

Специалист здравоохранения

Научно-практический журнал

№ 1, 2013

Санкт-Петербург
2013

№ 1, июль 2013

**СПЕЦИАЛИСТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**
Научно-практический журнал

Редакционный совет

Петрова Н.Г., д.м.н., профессор
Зав. кафедрой сестринского дела СПб ГМУ
им. И.П.Павлова

Лаптева Е.С., к.м.н., доцент
Зав. кафедрой сестринского дела с
клинической практикой СЗ ГМУ им.
Мечникова

Петрова А.И., к.м.н., доцент
Зав. учебной частью кафедры сестринского
дела с клинической практикой СЗ ГМУ им.
Мечникова

Редакция

Цуцунава М.Р., BSc, MS
Ассистент кафедры сестринского дела СЗ ГМУ
им. Мечникова

Полюкова М.В.
Ассистент кафедры сестринского дела СПб ГМУ
им. И.П.Павлова

Алешева Н.В.
Зав. лабораторией кафедры сестринского дела с
клинической практикой СЗ ГМУ им. Мечникова

Адрес редакции:

195067, Санкт-Петербург, пр. Пискаревский
д.47, кафедра сестринского дела с клинической
практикой (павильон 6)

**Журнал зарегистрирован Управлением
Федеральной службы по надзору в сфере
связи, информационных технологий
и массовых коммуникаций по Северо-
Западному федеральному округу
ПИ № ТУ78-01371**

Учредитель:

АНО «Независимое информационное
агентство «НИАГара»

Генеральный спонсор выпуска:

ООО «ЭсСиЭй Хайджин Продактс Раша»

**Стоимость подписки
на 5 номеров
(август-декабрь):**

Комплект № 1 (5 штук): 2400 руб.
комплект № 2 (10 штук): 4800 руб
комплект № 3 (20 штук): 9600 руб.

С организациями заключается договор,
по окончании выполнения обязательств
подписывается акт.

Способ доставки:

Комитет по здравоохранению СПб,
райздравы.
Заявки* принимаются по факсу: 543 13 63
или по электронной почте:
mediteka21@mediteka.ru

**Приглашаем авторов
к сотрудничеству**

О правилах оформления статьей – на стр. 34

На 1 стр. обложки:

Авдеева Ирина Николаевна, операционная сестра
ФГБУ НИИ им. Д.О.Отта СЗО РАМН, стаж –
18 лет, высшая квалификационная категория по
специальности “Операционное дело”.

СОДЕРЖАНИЕ

Факты. Цифры. Решения.

- Сестринское обслуживание значимо как самостоятельная отрасль медицины
– считают специалисты..... 5
- Дмитрий Медведев поставил задачу изменить существующее в стране
соотношение количества врачей и среднего медперсонала 6

Новости здравоохранения

- Позиция Минздрава России: закрывать неэффективные лечебные учреждения,
неспособные обеспечить необходимый уровень оказания медицинской помощи..... 7

Обсуждение

- На середине пути первого этапа реализации
Программы развития сестринского дела 9
- Оплата труда руководителей, специалистов и служащих государственных
учреждений, финансируемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга 12

Обучение: СПО, ДПО, ВПО

- Роль кафедры сестринского дела в подготовке сестринского персонала 14
- Об опыте обучения медицинских сестер в США 16
- Стимулируя инициативу, формируя творческое отношение к профессии 16

Опыт практика

- Одноразовая медицинская одежда и белье - быстрое и простое решение.....21

В помощь практику

- Нормативные акты – в вопросах и ответах27

Интернатура

- Профилактика осложнений гипертонической болезни: роль медицинской сестры30

Разминка для интеллекта

- Тесты33

Уважаемые коллеги!

Мы рады приветствовать вас со страниц журнала, выпуск которого возобновлен совместными усилиями представителей кафедры сестринского дела СПб ГМУ им. И.П.Павлова, кафедры сестринского дела с клинической практикой СЗГМУ им. И.И.Мечникова при поддержке Центра повышения квалификации специалистов со средним специальным образованием, а также медсестер-руководителей и медсестер-практиков.

Зачем нужен журнал?

Журнал – это единое информационное пространство. Журнал предлагает единое информационное пространство, объединяющее специалистов. Нужно ли рассказывать о той изоляции, которую мы все время от времени ощущаем? Все ли знают о том, что происходит в профессии? В профессиональной жизни нашего города? К кому можно сегодня обратиться за советом? Поддержкой? При отсутствии информации, исходящей от специалистов, как известно, включается «сарафанное радио», подпитывающее кривотолки, которые подливают масла в огонь и поддерживают источник искаженного представления о профессии... Живя и работая в таком большом городе, мы зачастую и не подозреваем о том, что рядом с нами есть интересные люди, которые полностью посвятили себя профессии и никогда об этом не пожалели, потому что нашли в ней то, что помогло им, говоря современным языком, само-реализоваться. **«О людях, о событиях, о профессии»** - рубрика, которая говорит сама за себя, и материалы которой однажды по достоинству оценят историки...

Журнал - это окно в мир доказательной медицины и сестринских исследований. «Сегодня существует широкий спектр вопросов, которые могут быть решены на базе серьезных научных исследований, проведенных при участии специалистов сестринского дела...» Как показывает зарубежный опыт, даже в тех странах, где сестринские исследования проводятся сравнительно недавно, профессиональный и социальный статус профессии существенно изменился. Нужно ли к этому что-либо добавлять? В рубрике **«Интернатура»** планируется публикация отчетов о проведенных и проводимых научных исследованиях, в первую очередь, специалистами с высшим сестринским образованием, а также материалы, которые помогут формированию современного взгляда на эту сторону сестринской деятельности.

Журнал – это обучение обучающего. Любая профессия, которая опирается в процессе обучения на свой практический опыт, должна задаваться вопросом, кто будет преподавать или обучать студентов и оценивать результаты обучения, и какая подготовка для этого требуется. В связи с появлением высшего сестринского образования можно было бы вздохнуть с облегчением, так как предполагалась подготовка довольно-таки большого отряда медсестер, способных проводить обучение. Однако не все так просто, и финансовый вопрос играет здесь не последнюю роль... К трудностям, с которыми имеют дело учебные заведения, относится, прежде всего, отсутствие такого предмета как методика преподавания. Кроме этого отмечается дефицит штатных преподавателей, привлечение к преподаванию клинических дисциплин преподавателей-совместителей, которые, как правило, слабо владеют методикой обучения, отсутствие методических пособий по преподаванию разных дисциплин. Другая проблема – это большая текучесть кадров в медицинских училищах. «Преподают в основном люди пенсионного и предпенсионного возраста, которые не проявляют активности в овладении новейшими знаниями, научными разработками и подходами». Так как передовая сестринская практика требует передовых сестринских знаний и должна быть основана на результатах научных исследований, ее успех будет определяться возможностями сестринского образования. **Раздел «Обучение: СПО, ДПО, ВПО»** предлагает площадку тем, кого интересуют животрепещущие темы этого аспекта профессии...

Журнал - это интеллект профессии. Журнал помогает наращивать интеллектуальный потенциал профессии и, как результат, содействовать формированию достойного имиджа профессии и изменению отношения общества к профессии. Вопрос формирования имиджа в последние десятилетия приобрел большое значение, так как бесспорным считается тот факт, что влияние человека на окружение осуществляется именно посредством его имиджа. По мнению Лоры Морган Робертс, профессора Гарвардской школы бизнеса, если мы не управляем собственным профессиональным имиджем, это делают другие. “Люди постоянно наблюдают за вашим поведением и строят теории о ваших способностях, характере и взглядах, которые стремительно распространяются в вашем коллективе, - говорит она. - Разумно будет прибавить свой голос к формированию теорий других людей о том, кто вы есть и чего вы можете достичь”. **«Моя интересная работа»** - это рубрика, которая обещает привлечь внимание медсестер-руководителей, медсестер-практиков, готовых поделиться своим профессиональным опытом и рассказать о своих достижениях, о коллективе, опыте сотрудничества со своими коллегами...

Итак, мы перечислили самые очевидные преимущества профессионального журнала для специалистов, труд которых признается *наиболее ценным ресурсом здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в доступной, приемлемой и экономически эффективной медицинской помощи.* Мы надеемся, что руководство и администрация учреждений здравоохранения нашего города разделяют этот взгляд на профессию и поддержат выпуск журнала, дав «добро» на организацию подписки, тем самым демонстрируя реализацию одной из задач Программы развития сестринского дела на 2010-2020 годы, а именно:

создавать возможности бесплатного доступа специалистов сестринского дела к профессиональной печати, нормативно-распорядительным документам и другим источникам профессиональной информации.

Ведь слова у деловых людей не расходятся с делом, не так ли?...

ФАКТЫ. ЦИФРЫ. РЕШЕНИЯ.

Сестринское обслуживание значимо как самостоятельная отрасль медицины – считают специалисты

Качество практической подготовки специалистов со средним медицинским образованием, пути её улучшения обсуждались в рамках Всероссийской научно-практической конференции, которая прошла в Архангельске 6-7 июня этого года. В работе конференции приняли участие специалисты из 50 регионов страны, в том числе представители кафедры сестринского дела с клинической практикой СЗ ГМУ им. Мечникова ассистент кафедры Д.А.Бучкин и зав. лабораторией Н.В.Алешева. На обсуждение были вынесены такие вопросы как:

- Анализ состояния и эффективности практической подготовки средних медицинских работников в системе непрерывного медицинского образования
- Совершенствование системы подготовки и профессиональной переподготовки специалистов со средним медицинским образованием
- Оптимизация номенклатуры специальностей работников со средним медицинским и фар-



мацевтическим образованием с учётом требований стандартов деятельности

- Расширение спектра сестринских услуг за счёт рационального распределения участников оказания медицинской помощи и формирования порядка её оказания
- Повышение уровня профессиональной ответственности и компетентности специалистов со средним медицинским образованием.

Гости форума стали участниками мастер-класса на тему «Высшее сестринское образование: традиции и инновации». Открыла работу секции и.о. ректора СГМУ Л.Н.Горбатова. Обращаясь к присутствующим, она отметила важность сестринского обслуживания как самостоятельной отрасли медицины.

В рамках программы состоялось заседание рабочей группы по формированию компетенций для разработки новых стандартов по сестринскому образованию. В рабочем заседании приняли участие специалисты из разных городов России, в том числе главный внештатный специалист по сестринскому делу Министерства здравоохранения РФ С.И.Двойников и президент ассоциации медицинских сестер России В.А.Саркисова. Завершилась конференция итоговым пленарным заседанием, на котором были подведены итоги всех совещаний и принята резолюция.

Дмитрий Медведев поставил задачу изменить существующее в стране соотношение количества врачей и среднего медперсонала

Согласно стенограмме, размещенной на официальном сайте правительства РФ, дефицит кадров в сфере среднего медперсонала в России сейчас составляет 270 тысяч человек, дефицит врачей - 40 тысяч человек. В основном, по словам главы Минздрава Вероники Скворцовой, не хватает специалистов в области анестезиологии, реаниматологии, неонатологии, наркологии, патологической анатомии, педиатрии и фтизиатрии.

На 1 января 2013 года в России зафиксирова-

но работающих 743 тысячи врачей и один миллион 419 тысяч медработников среднего звена, то есть, на одного врача - две медсестры. «Эта пропорция неправильная, мы ставим задачу довести соотношение один к трем», - сказал глава кабинета министров. Для изменения общей ситуации, считает Медведев, необходимо перейти на систему эффективных контрактов, создать федеральный регистр медработников, а также изменить систему подготовки медицинских кадров.

(По материалам «Медиа Новости»)

Позиция Минздрава России: закрывать неэффективные лечебные учреждения, неспособные обеспечить необходимый уровень оказания медицинской помощи

Впервые в истории отечественного здравоохранения утверждены стандарты и порядки, которые носят не рекомендательный характер, как это было раньше, а обязательный.

Можно сказать, что к началу 2013 г., утвердив порядки и стандарты, здравоохранение подошло к этапу, когда на практике можно внедрять элементы аудита качества. Другое дело, что запущенный механизм является новым для нашей страны. В течение 2013 г. планируется проводить мониторинг внедрения порядков и стандартов медицинской помощи, одновременно начать разработку механизмов, перехода на эффективную систему управления качеством. Однако проверить, сколько стандартов внедрено и какое количество лечебных учреждений работает в строгом соответствии с ними, можно будет только по итогам 2013 г. Федеральный фонд ОМС и Росздравнадзор прово-

дят проверки, которые и дадут полную картину сделанного. На данный момент принято 60 порядков по всем основным профилям, видам медицинской помощи и отдельным состояниям. Позиция же Минздрава России заключается в том, что закрывать неэффективные лечебные учреждения, неспособные обеспечить необходимый уровень оказания медицинской помощи можно, только выполнив определенные требования. Прежде чем закрыть или реорганизовать лечебное учреждение, должно быть принято обоснованное и понятное для населения решение, куда будет перераспределен поток пациентов.

(По материалам Официального сайта Минздрава РФ)

Роспотребнадзор выведен из ведения Минздрава РФ

Госдума приняла во втором и третьем окончательном чтении закон, который выводит из ведения Минздрава Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Изменения вносятся в закон “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения”. В первом чтении законопроект был принят 22 мая. Согласно документу, **Роспотребнадзор выведен из ведения Минздрава РФ** и руководство его деятельностью возложено на Правительство РФ.

Роспотребнадзор наделяется полномочиями по разработке и утверждению государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов.

Ранее данные функции осуществлял Минздрав России (Постановление Правительства РФ от 21.05.2013 № 428 “О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации”).

О страховании пациентов от врачебных ошибок

Минздрав доработает закон о страховании пациентов от врачебных ошибок. «Представленный проект закона пока не приветствуют ни врачи, ни пациентские сообщества», - сказал пресс-секретарь министра здравоохранения Олег Салагай. В настоящее время все желающие могут ознакомиться с проектом документа на официальном сайте ведомства. Напомним, законопроект предполагает, что медорганизации будут обязаны осуществлять страхова-

ние пациентов. В случае смерти размер выплаты составит 2 миллиона рублей, в случае инвалидности первой группы — 1,5 миллиона рублей. Разработка закона была начата три года назад специалистами Минздравсоцразвития. Внести законопроект на рассмотрение правительства планируется летом.

О непрерывном медицинском образовании

По информации РИА Новости, **Министерство здравоохранения РФ** запускает пилотный проект по **непрерывному медицинскому образованию в девяти регионах России**. В проект могут войти 9 регионов: Москва, Санкт-Петербург, Татарстан, Кемеровская, Липецкая, Тюменская области, Хабаровский и Краснодарский край и Республика Дагестан. Медикам предложат 144-часовое обучение в государственном образовательном учреждении плюс 22 часа, предоставляемых медицинским обществом. При этом большая времени обучения будет происходить без отрыва от работы. В настоящее время экспертами предложены различные формы организации обучения, включая конференции и семинары, публикацию статей, работу в медицинской библиотеке, изучение электронных модулей, обучение в симуляционных центрах. Врачи, прошедшие обучение, получают возможность **внеочередного присвоения категории**. Как отметил заместитель председателя учебно-методического объединения по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России профессор Андрей Свистунов, основными принципами развития непрерывного медицинского образования должны стать персонифицированность, непрерывность, партнерство с профессиональными обществами, использование дистанционных технологий, ведение врачами персонального отчета-портфолио.

О паллиативной помощи больным с выраженным болевым синдромом

Приказом Минздрава России утвержден порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, формы рецептурных бланков, а также порядок их оформления, учета и хра-

нения. Основная задача нового Приказа обеспечить большую доступность паллиативной помощи больным с выраженным болевым синдромом. В соответствии с новым приказом назначение и выписывание наркотических и психотропных лекарственных препаратов пациентам может производиться как по решению врачебной комиссии, так и самостоятельно лечащим врачом - участковым терапевтом, участковым педиатром, врачом-специалистом (в случае, если такой порядок утвержден руководством данного медучреждения). Сейчас по действующему порядку решение о назначении и выписывании наркотических и психотропных лекарственных средств принимает только врачебная комиссия. Кроме того, лечащему врачу предоставлено право выписки кодеинсодержащих лекарственных препаратов больным с тяжелыми и хроническими заболеваниями на курс до 2 месяцев.

Карфентанил включен в список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля (список II) (Постановление Правительства РФ от 13.06.2013 № 496 “О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в связи с совершенствованием контроля за оборотом наркотических средств”).

Об увеличении продолжительности отпуска

Премьер-министр РФ Дмитрий Медведев подписал Постановление в целях реализации Федерального закона от 27 июля 2010 года № 203-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Документ предусматривает:

- установление Правительством Российской Федерации продолжительности ежегодного дополнительного **оплачиваемого отпуска** за работу с вредными и (или) опасными условиями труда отдельным категориям медицинских работников, участвующих в оказании психиатрической помощи, осуществляющих диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, не-

посредственно участвующих в оказании противотуберкулезной помощи, а также лицам, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека (далее – медицинские и иные работники).

Для бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в экстренной или неотложной форме медицинским работникам медицинских организаций с их согласия может устанавливаться дежурство на дому.

Дежурство на дому представляет собой пребывание медицинского работника медицинской организации дома в ожидании вызова на работу.

Установлено, что при учете времени, фактически отработанного медицинским работником, время дежурства на дому учитывается в размере одной второй часа рабочего времени за каждый час дежурства на дому. Общая продолжительность рабочего времени с учетом времени

дежурства на дому не должна превышать норму рабочего времени медицинского работника за соответствующий период (Федеральный закон от 07.06.2013 № 125-ФЗ “О внесении изменений в статью 350 Трудового кодекса Российской Федерации”).

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию могут устанавливаться медицинскими организациями на срок до трех лет и индексироваться.

Условием такого срока действия тарифов является участие соответствующих медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования в указанном периоде (Приказ Минздрава России от 22.03.2013 № 160н “О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н”).

ОБСУЖДЕНИЕ

На середине пути первого этапа реализации Программы развития сестринского дела

Сегодня, наверное, только отшельнику, скрывшемуся от мирских проблем где-нибудь высоко в Гималаях, может быть не известен избитый факт: в профессии набирает темпы кадровый дефицит, так как «...в отрасли много лет отсутствует положительная динамика увеличения численности сестринского персонала» (Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы).

Тем не менее, жизнь продолжается, и бурный поток перемен продолжает сносить традиционные институты, менять взгляды людей на жизненные ценности, уничтожать то, к чему мы привыкли. Никто и ничто не остается вне этого процесса. Есть движение и в системе здравоохранения, и сестринское дело является неотъемлемой, и зачастую ведомой, частью это-

го общего процесса перемен; поэтому не удивительно, что в новой концепции развития системы здравоохранения до 2020 года были определены новые требования и к модернизации и к развитию сестринского дела. В связи с этими требованиями была разработана очередная Программа развития сестринского дела на период с 2010 по 2020 годы. Реализация Программы создаст возможности, как считают ее разработчики, для повышения качества оказания медицинской помощи специалистами сестринского дела и решения приоритетных вопросов профессии.

Сегодня мы находимся на середине пути реализации первого этапа программы, итоги которого будем подводить в 2015 году. Однако уже сегодня, безусловно, должны быть отчетливо

Реформирование сестринского дела уже привело нас к неожиданным, но значимым результатам : оно подтвердило возможность автономии профессии медицинской сестры (Программа развития сестринского дела в РФ на 2010-2020 годы)

видны хотя бы контуры тех изменений, которые свидетельствуют о ходе реализации программы и приближении нас к ее ожидаемым результатам, коими, в частности, являются повышение удовлетворенности населения качеством сестринской помощи и, что, безусловно, самое важное, - повышение престижа профессии и привлечение в нее молодых специалистов. Прежде, чем мы начнем присматриваться к тем самым контурам, следует констатировать исторически важный факт:

реформирование сестринского дела, о котором мы так давно говорим и слышим, уже привело нас к неожиданным результатам («неожиданным» только потому, что озвученной эта задача никогда не была): оно подтвердило возможность автономии профессии медицинской сестры» (Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы).

Это значит, что профессия доказала свое право на самоуправление и независимость в управлении, быть свободной от произвольных социальных установлений, диктата власти, руководствоваться собственными нормами и правилами в определенных пределах, то есть, заполучить все то, что когда-то великие умы вложили в понятие «автономия». При этом надо понимать, что за словами «реформирование подтвердило» стоят люди - представители профессии, а, точнее, ее лидеры, которых и воспитало это время реформирования, и которые, проявив свое умение мыслить по-новому, продемонстрировать уверенность, противостоять временным неудачам и пассивности своих коллег, привели профессию к новому рубежу.

Однако, чтобы окончательно развеять сомнения, следует еще немного потрудиться, и для

этого потребуется ни много ни мало, а именно, культивировать интерес к тому, что происходит в профессии, вникать в то, что предлагают аутсайдеры, прояснять то, что вызывает сомнения, не стесняясь, задавать вопросы, отстаивать свое мнение, смело предлагать свои идеи и решения. Сегодня вопросом, касающимся каждого, кто напрямую или косвенно связан с профессией, является Программа развития сестринского дела. Вопросы, которые должны сегодня выноситься на обсуждение, связаны с основными направлениями реализации Программы и задачами, среди которых:

- Развитие кадровой политики и профессионального образования
- Определение и обоснование ресурсного обеспечения
- Развитие современных технологий сестринской деятельности
- Развитие системы управления сестринской деятельностью
- Обеспечение управления сферой научной деятельности
- Обеспечение создания единой информационной среды.

В последующих номерах мы рассмотрим все эти направления более подробно, попытаемся отыскать намеки на реализацию и прокомментируем ход реализации, разъясним спорные или противоречивые моменты и т.д.

СПРАВКА: Что следует знать об Отраслевой системе оплаты труда

**Минимальный размер оплаты труда, применяемый для регулирования оплаты труда и определения размеров пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, а также для иных целей обязательного социального страхования:
с 1 января 2013 г. – 5205 руб. (ст. 1 Федерального закона от 03.12.2012 № 232-ФЗ)**

Заработная плата работников (без учета премий и иных стимулирующих выплат), устанавливаемая в соответствии с новой системой оплаты труда, не может быть меньше заработной платы (без учета премий и иных стимулирующих выплат), выплачиваемой на основе Единой тарифной сетки, при условии сохранения объема должностных обязанностей работников и выполнения ими работ той же квалификации.

Система оплаты труда работников учреждения устанавливается коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами с учетом:

- единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих;
- единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и других служащих;
- государственных гарантий по оплате труда;
- перечня видов выплат компенсационного характера;
- перечня видов выплат стимулирующего характера;
- рекомендаций Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений;
- мнения выборного профсоюзного органа или представительного органа работников.

Размеры должностных окладов, ставок устанавливаются руководителем учреждения на основе требований к профессиональной подготовке и уровню квалификации, которые необходимы для осуществления профессиональной деятельности с учетом сложности и объема выполняемой работы.

В систему повышающих коэффициентов к базовым должностным окладам, ставкам работников учреждений входят:

- коэффициент квалификации
- коэффициент по квалификационному уровню (должности).

Порядок, размеры и условия осуществления

выплат по повышающим коэффициентам устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами учреждений в пределах средств, выделенных на оплату труда, и должны быть конкретизированы в трудовых договорах работников.

Для медицинских и фармацевтических работников установлены 4 профессионально-квалификационные группы, внутри которых выделено 12 квалификационных уровней. Для каждой профессиональной квалификационной группы установлен минимальный должностной оклад:

- 1 группа имеет один квалификационный уровень: санитарка, санитарка (мойщица), младшая медицинская сестра по уходу за больными фасовщица, сестра-хозяйка.
- 2 группа содержит 5 квалификационных уровней, включает должности среднего медицинского персонала..
- 3 группа включает врачебный персонал и состоит из четырех уровней.
- 4 группа включает 2 квалификационных уровня, и в нее входят должности руководителей структурных подразделений учреждений здравоохранения.

К минимальным должностным окладам устанавливаются выплаты компенсационного и стимулирующего характера, к ним относятся:

- доплата к должностным окладам (тарифным ставкам) работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными, и (или) опасными и иными особыми условиями труда от 15 до 80 процентов;
- доплата за совмещение профессий (должностей); доплата за расширение зон обслуживания;
- доплата за увеличение объема работы или исполнение обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором;
- повышенная оплата за работу в ночное время не менее 20 процентов часовой тарифной ставки (должностного оклада) за каждый час работы в ночное время.

К выплатам стимулирующего характера, направленным на стимулирование труда работников к качественному результату труда и поощрение за выполненную работу относятся:

- надбавка за квалификационную категорию: высшая категория -15 процентов, 1 категория - 10 процентов, вторая категория - 5 процентов;
- надбавка за ученую степень, почетное звание (10, 20 процентов);
- надбавка за стаж непрерывной работы: 20 процентов за первые три года и 10 процентов за последующие 2 года, но не более 30 процентов оклада;
- надбавка к должностным окладам отдель-

ным категориям работников от 15 до 100 процентов.

- Помимо компенсационных и стимулирующих выплат новая система оплаты труда предусматривает: повышение окладов по занимаемой должности в виде коэффициентов к минимальному должностному окладу, устанавливаемых внутри профессионально-квалификационных групп по квалификационным уровням; персональное повышение окладов, устанавливаемое руководителем учреждения по согласованию с представительным профсоюзным органом персонально в отношении конкретного работника.

Оплата труда руководителей, специалистов и служащих государственных учреждений, финансируемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга

(Распоряжение от 15 февраля 2011 г. № 58-р «Об утверждении положения о порядке оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения, финансируемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга» (в ред. Распоряжений Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 26.03.2012 № 138-р, от 03.04.2012 № 148-р, от 18.04.2013 № 150-р)

Производится на основе должностных окладов в соответствии со Схемой расчета должностных окладов руководителей, специалистов и служащих государственных учреждений здравоохранения, финансируемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга, предусмотренной постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 01.11.2005 № 1673 “О системе оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения, финансируемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга”.

Размер должностного оклада определяется путем суммирования базового оклада и произведений базового оклада на повышающие коэффициенты к базовому окладу.

Повышающие коэффициенты к базовому окладу устанавливаются исходя из стажа

работы (коэффициент стажа работы), условий труда, типов, видов учреждений и их структурных подразделений (коэффициент специфики работы), квалификации (коэффициент квалификации), масштаба и сложности руководства учреждением (коэффициент масштаба управления) и должности, занимаемой в системе управления учреждением (коэффициент уровня управления).

Размеры повышающих коэффициентов для определения величины должностных окладов устанавливаются в соответствии со Схемой расчета.

Коэффициенты специфики работы (K2): включают в себя коэффициенты, отражающие опасные для здоровья и тяжелые условия

Коэффициент стажа

Группы	Подгруппы*	
	1	2
Стаж до 2 лет	0	0
Стаж от 2 до 5 лет	0.23	0.12
Стаж от 5 до 10 лет	0.28	0.16
Стаж от 10 до 20 лет	0.30	0.18
Стаж 20 и более лет	0.32	0.20

*В соответствии с подгруппой 1 устанавливаются коэффициенты стажа для следующих категорий работников:

- врачи, провизоры;
- специалисты с немедицинским образованием.

В соответствии с подгруппой 2 устанавливаются коэффициенты стажа для следующих категорий работников:

- средний медицинский и фармацевтический персонал;
- служащие.

труда и прочие условия, определяющие коэффициент специфики.

Учреждения здравоохранения, их подразделения и категории работников объединяются в группы (типы) по общему признаку - размеру повышений базового оклада с учетом коэффициентов, отражающих опасные для здоровья и тяжелые условия труда.

Выделено пять групп (типов), в каждой из

которых установлен единый повышающий коэффициент, отражающий опасные для здоровья и тяжелые условия труда. При этом к одному и тому же типу могут относиться различные прочие условия, определяющие коэффициент специфики, имеющие различную величину коэффициента.

Коэффициент квалификации (КЗ):

применяется для исчисления должностных окладов работников, которым присваивается квалификационная категория по итогам аттестации, работникам, имеющим ученую степень, ведомственный знак отличия в труде, а также лицам, которым присвоены почетные звания Российской Федерации или СССР, при условии их соответствия занимаемой должности.

Коэффициент квалификации устанавливается путем суммирования коэффициента за квалификационную категорию с коэффициентом за ученую степень, или с коэффициентом за почетное звание Российской Федерации, СССР, или с коэффициентом за ведомственный знак отличия в труде.

Коэффициенты квалификации	
За наличие квалификационной категории:	
Высшая категория	0.33
Ведущая категория	0.30
Первая категория	0.20
Вторая категория	0.10

Реализация целевых программ Санкт-Петербурга, направленных на снижение социально значимых заболеваний:

«План мероприятий по оказанию помощи лицам, больным сахарным диабетом, и материально-техническому обеспечению государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь указанной категории граждан, на 2012-2014 годы», утвержденный постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 17.08. 2011 № 1188. Общий объем финансирования -400,00 тыс. рублей.

Осуществлено приобретение медицинского оборудования и расходных материалов для профилактики слабовидения и слепоты у больных сахарным диабетом и расходных материалов, необходимых для функционирования школ самоконтроля для больных сахарным диабетом.

«План мероприятий по предупреждению распространения туберкулеза и материально-техническому обеспечению государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь больным туберкулезом, на 2012-2014 годы», утвержденный постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 17.08.2011 № 1189. Общий объем финансирования -150,00 тыс. рублей.

Организовано проведение проектно-сметных работ и составление проектно-сметной документации для ремонта здания ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер № 14», что позволит качественно улучшить условия пребывания пациентов и персонала в учреждении и улучшить качество оказания медицинской помощи.

(По материалам официального сайта Администрации СПб)



ОБУЧЕНИЕ: СПО, ДПО, ВПО

Роль кафедры сестринского дела в подготовке сестринского персонала

Н.Г.Петрова

СПб ГМУ им И.П.Павлова, кафедра сестринского дела

Трудно переоценить роль среднего медицинского персонала в организации лечебно-диагностического процесса. В настоящее время численность среднего медицинского персонала в РФ достигает 1340 тысяч человек (2010 г.), в том числе 920498 (67%) – медицинские сестры, 144199 (11%) – фельдшеры, 60259 (5%) – акушерки, 228663 (17%) – другие специалисты. Средний медперсонал является не только самой многочисленной категорией работников здравоохранения, но и теми специалистами, которые работают в наиболее тесном контакте с пациентами. От правильного ухода, рациональной организации всей системы помощи пациенту (в которой значительна роль менеджеров сестринского дела), уровня отношения к пациенту во многом зависят и эффективность лечения (т.е., результативность труда подчас большого коллектива медицинских работников), и эмоциональная готовность пациента к взаимодействию с медиками, активному участию в оздоровительном процессе, а также общая удовлетворенность качеством оказанной помощи.

К сожалению, в настоящее время существует ряд проблем в организации труда средних ме-

дработников, которые не способствуют наиболее эффективному и рациональному использованию их труда. В их числе:

- неукомплектованность кадрами, в силу чего соотношение врачей и среднего медперсонала в России (1:2,1) намного меньше, чем в странах Западной Европы и Америки (1:5-8);
- нехватка медперсонала, в связи с чем медсестры вынуждены значительную часть рабочего времени посвящать выполнению несвойственных им функций (неквалифицированного труда);
- отсутствие или недостаток средств «малой механизации, призванных облегчить труд медицинских сестер;
- отсутствие должного взаимопонимания врачей и среднего медперсонала в силу сложившегося десятилетиями менталитета (медсестра - помощник врача, лишь выполняющий его указания);
- в силу вышеуказанного, а также из-за отсутствия достаточного числа специалистов, получивших специальную подготовку в области управления сестринской дея-

тельностью, недостаточно квалифицированный менеджмент в области сестринского дела;

- сложная, недостаточно продуманная, существенно отличающаяся от западных моделей система этапной многоуровневой подготовки различных специалистов в области сестринского дела и отсутствие системы их оптимального использования в учреждениях здравоохранения;
- отсутствие системы мотивированности всех категорий медперсонала к высококачественному и эффективному труду.

Безусловно, решение перечисленных проблем требует сложной системной многолетней работы. Однако важным (и, возможно, первым) ее этапом должно стать формирование нового менталитета, существенное улучшение общей и профессиональной подготовки среднего медперсонала. Только всесторонне подготовленные специалисты, владеющие основами знаний в области менеджмента, права, экономики здравоохранения могут явиться своеобразной «платформой», на основе которой начнет формироваться иная генерация специалистов в области сестринского дела, с совершенно иным имиджем, уровнем самодостаточности, говорящая «на равных» и с врачами, и с руководителями различного уровня.

Важную роль в этом процессе призваны сыграть кафедры сестринского дела. Такие кафедры создаются на базе высших медицинских учебных заведений, и в зависимости от структуры и задач последних могут выполнять различные функции. В Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. ак. И.П. Павлова такая кафедра была сформирована в 2011 г. Основными направлениями ее работы являются следующие:

- обучение студентов Университета (лечебного, педиатрического, факультета спортивной медицины, клинической психологии) основам сестринского дела;
- подготовка студентов факультета высшего сестринского образования по вопросам менеджмента, маркетинга, экономики здравоохранения, общественного здоро-

вья и здравоохранения, правовым аспектам здравоохранения, медицинского товароведения;

- подготовка интернов по специальности «управление сестринской деятельностью»;
- обучение бакалавров сестринского дела;
- повышение квалификации среднего медицинского персонала Университета.

При разработке программ обучения мы руководствовались как существующими образовательными стандартами, так и международным опытом. В частности, нами был проанализирован опыт подготовки среднего медперсонала в Англии (Кингстонский Университет) и США (Йельский Университет).

При обучении будущих врачей основам сестринского дела проводятся лекции, подготовка в Центре практических навыков (оборудованном соответствующими муляжами, наглядными пособиями), учебная практика на базе клиники СПбГМУ им. ак. И.П. Павлова, производственная практика на базе городских учреждений здравоохранения (в летнее время).

При подготовке специалистов в области сестринского дела (на различных уровнях) большое внимание уделяется самостоятельной работе, подготовке и презентации различных реферативных сообщений, выполнению самостоятельных научных исследований (в т.ч. в виде дипломных работ).

Выполнение научно-исследовательской работы позволяет:

- сократить расстояние между теоретическим и практическим обучением;
- развивать свой потенциал и навыки, повышать кругозор;
- удовлетворить потребность в самоуважении и самореализации.

Основной проблематикой, которая рассматривается в ходе выполнения научной работы, является:

- маркетинг в деятельности среднего медицинского персонала;
- совершенствование организации работы в отдельных сферах медицины;
- психологические аспекты взаимодействия

средних медицинских работников.

Например, студенты факультета ВСО выполняли исследования, касающиеся организации работы сестринского персонала физиотерапевтического, стерилизационного отделения, отделения травматологии и ортопедии анестезиологии и реанимации, различных подразделений службы скорой медицинской помощи, фельдшеров, работающих на различных промышленных предприятиях, среднего медицинского персонала ряда специализированных учреждений и структур (реабилитационных центров, психо-неврологических интернатов, мультидисциплинарных бригад, консультативно-диагностических центров и др. Маркетинговые исследования, как правило, выполнялись на базе коммерческих медицинских организаций различного профиля (стоматологических, косметологических, дермато-венерологических и пр. Ряд работ касался психологических особенностей среднего медицинского персонала, синдрома эмоционального выгорания. В ходе выполнения исследований студенты и интерны на практике освоили сложные методики статистического анализа, социологический метод, метод хронометража, ряд психологических методик и приобрели навыки аналитического и си-

стемного мышления.

На кафедре функционирует студенческое научное общество. Студенты факультета ВСО участвуют в проведении ежегодной конференции студентов и молодых ученых Университета, межвузовских конференциях, имеют возможность (и используют ее) публикации результатов своих исследований. В перспективе мы планируем привлечение более широкого круга лиц (студентов, получающих среднее специальное образование, практикующих сестер) к участию в работе Общества (особенно учитывая возможности публикации во вновь созданном журнале). Формой проведения научной работы может являться и выполнение диссертационного исследования, и в Университете имеется подобный опыт.

В заключение хотелось бы выразить надежду, что взаимодействие кафедры сестринского дела СПбГМУ им. ак. И.П.Павлова со специалистами сестринского дела города будет носить творческий долговременный взаимовыгодный характер (в т.ч. и благодаря появившемуся журналу), и оно принесет положительный эффект в виде повышения престижности, роли и эффективности труда средних медицинских работников.

Об опыте обучения медицинских сестер в США

Полюкова М.В., ассистент кафедры сестринского дела СПбГМУ им. Акад.И.Павлова

Одной из наиболее актуальных проблем отечественного здравоохранения является проблема дефицита среднего медицинского персонала. Не случайно, поэтому, в новом образовательном стандарте подготовки врачей предусмотрено прохождение учебной практики по сестринскому уходу в объеме 144 часа, а новым образовательным стандартом подготовки среднего медперсонала – бакалавриат по сестринскому делу. При разработке соответствующих учебных программ весьма важно учитывать как положительный отечественный, так и зарубежный опыт.

По приглашению профессора Йельского Университета профессора Роберта Хеймера в рамках совместного проекта по обмену опытом для преподавателей и исследователей в области сестринского дела сотрудники кафедры сестринского дела нашего университета посетили один из старейших и наиболее известных в

мире Йелльский Университет (штат Коннектикут, США), в составе которого находится Школа сестринского дела (где происходит обучение по значительному числу программ, включая бакалавриат и магистратуру). В рамках пятидневного визита нам удалось пообщаться с деканом Школы профессором Маргарет Грей, ру-

ководителем проекта исследовательских работ у медицинских сестер США Нэнси Рейнолдс, а также с руководителями сестринских служб - вице-директорами по соответствующим направлениям медицинского центра St. Vincent's Medical Center.

Йельский Университет славится многими своими традициями и именами. Так, в Школе Сестринского Дела преподавала Вирджиния Хендерсон (Virginia Henderson), которая считается основоположником теории сестринского процесса и известна следующим, ставшим классическим, определением сестринского ухода: “Уникальная функция медсестры заключается в оказании помощи индивиду, больному или здоровому, в выполнении таких мероприятий, содействующих сохранению или восстановлению здоровья, которые он мог бы обеспечить себе сам, если бы имел необходимые для этого силы, волю и знания”. То есть, основной задачей медицинской сестры, по модели Хендерсон, является помощь в скорейшем восстановлении независимости пациента посредством удовлетворения его основных потребностей. Кроме того, непременным условием данной модели является участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода. Труды В. Хендерсон, ее публикации в области сестринского дела, брошюры переведены более чем на 20 языков мира. В ее честь названа Международная Библиотека Сестринского Дела - Virginia Henderson International Nursing Library. Семья мисс Хендерсон попросила, чтобы в качестве мемориальных подарков вместо цветов были внесены пожертвования в Фонд Вирджинии Хендерсон в Йельской Школе Сестринского Дела. Традиции, заложенные В.Хендерсон, сохраняются и приумножаются в данной школе, и, присутствуя на лекциях и практических занятиях, изучая многочисленный учебно-методический материал, беседа с различными категориями студентов и выпускников (в т.ч. имеющих степень магистра в области сестринского дела), мы имели возможность приобщиться к данным традициям, изучить накопленный многолетний опыт преподавания сестринского дела. Следует заметить,

что образование медицинских сестер в США имеет как схожие с российским образованием уровни, так и принципиальные отличия. Так, базовое обучение для медсестер проходит в колледже при Университете в течение 2-х лет. После этого, медицинская сестра может работать в больнице на должности младшей медсестры. Далее она проходит обучение в течение 4-х лет, после чего получает лицензию на работу в должности медицинской сестры (Nurse Practitioner), что в России соответствует вновь введенному образованию бакалавра (трехлетнее обучение после окончания медицинского колледжа). Практикующая медицинская сестра со степенью Мастер (плюс еще 2 года к базовому уровню) в США имеет возможность работать самостоятельно, независимо от врача, и даже делать некоторые назначения и независимые вмешательства (что в Российской Федерации запрещено законом). После обучения по программе «Мастер» (соответствует уровню Магистратуры или оконченному высшему сестринскому образованию – в РФ – 5 лет), медицинская сестра может заниматься исследовательской деятельностью и получить степень доктора философии, что соответствует в нашей стране уровню, среднему между кандидатом и доктором медицинских наук.

Традиционно в США защита диссертаций у медицинских сестер проводится по направлению общественное здоровье и здравоохранение (Public Health) с получением звания доктор философии (PhD), но, с недавнего времени, США стали пионерами в области научных исследований медицинских сестер, и стала осуществляться защита диссертаций в области сестринского дела. На наш взгляд, это имеет большое значение в плане профессионального роста специалистов в области сестринского дела, особенно являющихся менеджерами и занимающих руководящие должности в учреждениях здравоохранения и социальной защиты. Вероятно, наш Университет мог бы стать инициатором реализации подобных программ в Российской Федерации (тем более, что у нас имеется опыт как подготовки интернов по специальности «Управление сестринской деятельностью»,



Полюкова М.В. и Петрова Н.Г. с руководителями сестринских служб медицинского центра St.Vincent's Medical Center

так и кандидатов медицинских наук из числа сестер с высшим медицинским образованием).

В рамках визита в медицинский центр (St. Vincent's Medical Center) нам удалось ознакомиться с работой медицинских сестер всех уровней и приобрести весьма ценный опыт, касающийся «медицинского сопровождения» пациентов на всех этапах лечения, а также опыт мониторинга качества медицинской помощи в условиях крупного многопрофильного стационара (который может быть использован в клиниках Университета). Полученный опыт и знания будут использованы в учебном процессе кафедры сестринского дела.

Историческая справка:

Высшее профессиональное образование по специальности «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

1991:

В соответствии с приказом Госкомитета СССР по народному образованию от 28.06.91 № 313 специальность «Сестринское дело» вошла в перечень специальностей высших учебных заведений. Целью высшего профессионального образования явилась подготовка специалистов к педагогической и управленческой деятельности в области сестринского дела.

Созданы первые 2 факультета ВСО — в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и Самарском государственном медицинском университете. Выпускникам, успешно освоившим профессионально-образовательную программу этого уровня, присваивается квалификация менеджера по специальности 040600 «Сестринское дело».

1992:

Специальность 040600 «Сестринское дело» определена Комитетом по высшей школе Министерства науки, высшей школы и технической политики РФ в качестве одного из 4 направлений высшего образования в области здравоохранения России (приказ № 459 от 20.07.92).

1994:

Специальность утверждена приказом Министерства образования Российской Федерации (приказ Госкомвуза от РФ 05.03.94 г. № 180).

1995:

Первый выпуск специалистов с высшим сестринским образованием.

1999:

Первая защита диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» (выпускница Московской медицинской академии С.Шляфер)

2000:

Утверждены государственные образовательные стандарты высшего образования (2-го поколения) (Приказ № 686 от 02.03.2000г.)

Перечень должностей специалистов с высшим сестринским образованием (Приказ МЗ РФ от 19.08.2000 № 267)

2002:

Приказом Минздрава России от 25.06.02 № 209 специальность «Управление сестринской деятельностью» введена в номенклатуру специальностей в учреждениях здравоохранения для выпускников факультетов высшего сестринского образования

Приказ Минздрава России от 13.09.02. № 288 «О специалисте по управлению сестринской деятельностью» (Утратил силу Приказом от 4 марта 2011 г. № 167)

2009:

Приказ № 415н от 07.07.2009 «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»

Приказ № 210н от 23.04.2009г. «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ»

2011:

Приказ от 17 января 2011 г. № 57 «Об утверждении и введении в действие Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки 060500 Сестринское дело (квалификация (степень) “Бакалавр”»).

Бакалавр готовится к следующим видам профессиональной деятельности:

- лечебно-диагностическая;
- реабилитационная;
- медико-профилактическая;
- организационно-управленческая;
- исследовательская.

Стимулируя инициативу, формируя творческое отношение к профессии (окончание)

Целью конкурса явилось повышение престижа и профессиональной компетентности студентов университета и специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием в обществе. В задачи конкурса входили стимулирование инициативы и деловой активности специалистов, формирование творческого отношения к профессии, совершенствование традиций по проведению профессиональных конкурсов и определение лучших специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием и лучших студентов, работающих в отрасли по различным номинациям.

Конкурс проводился по следующим номинациям: «Лучшая медицинская сестра палатная», «Лучшая операционная сестра», «Лучшая медицинская сестра - анестезист, медицинская сестра отделения реанимации»; «Лучшая младшая медицинская сестра по уходу за больными», «Лучшая процедурная медицин-

ская сестра».

Приказом ректора №947-О от 24.04.2013 была утверждена экспертная комиссия в следующем составе: Мазуров Вадим Иванович – проректор по клинической работе, председатель комиссии, Латария Элгуджа Лаврентьевич – главный врач клиник университета, заместитель председателя, Бирюкова Александра Вячеславовна – начальник управления кадров, Крюкова Татьяна Васильевна – заместитель начальника учебного управления по додипломному образованию, Глущенко Владимир Анатольевич – заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, Топузов Эльдар Эскендерович – заведующий кафедрой госпитальной терапии, Трунин Евгений Михайлович – заведующий кафедрой оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, Лаптева Екатерина Сергеевна - заведующая кафедрой сестринского дела с клинической практикой, Мартыненко Анна Никола-

евна – главная медицинская сестра, Дьяченко Нина Васильевна – председатель профкома.

Отборочный тур проходил на кафедре сестринского дела с клинической практикой и включал в себя тестирование кандидатов на персональном компьютере. Прошедшие отборочный тур конкурсанты готовили конкурсные материалы; домашнее задание оценивалось с учетом актуальности, практической направленности, соответствия требованиям «Порядков оказания медицинской помощи».

Вышедшие в финал конкурсанты состязались по трём заданиям: приветствие (видеопредставление о себе), блиц-турнир (ответы на профессиональные вопросы на время), конкурс-ситуация (практические задания на проверку профессионального мастерства).

Участников конкурса приветствовал главный врач клиник университета Латария Элгуджа Лаврентьевич, он передал поздравления участникам конкурса от ректора Отари Гивиевича Хурцилава и проректора по клинической работе Вадима Ивановича Мазурова в связи с проведением первого в истории университета конкурса «Лучший по профессии» и пожелания успехов в профессиональных соревнованиях.

Все участники конкурса показали профессионализм и любовь к своему делу, но всё же членам жюри пришлось выбрать лучших:

- в номинации «Лучшая медицинская сестра палатная» победу одержали Агафонова Алёна Светиславовна и Суворова Екатерина Юрьевна – палатные сестры терапевтического отделения №2 клини-

ки им. Петра Великого;

- в номинации «Лучшая медицинская сестра процедурная» победительницами стали Павлова Елена Анатольевна – процедурная медсестра кардиохирургического отделения клиники им. Э.Э. Эйхвальда и Тришина Любовь Витальевна – процедурная медсестра Центра семейной медицины;
- в номинации «Лучшая операционная сестра» призы получили Буранкова Яна Андреевна - медсестра операционного блока №3 и Каракаева Инесса Валерьевна – медсестра операционного блока №1 (сотрудницы клиники им. Петра Великого);
- в номинации «Лучшая медицинская сестра-анестезист, медицинская сестра отделения реанимации» награда досталась Чалпиной Елене Николаевне - медсестре отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии №3 клиники им.Петра Великого;
- в номинации «Лучшая младшая медсестра по уходу за больными» звание победителя получила Кандлина Ксения Сергеевна - медсестра отделения сердечно-сосудистой хирургии №2 клиники им.Петра Великого. Все остальные конкурсанты в данной номинации были отмечены ценными призами.

Организаторами конкурса выступили управление клиник, управление кадров, учебное управление и отдел по воспитательной работе университета им. И.И. Мечникова.

Одноразовая медицинская одежда и белье - быстрое и простое решение

Н.В. Козловская



Козловская Наталья Витальевна - старшая операционная сестра отделения оперативной гинекологии ФГБУ НИИ АГ им. Д.О.Отта СЗО РАМН. Высшая квалификационная категория по специальностям “Операционное дело” и “Организация сестринского дела”; высшее образование по специальности “Менеджмент в сестринском деле”, стаж работы в операционной - 24 года, старшей медсестрой - 16 лет. Электронный адрес:

В данной статье рассматриваются вопросы использования в системе здравоохранения одноразовой медицинской одежды и белья: обоснование актуальности, назначение, российские стандарты, требования к материалам этих изделий, экономическая целесообразность. Кроме того, предлагается образец инструкции применения одноразового белья.

О БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И МЕДПЕРСОНАЛА

Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) в последние годы приобрела исключительно большое значение для всех стран мира, не только промышленно развитых, но и развивающихся. В этом отношении наша страна не является исключением. Бурные темпы роста лечебных учреждений, создание новых видов медицинского (терапевтического и диагностического) оборудования, применение новейших препаратов, обладающих иммунодепрессивными свойствами, искусственное подавление иммунитета при пересадке органов и тканей - эти, а также многие другие факторы усиливают угрозу распространения инфекций среди больных и персонала лечебных учреждений. Заражение медицинских работников чаще всего происходит при контакте кожи и слизистых с биологическими жидкостями и тканями больного (кровью, сывороткой, спермой, спинномозговой жидкостью, костным мозгом и др.) и травматизации во время выполнения медицинских манипуляций (порез, укол, повреждение кожи мелкими обломками кости и др.). В первую очередь, в группу риска попадают сотрудники гематологических, реанима-

ционных, травматологических, стоматологических, родильных, хирургических, патолого-анатомических отделений и отделений гемодиализа, процедурных кабинетов, лаборанты, работники пунктов оказания первой медицинской помощи, а также лица, работающие на производстве по заготовке крови, ее компонентов и препаратов. Учитывая возможную контаминацию биологического материала человека, риск заражения распространяется на весь медицинский персонал, независимо от профиля лечебно-профилактического учреждения (амбулатории, кожно-венерологические, наркологические и туберкулезные диспансеры, интернаты и т.д.).

До недавнего времени считалось, что заражение медицинского персонала происходит, главным образом, в результате повреждения иглой или инструментом. Однако даже при тщательном соблюдении мер предосторожности кровь, сыворотка или биологическая жидкость, попадая на одежду медработника, поглощаются и проникают далее вглубь, а если на теле имеются порезы или микроскопические травмы, дерматиты – риск заражения вирусами гепатита

В, С и возбудителями других инфекций (ВИЧ, герпес-вирусами) резко возрастает. Кроме того, небезопасен и процесс дальнейшей обработки белья и одежды, на которую попала кровь, ее компоненты, другие выделения. Таким образом, вопрос качества используемого медицинской одежды и белья сохраняет статус актуаль-

ности. Особо высокие требования к защитным барьерам на пути проникновения биологических жидкостей и бактериального загрязнения предъявляются к текстильным изделиям, используемым в операционных, - зоне повышенного риска инфицирования, как пациента, так и медицинского персонала.

НАЗНАЧЕНИЕ ОДНОРАЗОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОДЕЖДЫ И БЕЛЬЯ

Одноразовое белье (стерильное) используется при проведении хирургических операций, обработке ран, оказании неотложной помощи, проведении реанимационных мероприятий. В настоящий момент существует широкое разнообразие сложных комбинированных операционных простыней (с зонами) для проведения различных видов оперативного вмешательства (торакотомия, лапаротомия, лапароскопия, артроскопия, эндопротезирование, гинекологические, проктологические операции и т. д.). Все эти простыни разные, но объединены следующими принципами:

- большие размеры: позволяют накрывать одной простыней полностью всего пациента вместе с подставками для верхних и нижних конечностей, анестезиологической дугой и пр.
- наличие операционного отверстия разных размеров и различного местоположения: голова, шея, грудная клетка, живот, промежность, поясничная область, позвоночник и т. д. в зависимости от вида оперативного вмешательства и операционного доступа. Отдельно можно сказать о белье для операций на конечностях: за счет применения эластичного манжета, адгезивного края (или липкой ленты) по окружности отверстия, обеспечивается надежная фиксация операционного белья в трех плоскостях.
- укрепленная слегка влаговпитывающая и полностью влагонепроницаемая зона вокруг операционного отверстия: создает 100% влагонепроницаемость, сохранение стерильности и бактериального барьера между кожей пациента и стерильным

операционным полем в зоне оперативного доступа.

- липкий слой вокруг операционного поля или липкая операционная пленка: обеспечивает плотную фиксацию простыни вокруг, а в случае с пленкой и по операционному полю, не позволяет:
 - простыне сползать, и, как следствие, нарушать стерильность при проведении операции.
 - липкий край по периметру препятствует попаданию чешуек эпидермиса и микрофлоры из других участков кожи пациента между простыней и телом пациента при появлении потоков воздуха в операционной (движение пациента, перемещение персонала и т. д.)
- специальная укладка простыни: простыня уложена в свернутом виде в упаковке операционным отверстием наружу, что позволяет использовать определенный алгоритм укрывания пациента.
- дополнительно простыни могут иметь: улавливатели жидкости - встроенные полиэтиленовые карманы, в том числе с отводом для жидкости, и жесткими фиксаторами для придания отверстию кармана объема и жесткости; комплектоваться карманами с липким слоем, с различного размера и вида отсеками, на анестезиологическую дугу или для фиксации около операционного поля.
- прочие специальные простыни: чехлы на малые операционные столики различной конструкции, чехлы на эндоскопы, другую оптоволоконную технику, мониторы, ДЭК, R- установки и т. д.

РОССИЙСКИЙ СТАНДАРТ: ШАГ В СТОРОНУ ЕВРОПЕЙСКИХ ТРЕБОВАНИЙ

Для обеспечения качества одноразовой хирургической одежды и белья Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии приняло ряд нормативных документов, устанавливающих требования к хирургической одежде и белью, соблюдение которых позволяет гарантировать безопасность пациентов и медицинского персонала при их применении.

1 сентября 2009 года вступил в силу Российский стандарт ГОСТ Р ЕН 13795 «Хирургическая одежда и белье, применяемые как медицинские изделия для пациентов, хирургического персонала и оборудования». В Российском стандарте учтен весь многолетний опыт работы и данные исследований европейских ученых в этой области, что позволяет устанавливать его идентичность европейскому стандарту EN 13795. Таким образом, продукция, соответствующая требованиям Европейского стандарта, полностью соответствует требованиям российского документа.

Новый стандарт – важный шаг вперед для пациентов, хирургического персонала, администрации ЛПУ, а также для производителей товаров медицинского назначения. В первую очередь, введение стандартов преследует цель повышение уровня безопасности жизни и здоровья граждан. Стандарты серии ЕН 13795 состоят из трех частей под общим наименованием «Хирургическая одежда и белье, применяемые как медицинские изделия для пациентов, хирургического персонала и оборудования»

- часть 1 «Общие требования» ГОСТ ЕН 13795-1-2008;
- часть 2 «Методы испытаний» ГОСТ ЕН 13795-2-2008;
- часть 3 «Требования к исполнению и уровни исполнения» ГОСТ ЕН 13795-3-2008

В контексте данного стандарта к хирургической одежде относят хирургические халаты и костюмы для чистых помещений, а к хирургическому белью – хирургический покровный

материал, которые применяют для минимизации распространения возбудителей инфекции при проведении инвазивных хирургических процедур.

Для соответствия стандартам серии ЕН 13795 изделия должны отвечать определенным требованиям к следующим характеристикам:

- микробная проницаемость в сухом состоянии
- микробная проницаемость во влажном состоянии
- чистота микробная
- чистота в части инородных частиц
- пылевосотделение
- водоупорность
- прочность на разрыв в сухом состоянии
- прочность на разрыв во влажном состоянии
- прочность на растяжение в сухом состоянии
- прочность на растяжение во влажном состоянии

Другими существенными требованиями к медицинскому изделию «одноразовая хирургическая одежда и белье» являются:

- стерильность
- состав комплекта
- характерные линейные размеры изделий
- последовательность укладки изделий в комплектах, способ укладки
- наличие и размеры функциональных элементов в конструкции изделия (зоны, отверстия, вырезы, карманы, отводы, фиксаторы, липкие края, операционные пленки и др.)
- наличие вспомогательных опознавательных знаков (маркировки порядка направления, порядка надевания и др.)
- гидрофильность или гидрофобность материала.

Характеристики материалов, которые должны обеспечивать инфекционную безопасность во время операции, сильно различаются. До недавнего времени из-за разнящихся требова-

ний и уровня оказываемой медицинской помощи администрации ЛПУ и хирургическому персоналу было сложно оценивать поступающие предложения по продукции, чтобы выбрать лучшее для пациентов и своей клиники. Теперь при использовании продукции, изготовленной согласно требованиям стандарта, пользователи могут быть уверены в том, что необходимый уровень безопасности пациента соблюден. То же самое относится и к хирургическому пер-

соналу, который много раз в день подвергается риску заражения гемоконтактными инфекциями. Работая в одежде, защитные свойства которой официально подтверждены, хирурги и операционные сестры могут максимально сконцентрироваться на операции для достижения наилучшего результата. Таким образом, введение стандарта – шаг вперед не только в профилактике послеоперационных инфекций у пациентов, но и в профилактике профессиональных заболеваний у медицинского персонала.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ

Заболеваемость ВБИ является одной из значимых составляющих экономического ущерба в практическом здравоохранении. При этом то, что может существенно повлиять на степень их распространения, едва ли встречается с энтузиазмом!...Явные многократно подчеркиваемые преимущества одноразовой одежды и белья по сравнению с многоразовой до сих пор отпугивает многих своей кажущейся на первый взгляд высокой стоимостью. Но для этого и есть такой раздел как экономика, чтобы провести нехитрые вычисления и убедиться в ошибочности суждений... Эмпирически доказано, что использование одноразовой медицинской одежды и белья из современных нетканых материалов не только позволяет существенно повысить уровень безопасности рабочей среды, но и, пересмотрев экономическую сторону традиционной практики с применением многоразового изделия, найти реальные возможности экономии бюджетных средств. Так, прямая экономия при использовании одноразовой одежды и белья определяется снижением затрат на:

- приобретение многоразовой одежды и белья, которые зачастую становятся кратно применяемыми за счет быстрого износа в родильных отделениях, отделениях гнойной хирургии, ожоговых отделениях и т. д., где большие потери биологических жидкостей (кровь, околоплодные воды, отделяемое из раны и пр.),
- заработную плату работников прачечных и стерилизационных за счет уменьшения объема работы и уменьшения ставок,

- значительный расход дезинфицирующих средств – только перед утилизацией и в значительно меньшем объеме ввиду отсутствия впитывания, в отличие от многоразовой продукции,
- снижение времени сотрудников операционного блока на подготовку к операции, транспортировку и ремонт операционного белья,
- моющие средства в прачечных,
- электроэнергию при стирке и стерилизации, тепловую энергию при использовании паровой стерилизации,
- амортизацию и ремонт стерилизационного оборудования и оборудования прачечных,
- индикаторы стерилизации, упаковочные материалы

По данным исследований в Западной Европе количество послеоперационных гнойно-воспалительных инфекционных осложнений при использовании одноразовой медицинской одежды и белья снижается на 6-8%, по данным Российских исследований на 15-20%. Таким образом, непрямая экономия при использовании одноразовой одежды и белья определяется снижением расходов на лечение послеоперационных гнойно-воспалительных инфекционных осложнений, которые складываются из:

- использования «койко-дня»,
- дополнительного усиленного питания,
- расхода лекарственных средств и расходного материала (антибиотики последнего поколения,

- инфузионные и трансфузионные среды, системы переливания, шприцы, венозные катетеры, перевязочный материал, средства для местного лечения и многое другое)
- амортизации диагностического оборудования, использование расходных материалов,
- заработной платы сотрудников ЛПУ на период лечения.

Подчеркивая преимущества использования одноразовой медицинской одежды и белья, следует указать и на возможности более рациональной труда при его использовании. Хорошо сформированные комплекты белья и отточенная техника их использования значительно снижают время на подготовку к операции, экономят время в течение самой операции на отграничении операционного поля, изоляции кожи, повышают качество и эффективность оперативных вмешательств.

ТЕХНИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОДНОРАЗОВОГО БЕЛЬЯ. ОБРАЗЕЦ ИНСТРУКЦИИ

Данная техника и фрагмент инструкции представляют собой нормативно-техническую документацию «для ВНУТРЕННЕГО пользования» и приводятся исключительно с целью оказать содействие заинтересованным лицам в процессе обучения медицинских сестер операционному делу, в частности, развитию навыка использования одноразового белья.

Стерильное покрытие пациентов и окружающего оборудования в рамках операционной подготовки требует выполнения стандартного систематизированного порядка действий, позволяющего избежать погрешностей в асептике и соблюдении санитарно - противоэпидемического режима:

1. при подготовке одноразового хирургического белья к операции, прежде всего, следует провести гигиеническую обработку рук, надеть шапочку, маску;
2. взять комплект белья и убедиться, что срок годности не истек, проверить целостность упаковки, убедиться в необходимой комплектации набора;
3. вскрывать упаковку следует непосредственно перед началом работы и не допускать хранения вскрытых комплектов;
4. при вскрытии наружной упаковки следить за тем, чтобы была не нарушена целостность и стерильность внутренней упаковки;
5. доставать комплект из упаковки следует только после хирургической обработки рук, одевания стерильных халата и перчаток;
6. каждый комплект операционного белья упакован строго определенным образом в

простыню для инструментального стола (большого), поэтому, не разворачивая эту простыню в руках, следует положить комплект на инструментальный стол, не прикасаясь к нему халатом и руками, длинной стороной комплекта вдоль стола по центру. Правой рукой откинуть свернутые слои белья вправо, левой – влево. Двумя руками расправить слои белья к себе, чтобы не нарушить стерильность халата о не застеленный стол, а затем развернуть слои простыни от себя.

7. после раскрытия комплекта и накрытия инструментального стола следующим этапом является накрытие малого инструментального стола Мейо телескопически сложенным чехлом. Чехол надевается на стол поступательными движениями, руки при этом спрятаны под специальный отворот чехла, чтобы их не расстерилизовать из-за не застеленных участков стола.
 8. после раскладывания инструментов, расходных, лигатурных, перевязочных и прочих материалов по своим обычным местам, проводят обработку операционного поля и приступают к отграничению операционного поля бельем:
- (1) **если в комплекте традиционных че-**

тыре сложенные простыни, то отграничение операционного поля начинают с ножного конца: снимают защитное покрытие с адгезивного края, фиксируют на коже по нижнему краю предполагаемого разреза и раскладывают простынь полностью вниз, чтобы она закрывала ноги пациента. Для правильного закрепления боковой простыни на теле пациента, разворачиваем ее в виде петли, снимаем защитный бумажный слой, прижимаем середину петли рукой и фиксируем с помощью клеящегося слоя. Разворачиваем боковые простыни в стороны. Фиксируем анестезиологическую простыню и разворачиваем ее на дугу или фиксируем на две инфузионные стойки по обе стороны от головы пациента.

(2) **если это одна большая простыня с отверстием** или разрезом, то ее не разворачивая, сложенную пополам, следует взять в левую руку, а правой с помощью инструмента (например, пинцета) снять защитный бумажный слой с адгезивного (очень липкого) края. Сверившись с указателями головного или ножного конца комплекта и положением пациента на операционном столе, нужно совместить отверстие на белье с предполагаемым операционным полем, разместить по центру, положить, аккуратно зафиксировав на коже. Развернуть простыню сначала в стороны, затем накрыть ножной конец, а потом раскладываем головной конец простыни: или перекидываем за анестезиологическую дугу, или зафиксировать цапками на две инфузионные стойки по обе стороны от головы пациента.

(3) **если комплект содержит несколько простыней**, в том числе и большую простыню с отверстием или разрезом, то последовательность действий зависит от характера оперативного вмешательства

Рассмотрим на примере кардиоваскулярного комплекта:

1. обработка операционного поля для стерильного доступа
2. обработка операционного поля нижних конечностей: для этого помощник на вытянутых руках поднимает одну ногу за пятку и немного отводит в сторону. Дер-

жит ногу до тех пор, пока конечность не обработают со всех сторон (одним из множества способом). Если нужна вторая конечность, то ее обрабатывают аналогично, не опуская первой ноги.

3. после обработки конечностей застилают ножной конец операционного стола простыней с U-образным вырезом. Для этого кладут простыню в свернутом виде под крестец, разводят края выреза по бокам пациента, снимают защитный бумажный слой и фиксируют эти края вдоль тела пациента по направлению к ребрам.
4. разворачивают ножной конец простыни полностью вниз, закрывая весь операционный стол. Помощник держит ноги, не опуская их и не касаясь стерильной простыни!
5. заводят перинеальное покрытие между ног пациента, снимают защитный бумажный слой и фиксируют над лобком.
6. в стерильную бахилу заводят носок стопы пациента, второй рукой аккуратно разворачивают отворот бахилы, закрывая остальную часть необработанной ступни и высвобождая помощника. Фиксируют бахилу стерильной липкой лентой и кладут обработанную ногу на стерильную простыню. Также поступают со второй конечностью.
6. используя маркировку, сопоставляют торакальную простыню с предполагаемым операционным полем, снимают защиту с адгезивного края, кладут простыню на операционное поле и прижимают для хорошей фиксации.
7. простыню разложить в боковые стороны
8. разложить головной конец простыни на анестезиологическую дугу или зафиксировать на две инфузионных стойки по бокам от головы пациента.
9. раскладывается ножной конец простыни. Если простыня имеет отверстия для ног, то раскладывается и, используя эти отверстия, заводится под ноги пациента.

Все эти мероприятия важно делать, не нарушая асептики, с сохранением стерильности

халата и перчаток. Операционное поле должно быть сухим - иначе плохо зафиксируется адге-

зивный край. После отграничения операционного поля бельем перчатки непосредственно перед операцией следует сменить.

Список литературы

1. Генералова В.В., Громов А.А., Жанжора А.П., Ярыгина В.П., Миняйлик Г.М., Мишустин В.М. Качество и безопасность изделий медицинского назначения однократного применения, стерилизуемых радиационным способом // Медицинская картотека. – 2006. - №3.
2. Ключев В.М., Акимкин В.Г. Внутрибольничные инфекции: значение, определение, причины возникновения, структура, основные противоэпидемические мероприятия. Роль медицинского персонала в профилактике внутрибольничных инфекций. - <http://www.epidemiolog.ru/publications/detail.php?ID=824>ю - Последний визит на сайт 11.01.13.
3. Ручкин А.В., Кузнецова И.В., Поляков Н.В. Использование одноразовых комплектов операционного белья в лечебно-профилактических учреждениях РФ // Медицинская картотека. - 2006. - № 11.
4. Ручкин А.В., Кузнецова И.В. Использование медицинских одноразовых средств индивидуальной защиты для повышения инфекционной безопасности медицинских работников и населения // Медицинская картотека. – 2006. - №4.
5. ГОСТ Р ЕН 13795-2008 «Хирургическая одежда и белье, применяемые как медицинские изделия для пациентов, хирургического персонала и оборудования»
6. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУ

Нормативные акты – в вопросах и ответах

Цель этой рубрики - помочь практику сохранить уверенность в том, что основу его деятельности составляют нормативные акты об оказании медицинской помощи и нормативно-техническая документация, разработанная в рамках политики стандартизации в системе здравоохранения, а также подготовиться при необходимости к процедуре контроля знаний нормативных документов (аттестация, экзамен, аудит). Предлагаемый формат материалов - «Вопрос-ответ» - отличает четкость и краткость ответов, что позволяет легко сфокусироваться на главном.

ТРЕБОВАНИЯ К УСЛОВИЯМ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

(по материалам СП 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»)

Когда медперсонал должен проходить медобследование?

При поступлении на работу, и периодические медицинские осмотры, с оформлением акта заключительной комиссии. Профилакти-

ческая иммунизация персонала проводится в соответствии с национальным и региональным календарем профилактических прививок.

Должен ли персонал обеспечиваться смен-

ной одеждой?

Медицинский персонал должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками, сменной обувью в соответствии с табелем оснащения, но не менее 3 комплектов спецодежды на одного работающего.

Какие установлены запреты?

- В ходе проведения манипуляций пациенту персонал не должен вести записи, прикасаться к телефонной трубке и тому подобное.
- На рабочем месте запрещено принимать пищу.
- Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами ЛПО не допускается.

Каковы профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах?

- При загрязнении кожи рук выделениями, кровью и т.п. необходимо вымыть руки мылом и водой; тщательно высушить руки одноразовым полотенцем; дважды обработать антисептиком.
- Руки в перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфектантом, затем вымыть проточной водой, снять перчатки, руки вымыть и обрабатывать кожным антисептиком;
- При попадании биологической жидкости пациента на слизистые ротоглотки немедленно рот и горло прополоскать 70% спиртом или 0,05% раствором марганцовокислого калия.
- При попадании биологических жидкостей в глаза промыть их раствором марганцовокислого калия в воде в соотношении 1:10000.
- При уколах и порезах вымыть руки, не снимая перчаток, проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5% спиртовой настойкой йода. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин заклеить поврежденные ме-

ста лейкопластырем.

- По показаниям проводится экстренная профилактика гепатита В и ВИЧ инфекции (см. приложение 12 СанПин....)

Регистрируются ли травмы, опасные в плане инфицирования?

При получении травм, в том числе микротравм (уколы, порезы), опасных в плане инфицирования, ответственный за профилактику парентеральных инфекций в ЛПО организует регистрацию в журнале учета травм и составляет акт в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Какие заболевания подлежат учету и регистрации как внутрибольничная инфекция?

Любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки, а также инфекционное заболевание сотрудника лечебной организации вследствие его инфицирования при работе в данной организации подлежит учету и регистрации как внутрибольничная инфекция.

Что включает в себя предварительный медицинский осмотр, проводимый при поступлении на работу в стационары хирургического профиля?

Предварительный медицинский осмотр включает: терапевта, невролога, гинеколога, дерматовенеролога, отоларинголога, офтальмолога.

В дальнейшем осмотр у тех же специалистов проводится 1 раз в год.

Дополнительные медицинские осмотры проводятся по показаниям.

Какое обследование проходят медицинские работники?

Медицинские работники проходят следующие обследования:

- рентгенологическое обследование на ту-

беркулез – крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем – 1 раз в год);

- исследование крови на гепатит С (в дальнейшем – 1 раз в год);
- исследование крови на гепатит В не привитых (в дальнейшем – 1 раз в год); привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации;
- исследование крови на сифилис (в дальнейшем – по показаниям);
- исследование мазков на гонорею (в дальнейшем – по показаниям);
- исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем – 1 раз в год).

Проводятся лабораторные исследования: общий анализ крови и общий анализ мочи, в дальнейшем 1 раз в год перед периодическим медицинским осмотром.

В зависимости от появившейся (выявленной) у медицинских работников патологии проводятся другие диагностические исследования.

В каких случаях специалист не допускает к работе?

К работе не допускаются лица с изменениями в легких туберкулезного характера, а также лица с гнойно-воспалительными заболеваниями.

Проводится ли плановое обследование медперсонала хирургических стационаров на

носительство золотистого стафилококка?

Не проводится.

Какие прививки обязательны при поступлении на работу в стационары хирургического профиля?

Персонал стационаров (отделений) хирургического профиля подлежит профилактической иммунизации против гепатита В в обязательном порядке при поступлении на работу в случае отсутствия данных о прививке.

Один раз в 10 лет персоналу проводится прививка против дифтерии и столбняка.

В связи с задачей ликвидации кори в стране проводится дополнительная иммунизация лиц до 35 лет, не болевших корью и не привитых живой коревой вакциной или привитых однократно.

Иммунизация против других инфекционных заболеваний проводится в соответствии с национальным календарем прививок, а также по эпидемиологическим показаниям.

Какой учет должен быть налажен в стационарах хирургического профиля?

Учет травм и чрезвычайных ситуаций (порезы, уколы, попадание крови на видимые слизистые, поврежденные кожные покровы и др.), связанных с профессиональной деятельностью персонала, с указанием проведенных профилактических мероприятий (экстренная профилактика).



Европейский опрос врачей: профилактика ишемического инсульта

Результаты общеевропейского онлайн-опроса с участием 1000 врачей показывают, что более двух третей врачей считают профилактику ишемического инсульта наиболее важной задачей в терапии пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).

Ишемический инсульт является наиболее распространенным типом инсульта у пациентов с ФП, и в силу этого врачи по всей Европе придают жизненно важное значение повышению осведомленности об истинной частоте возникновения ишемических инсультов и их влиянии на эту группу пациентов. Результаты опроса были объявлены во время Европейской конференции по инсульту, прошедшей в Лондоне 28-31 мая. Согласно данным опроса, врачи считают необходимым предоставление пациентам дополнительной информации и просветительскую работу, посвященную информированию общественности о степени риска и влиянию ишемического инсульта на жизнь пациентов с ФП.

Профилактика осложнений гипертонической болезни: роль медицинской сестры

Шокина И.Ю., Петрова А.И., Петрова В.Б.
Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Шокина И.Ю., Петрова А.И., Петрова В.Б. (2013). Специалист здравоохранения, 1, с. 30-32.

Профилактика осложнений гипертонической болезни: роль медицинской сестры

Цель: определить степень информированности пациентов кардиологического отделения с диагнозом «гипертоническая болезнь» о своем заболевании.

Преамбула. Несмотря на то, что в настоящее время медицина достигла больших результатов в борьбе с этим заболеванием, разработана масса лекарственных препаратов, накоплен достаточный опыт по их применению, тем не менее, процент заболеваемости гипертонической болезнью и смертности от её осложнений с каждым годом возрастает

Метод. Данные собраны с помощью анкетирования пациентов кардиологического отделения Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД»

Результаты. Несмотря на то, что данные анкетирования показали отсутствие у пациентов с гипертонической болезнью дефицита знаний о своем заболевании, оказалось, что 90% опрошенных госпитализируется при ухудшении состояния как минимум 1 раз в год

Выводы. Необходимы методы, позволяющие заострить внимание пациентов с диагнозом «гипертоническая болезнь» на необходимости неукоснительно выполнять предписания врача и не оставлять без внимания такую важную составляющую в назначенном лечении как профилактические меры.

Введение

В настоящее время в Российской Федерации сложилась напряжённая эпидемиологическая ситуация, связанная с резким ростом заболеваемости гипертонической болезнью [1,2,10]. Гипертоническая болезнь является не только одним из основных факторов развития заболеваний системы кровообращения и смертности населения от них, но и самым распространённым заболеванием, приводящим к снижению работоспособности, инвалидизации и значительному экономическому ущербу. И, несмотря на то, что в настоящее время медицина достигла больших результатов в борьбе с этим заболеванием, разработана масса лекарственных препаратов, накоплен достаточный опыт по их

применению, тем не менее, процент заболеваемости гипертонической болезнью и смертности от её осложнений с каждым годом возрастает [3,4,5,9]. А поскольку профилактика осложнений заболевания является немаловажной составляющей лечения, то необходимо и целесообразно усилить профилактические мероприятия, которые позволили бы снизить рост осложнений гипертонической болезни [5]. Чтобы добиться эффективных результатов, необходимо сформировать у людей приоритетное отношение к проблеме своего здоровья. Важную роль в этом играет не только пропаганда медицинских и гигиенических знаний о здоровом образе жизни, но и информирование населения об опасности гипертонической болезни

и её последствиях [7,8,11]. Существенную помощь в решении этой проблемы мог бы оказать средний медицинский персонал в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений.

Результаты исследования

В ходе исследования, проведенного на базе НУЗ Дорожной клинической больницы ОАО «РЖД», была выявлена степень информированности пациентов кардиологического отделения с диагнозом «гипертоническая болезнь» о своем заболевании. Результаты показали, что пациентам известны симптомы заболевания: при повышении артериального давления большинство пациентов отмечали у себя: головную боль (58%), неприятные ощущения в области сердца (37%), слабость (35%), одышку (30%), головокружение (26%) и лишь 18% опрошенных вообще не ощущали повышения артериального давления.

Большинству опрошенных известно о факторах риска гипертонического заболевания: 72% отмечают у себя избыточный вес, 64% - стресс, 42% - гиподинамию, 34% - избыточное потребление соли и 22% - высокий уровень холестерина. Значительное большинство опрошенных пациентов (70%) оказалось в курсе того, что к осложнениям гипертонической болезни относят острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения, 34% отметили такое осложнение как стенокардия и 42% - атеросклероз сосудов.

Как показала анкетные данные, 82% опрошенных пациентов регулярно проходят профосмотр и информацию о мерах профилактики осложнений гипертонической болезни они получили от медицинских работников (врач, медицинская сестра). И, несмотря на то, что подавляющее большинство страдающих гипертонической болезнью имеют личный электронный аппарат для измерения артериального давления, регулярно измеряет себе давление меньше половины – 48% от числа опрошенных пациентов и 46% - только при ухудшении самочувствия.

Выводы

Результаты анкетирования позволяют сделать вывод о том, что пациентам, страдающим гипертонической болезнью, известны также

меры профилактики осложнений своего заболевания. При этом 56% опрошенных пациентов считали, что они выполняют рекомендации врача, 38% - что выполняют рекомендации врача частично, при этом сказать, что они выполняют рекомендации по профилактике осложненной гипертонической болезни, нельзя. Несмотря на то, что данные анкетирования показали отсутствие у пациентов с гипертонической болезнью дефицита знаний о своем заболевании, тем не менее, оказалось, что 90% опрошенных госпитализируется при ухудшении состояния как минимум 1 раз в год.

Рекомендации

Возникает вопрос – что нужно сделать, чтобы заострить внимание пациентов с диагнозом «гипертоническая болезнь» на необходимости неукоснительно выполнять предписания врача и не оставлять без внимания такую важную составляющую в назначенном лечении как профилактические меры. Прежде, чем предложить ответ на поставленный вопрос, следует отметить следующие моменты:

- поскольку данные опроса носят субъективный характер, при сборе информации следует учитывать фактическую картину состояния здоровья пациентов с диагнозом «гипертоническая болезнь», отраженную в медицинских картах

- и поскольку большинство опрошенных получили информацию о гипертонической болезни и, следовательно, рекомендации по лечению на профосмотре, то именно на базе поликлиники, которой располагает Дорожная клиническая больница, и где ежегодно проводятся профосмотры, возможно в целях усиления профилактики осложнений гипертонической болезни доводить информацию о последствиях не выполнения рекомендаций врача по профилактике осложнений гипертонической болезни до каждого пациента, у которого выявлено это заболевание.

Из описанной сферы врачебной деятельности, видно, что врач, поставив диагноз гипертоническая болезнь, назначает не только медикаментозное лечение, но и меры по профилактике осложнений гипертонической болезни в соответствии с анамнезом. Контроль над выпол-

нением этих рекомендаций проводит средний медицинский персонал. Для сферы деятельности среднего медицинского персонала предложен ряд мероприятий, которые выполняются медицинскими сестрами:

- сбор чёткой статистической информации:

а) анкетирование пациентов с диагнозом: «Гипертоническая болезнь» во время профосмотра в поликлинике с целью отбора медицинских карт тех пациентов, которые не выполняют рекомендации врача по профилактике осложнений гипертонической болезни. Работа в этом направлении проводится в течение года во время профосмотров

б) обработка медицинских карт пациентов, не выполняющих рекомендации врача по профилактике осложнений гипертонической болезни. Результаты обработки заносятся в базу данных. Эта работа осуществляется в течение года во время проведения профосмотров

в) обработка историй болезни пациентов с гипертонической болезнью на кардиологическом отделении Дорожной клинической больницы. Эта работа выполняется медицинской сестрой отделени.

- формирование базы данных по результатам обработки выше перечисленных медицинских карт, анкет, историй болезни (эта работа ведется в течение года).

- формирование информационных таблиц, в которых будут представлены осложнения у пациентов, пренебрегающих мерами профилактики гипертонической болезни.

- доведение полученных результатов до сведения как конкретного пациента с диагнозом «гипертоническая болезнь», так и всех интересующихся этой проблемой.

Поскольку на сбор и обработку информации уйдет примерно год, то таблицы, оформленные, например, в виде буклетов и разъяснения к ним, пациенты с диагнозом: «гипертоническая болезнь» смогут получить от медицинского персонала уже на следующем профосмотре. Полученная информация, представленная в виде стендов, размещённых в фойе поликлиники и стационара, может быть полезна людям, не страдающим ГБ. Таким образом, ряд мероприятий для усиления профилактики гипертонической болезни, проводимых средним медицинским персоналом по сбору, обработке информации и доведению результатов до каждого конкретного пациента с диагнозом «гипертоническая болезнь», имеет своей целью повысить ответственность каждого пациента за своё здоровье и сформировать установку на здоровый образ жизни.

Список литературы

- Артемьев И.К. Россия теряет население // Лечащий Врач. - 2005. - № 2.
- Вахтангишвили Р.Ш., Кржечковская В.В. Заболевания сердечно-сосудистой системы. Артериальная гипертензия. – Ростов-на-Дону.: Феникс, - 2006г.
- Волков В.С., Поселюгина О.Б., Свистунов О.П.// Кардиология. – 2004.-№ 1
- Кобалава Ж.Д., Ефремовцева М.А.// Кардиология. – 2005.- № 8.
- Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь. – СПб: Сотис. - 1995.
- Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев В.С., Галявич А.С. Внутренние болезни. Учебник для ВУЗов. В 2-х томах. – 2004.
- Рийцик Д.Е., Райт Дж.Т., Смит С. Секреты артериальной гипертензии. – М.: БИНОМ – Пресс. - 2005.
- Суволокин Д.А. Гипертензия не приговор: жизнь продолжается! – Ростов-на-Дону: Феникс. - 2008.
- Фомина И.Г., Брагина А.Е. Артериальная гипертензия: клиника, диагностика, лечение: Справочник. М.: МЦФЭР. - 2004. – 386с.
- <http://kardiologia.policlinica.ru/kar58.html>
- <http://www.oblzdrav.ru/informkzo/docs/healthpokazatel.pdf>

РАЗМИНКА ДЛЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Ситуация: Больной жалуется острую боль в правом боку, общую слабость и высокую температуру. В анамнезе: неоднократная инфекция мочевыделительных путей, подозрение на наличие камней в почках. Врач назначает диету с содержанием 200 мг кальция и анализ мочи в течение 3 дней.

1. В уходе за больным с мочекаменной болезнью самым важным сестринским действием является:

1. измерение АД
2. фильтрация всей мочи
3. ограничение приема жидкости в ночные часы
4. обезболивание каждые 3 часа

2. Знания, которые помогут медсестре понять причины назначения строгой диеты, включающей 200 мг кальция, – это:

1. Чрезмерный прием кальция практически не влияет на камнеобразование в почках
2. Тироидные гормоны контролируют уровень кальция и фосфора в сыворотке крови
3. Если экскреция кальция снижена на фоне пробной диеты, причиной образования камней может быть гиперпаратирозидизм
4. Если экскреция кальция все еще высокая на фоне пробной диеты, питание можно отрегулировать

3. Исследование кальциевого баланса больного, проведенное после пробной диеты, показало отрицательные результаты. Объем кальция в питании увеличен до 400 мг (как в обычной

диете с низким содержанием кальция). Продукты, которые разрешены больному, это:

1. ванильное мороженое с шоколадным сиропом и орехами
2. красная рыба с сырным соусом
3. шоколадный пудинг
4. ростбиф с отварным картофелем

4. Название процедуры удаления камней из мочевого пузыря:

1. цистолитиаз
2. цистолитектомия
3. цистометрия
4. цистозэкстракция

5. Дието-терапия при почечных камнях кальциево-фосфатного происхождения вероятно будет:

1. с высоким содержанием кальция и фосфора, щелочная
2. с высоким содержанием кальция и фосфора, кислая
3. с низким содержанием пуринов и фосфора, щелочная
4. с низким содержанием кальция и фосфора, кислая

6. Если бы камни в почках были кальциево-оксалатного происхождения, больного, вероятно, пришлось бы посадить на диету:

1. с низким содержанием кальция и оксалатов, кислая
2. с низким содержанием кальция и оксалатов, щелочная
3. с низким содержанием метионина, кислая
4. с низким содержанием пуринов, щелочная.

(Ответы в следующем номере)

НОВЫЕ ИЗДАНИЯ

Петрова Н.Г., Додонова И.В., Погосян С.Г. Основы медицинского менеджмента и маркетинга. Учебное пособие . – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2013. – 352 с.

Работа в условиях рыночной экономики и медицинского страхования, когда появляется реальная конкуренция между различными медицинскими организациями и когда успешность деятельности организации определяется и характеризуется не только медицинскими, но и экономическими показателями, требует от руководителей и всего медицинского персонала новых подходов к организации лечебно-диагностического процесса, базирующихся на осознании и овладении основами менеджмента и маркетинга. В большой степени рациональная организация работы медицинских структур зависит от руководителей сестринских служб, которые призваны координировать и интегрировать процесс медицинского обслуживания пациента. Данное учебное пособие, написанное в доступной для медиков форме, позволяет руководителями освоить основные положения менеджмента и маркетинга.

Пособие предназначено для студентов и интернов факультетов высшего сестринского образования, бакалавров сестринского дела, будет полезно также для организаторов здравоохранения и студентов других факультетов медицинских образовательных учреждений (дипломного и последипломного образования).

Авторы:

Петрова Наталия Гурьевна – заведующая кафедрой сестринского дела Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, доктор медицинских наук, профессор

Додонова Инна Владимировна – ассистент кафедры сестринского дела Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им.И.П.Павлова

Погосян Саркис Геворкович – ассистент кафедры сестринского дела Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им.И.П.Павлова, кандидат медицинских наук

По вопросам приобретения обращаться по телефону: 346 10 32 (кафедра сестринского дела СПб ГМУ им. Павлова)

Правила оформления статей в журнал «Специалист здравоохранения»

Уважаемые авторы!

Представляемые для публикации статьи должны соответствовать тематике журнала и вносить вклад в развитие практики специалистов здравоохранения - медицинских сестер, лаборантов, фельдшеров, акушеров.

Рукописи пересылаются в редакцию в электронном виде на адрес редакции: mediteka21@mediteka.ru

Статья должна быть выполнена в редакторе **Microsoft Word 2003, 2007 или XP** и набрана **шрифтом Arial кегль 12 через 1 интервал** с полями (2x2x2x2).

Объем

Объем обзора литературы или лекции не должен превышать 7 стр., проблемной статьи – 4-5 стр., оригинального научного исследования – 4 стр., случая из практики – 2-3 стр. Количество страниц указано с учетом списка использованной литературы.

Оформление и структура

Рукописи должны иметь следующие разделы: название прописными буквами, инициалы и фамилия авторов, учреждение, которое они представляют, реферат (не более 200 слов), отражающий основные положения статьи. Далее следует основной текст рукописи. В конце статьи указываются официальный адрес для контакта, который будет опубликован в журнале, а также фактическая контактная информация автора, ответственного за публикацию, с которым редакция будет разрешать вопросы, возникшие при работе с текстом.

Основной текст оригинальных научных исследований должен включать следующие разделы: 1) введение или актуальность; 2) литературный обзор по теме; 3) методы исследования; 4) результаты и их обсуждение; 5) выводы или заключение; 6) список литературы.

В оригинальных научных исследованиях рекомендуется приводить таблицы, рисунки и схемы только при обоснованной необходимости. Количество таблиц, рисунков, схем должно быть не более 2.

Список литературы. Библиографические описания источников располагают в порядке упоминания их в тексте статьи и нумеруют арабскими цифрами. Ссылки на цитируемые работы в тексте дают в виде порядковых номеров, заключенных в квадратные скобки.

Примеры оформления списка литературы:

1. Горская О.А., Онохина Я.С., Сельков С.А. К вопросу о вертикальной передаче вирусного гепатита С // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – Спец. выпуск. – с. 24-25.
2. Петрова Н.Г., Додонова И.В., Погосян С.Г. Основы медицинского менеджмента и маркетинга. Учебное пособие. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2013. – 352 с.
3. Ключев В.М., Акимкин В.Г. Внутрибольничные инфекции: значение, определение, причины возникновения, структура, основные противоэпидемические мероприятия. Роль медицинского персонала в профилактике внутрибольничных инфекций. - <http://www.epidemiolog.ru/publications/detail.php?ID=824>. - Последний визит на сайт 11.01.13.

Редакция организует рецензирование, научное и литературное редактирование рукописей статей.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2013, № 1

Подписано в печать 20.07.2013. Формат 60 x 84 $\frac{1}{8}$. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 999 экз. Заказ № 3226.

198261, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47, кафедра сестринского дела с клинической практикой
тел.: (812) 543 13 63; E-mail: mediteka21@mediteka.ru