, чтобы избежать систематически встречающихся отказов от лечения со стороны законных представителей несовершеннолетних.

**О.В. КАРПАТЕНКОВА, заведующая медчастью  
Центра временного содержания  
несовершеннолетних нарушителей  
ГУ МВД по СПб и ЛО**

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 0505 Тираж 25000 Цена договорная



## ЖУРНАЛ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

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

Издание уже более 25 лет помогает своим читателям – практикующим медсестрам, медсестрам-руководителям, преподавателям и студентам – повышать уровень профессиональных знаний и навыков.

● С 1 сентября в любом почтовом отделении России и на сайте [www.podpiska.pochta.ru](http://www.podpiska.pochta.ru) проходит подписная кампания на 1-е полугодие 2022 года и на весь 2022 год по индексам: ПИ- 593 для частных лиц, ПО-538 для организаций, ПО-513 для частных лиц на год, ПО-539 для организаций на год.

● Оформить подписку можно и в редакции. Если вы оформляете подписку на 1-е полугодие 2022г. – 940 руб. (для частных лиц) или 2060 руб. (для организаций). На весь 2022 год для частных лиц – 1840 руб., для организаций 4080 руб.

## ЖУРНАЛ «СТАРШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА»

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

● С 1 сентября в любом почтовом отделении России и на сайте [www.podpiska.pochta.ru](http://www.podpiska.pochta.ru) можно оформить подписку на 1-е полугодие 2022 года. Индексы: ПО-537 для частных лиц, ПИ-594 для организаций.

● Оформить подписку на «Старшую» можно и через редакцию. Для этого, если вы оформляете подписку на 1-е полугодие 2022 г. отправьте 960 руб. (для частных лиц) или 1860 руб. (для организаций) на наши реквизиты из любого отделения Сбербанка с указанием своего полного адреса и ФИО.

На весь 2022 год для частных лиц – 1920 руб., для организаций 3720 руб.



### Реквизиты для подписки в редакции:

Получатель платежа – ООО «Современное сестринское дело».

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

БИК 044525311 ИНН 7715760845 КПП 771501001

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

# ЕСЛИ ЗАБОЛЕЛ КТО-ТО ИЗ БЛИЗКИХ



Пандемия COVID-19 продолжается,  
но жизнь не останавливается.

**Советы о том, как  
обезопасить себя от  
заражения.**

## 1 ИЗОЛИРУЙТЕ БОЛЬНОГО

Приготовьте отдельную комнату или помещение и соблюдайте дистанцию с окружающими.



Комнату следует регулярно проветривать и часто открывать окна.



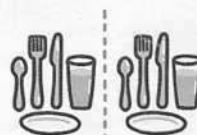
## 2 СНИЗИТЬ РИСК КОНТАКТА С ВИРУСОМ

Решите, кто из членов семьи будет контактировать с больным. Выберите того, кто подвержен наименьшему риску и имеет меньше всего контактов за пределами семейного круга.



При нахождении в одном помещении с больным носите медицинскую маску.

Выделите больному отдельные тарелки, чашки, столовые приборы и постельное белье.



Регулярно мойте и дезинфицируйте поверхности, к которым вы часто прикасаетесь.



## 3 УХОД ЗА БОЛЬНЫМ

Регулярно наблюдайте за симптомами больного.

Уделяйте этому особое внимание, если больной в группе риска развития тяжелой формы болезни.

Следите за тем, чтобы больной не переутомлялся и пил много жидкости.



Немедленно позвоните врачу, если у больного появился хотя бы один из следующих тревожных признаков:

- Затрудненное дыхание
- Спутанность сознания
- Утрата речи или подвижности
- Боль в груди

## ! ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ




ПОМНИТЕ,

ЭТО НУЖНО ДЛЯ ВАШЕЙ  
БЕЗОПАСНОСТИ



ЗНАЙТЕ О РИСКЕ.  
СНИЖАЙТЕ РИСК.

 Всемирная организация  
здравоохранения