



Уважаемые коллеги!

Ноябрьский номер журнала открываем с главной медицинской сестрой Самарского областного клинического онкологического диспансера, президентом

Самарской региональной общественной организации медицинских сестер Вероникой Михайловной Пятикоп в связи со знаменательным событием — 85-летием медицинской организации, а значит и сестринской службы.

Открываем «праздничный» номер словами поздравления руководителя сестринской службы своим коллегам:

«Уважаемые коллеги, друзья, единомышленники! Примите искренние поздравления с 85-летием сестринской онкологической службы Самарского областного клинического онкологического диспансера. Это долгие годы, которые вы посвятили служению людям, оказанию медицинской помощи нашим пациентам. Сестринское дело — это призвание, зона ответственности высококвалифицированных специалистов, командная работа в системе «врач-пациент-медицинская сестра». Дорогие коллеги, наряду с выполнением профессиональных обязанностей, вы участвуете в конкурсах как профессиональных, так и творческих, публикуете печатные работы, являетесь наставниками, организуете и участвуете в концертах, занимаетесь спортом и выступаете с докладами — можно перечислять до бесконечности ваш потенциал. Позвольте выразить искреннюю благодарность всем, кто был и остается частью нашей большой команды. Впереди нас ждут новые достижения, сохраняя традиции и не останавливаясь в развитии, мы строим будущее сестринской онкологической службы. С юбилеем, дорогие коллеги! Пусть эта знаменательная дата станет отправной точкой для новых успехов и свершений».



Дорогие «именинники», я присоединяюсь к словам вашего лидера и от себя лично хочу пожелать всем добра, здоровья, благополучия и развития в профессии.

Традиционно, приглашаем к сотрудничеству и активному участию в работе журнала специалистов-практиков со средним медицинским образованием, преподавателей медицинских колледжей и центров повышения квалификации, студентов, специалистов с высшим сестринским образованием, представителей ассоциаций медицинских сестер, профессорско-преподавательский состав медицинских вузов. Ваш опыт в сфере профессиональной деятельности и ваши идеи очень важны для сестринского сообщества. С вашим непосредственным участием содержание журнала станет ещё более интересным, актуальным и насыщенным.

Присылайте статьи для публикации, предложения по новым темам и письма на электронный адрес: medsestra@panor.ru

Тема номера «История развития сестринской службы государственного учреждения здравоохранения "Самарский областной клинический онкологический диспансер"».

Главный редактор журнала,
доктор медицинских наук
Лариса Аркадьевна Карасева

СОДЕРЖАНИЕ

ISSN 2074-8043

ЖУРНАЛ «МЕДСЕСТРА» №11(228) 2025

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

Свидетельство о регистрации
ПИ № ФС 77-26358 от 30.11.2006

Журнал распространяется через подписку.

Оформить подписку с любого месяца можно:
1. На нашем сайте panor.ru;
2. Через нашу редакцию по тел. 8 (495) 274-2222 (многоканальный) или по заявке в произвольной форме на адрес: podpiska@panor.ru;
3. По официальному каталогу «Почты России» «Подписные издания» (индекс — П7255);
4. По «Каталогу периодических изданий. Газеты и журналы» агентства «Урал-пресс» (индекс на полугодие — 46310).

Телефон отдела подписки:
+7 (495) 274-22-22

Учредитель

Некоммерческое партнерство
Издательский Дом «ПРОСВЕЩЕНИЕ»
117042, г. Москва, ул. Южнобутовская, д. 45

Издатель

ООО «ПАНОРАМА»,
127015, г. Москва, Бумажный пр-д, д. 14, стр. 2

**Президент ИД «Панорама» —
Председатель Некоммерческого фонда
содействия развитию национальной
культуры и искусства**
К.А. Москаленко
Генеральный директор ИД «Панорама»
Г.К. Москаленко

Главный редактор
издательства «Медиздат» ИД «Панорама»:
Голикова Наталия Сергеевна, канд. мед. наук

Главный редактор журнала
Карасева Лариса Аркадьевна, д-р мед. наук

Издательство «МЕДИЗДАТ»
127015, г. Москва, Бумажный пр-д, д. 14, стр. 2
medizdat@panor.ru

Адрес электронной почты редакции:
medsestra@panor.ru

Отдел рекламы
Тел.: +7 (495) 274-22-22
reklama@panor.ru

Верстальщик
Королькова О.

Корректор
Дмитриева О.

Отпечатано в типографии
ООО «Типография «ПРОФПРИНТ»»,
117437, Москва, ул. Профсоюзная, д. 104

Установочный тираж 5000 экз.

Цена свободная

Подписано в печать 30.10.2025

СЛОВО РЕДАКТОРА.....1

УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

**История развития сестринской службы
государственного учреждения здравоохранения
«Самарский областной клинический
онкологический диспансер»**.....7
Пятикоп В. М.

В статье описана история развития онкологической сестринской службы диспансера, её становление, профессиональная деятельность медицинских сестер-ветеранов и заслуженных работников здравоохранения, история людей, посвятивших свою жизнь работе с особенными пациентами — пациентами, нуждающимися в особенной медицинской помощи и психологической поддержке.

**Обеспечение хирургической безопасности
при проведении анестезиологического пособия,
роль медицинской сестры-анестезиста** 17
Синева Т. В., Карягина М. А.

В последние десятилетия анестезиология и реаниматология достигли высокого уровня своего развития. Объем и содержание этого вида медицинской помощи значительно расширились, повысилась роль и ответственность медицинской сестры-анестезиста в лечении различного профиля тяжелых больных и пострадавших.

**Организация хирургической безопасности
в онкологическом отделении
«опухоли головы, шеи»**..... 25
Гонтарь О. В.

Для организации хирургической безопасности в онкологическом отделении, занимающемся лечением опухолей головы и шеи, важен мультидисциплинарный подход, при котором в лечении участвуют разные специалисты: хирурги, лучевые терапевты, химиотерапевты, пластические хирурги, а также медицинские сестры. О роли медицинской сестры онкологического профиля, о её компетенциях рассказывается в данной статье.

**Контроль качества и безопасности
медицинской деятельности
в эндоскопическом отделении ГБУЗ СОКОД**..... 33
Васильева Е. А.

В статье обращается внимание на важность качества и безопасности медицинской деятельности в эндоскопическом отделении.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

**Роль медицинской сестры операционной
при проведении хирургических операций
у пациентов онкологического профиля
в зависимости от этапа операции
и класса чистоты раны** 41
Гришунина С. А., Быкова Е. А., Власова Е. В.

Данная статья посвящена особенностям организации работы медицинской сестры операционной при выполнении хирургических операций первого и второго класса контаминации раны микроорганизмами.

**Внутренний контроль качества
и безопасности медицинской деятельности
на уровне онкологического отделения** 47
Климкина Н. В., Черная Т. К.

В статье описаны важность совершенствования лечебной деятельности, повышения качества оказания медицинской помощи, соблюдения требований лекарственной безопасности и безопасности обращения медицинских изделий в отделениях онкодиспансера.

НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

Лимфосцинтиграфия и порядок ведения пациента при положительном результате.....53
Титова Т. А.

С каждым годом в России увеличивается частота случаев диагностирования раковых заболеваний. Это связывают как с совершенствованием методов диагностики, так и с влиянием факторов, провоцирующих такие болезни. Несмотря на значительные успехи в лечении онкологии, данная патология характеризуется достаточно высоким уровнем летальности и, безусловно, для успешного лечения требует к себе самого пристального внимания со стороны высококвалифицированных специалистов.

Роль среднего медицинского персонала отделения радионуклидной диагностики в методике выполнения биопсии сигнальных лимфатических узлов с применением радиофармпрепарата у пациенток с диагнозом «рак молочной железы».....59
Волкова Ю. А.

В статье представлен метод выполнения биопсии сигнальных лимфатических узлов с применением радиологического препарата для тех пациенток, у которых в анамнезе отсутствуют метастазы в лимфатические узлы, с целью проведения органосохраняющей операции и предотвращения осложнений со стороны лимфатической системы.

СЕСТРИНСКАЯ ПРАКТИКА

Особенности ухода за пациентами с пролежнями в онкологическом отделении (абдоминальная онкология) № 264
Стрижкова Е. С., Михайлова А. Ю.

В статье отражена тема ухода за пролежнями и важность оказания помощи пациентам с нарушением целостности кожных покровов.

Сестринский уход за пациентами с колостомой.....70
Агешина Т. Г.

В последние годы в России отмечается устойчивая тенденция к увеличению числа людей, перенесших оперативные вмешательства с формированием кишечной стомы, что обусловлено прежде всего неуклонным ростом заболеваемости колоректальным раком, а также другими заболеваниями толстой кишки. Важным для поддержания качества жизни пациентов с колостомой является сестринский уход.

Пациент-ориентированный подход при госпитализации пациента с новообразованиями молочной железы в онкологическое отделение опухолей молочной железы № 1.....76

Ковальчук Ю. Ю.

Приём пациента в онкологическое отделение, особенно с диагнозом злокачественное образование молочной железы — это сложный и многоэтапный процесс, где медицинская сестра играет ключевую роль. Её функции распространяются далеко за рамки простого заполнения документационных форм.

Этапы переживания пациентом своей болезни.....82

Бадретдинова Г. Р., Матяшова Л. Р.

В статье рассказывается об оказании помощи пациенту в облегчении физических страданий, поддержке в духовном поиске и психологических переживаниях.

WORD OF THE EDITOR 1

PERSONNEL MANAGEMENT

History of the development of the nursing service of the state healthcare institution «Samara regional clinical oncological dispensary»..... 7

Pyatikop V. M.

This article describes the history of the oncology nursing service at the dispensary, its development, the professional activities of veteran nurses and honored healthcare workers, and the stories of people who dedicated their lives to working with special patients — patients who require specialized medical care and psychological support.

Ensuring surgical safety during anesthesiological care, the role of the nurse anesthetist..... 17

Sineva T. V., Karyagina M. A.

In recent decades, anesthesiology and resuscitation have reached a high level of development. The scope and content of this type of medical care have expanded significantly, and the role and responsibility of the nurse anesthetist in treating various types of critically ill and injured patients has increased.

Organization of surgical safety in the head and neck tumor oncology department25

Gontar O. V.

To ensure surgical safety in an oncology department treating head and neck tumors, a multidisciplinary approach is essential, involving various specialists in treatment: surgeons, radiation therapists, chemotherapists, plastic surgeons, and nurses. This article discusses the role and competencies of the oncology nurse.

Quality and safety control of medical activities in the endoscopic department of the samara regional clinical oncology dispensary.....33

Vasilyeva E. A.

This article highlights the importance of quality and safety of medical activities in the endoscopy department.

RESEARCH WORK

The role of the surgical nurse in cancer patients depending on the stage of the surgery and the wound cleanliness class 41

Grishunina S. A., Bykova E. A., Vlasova E. V.

СОДЕРЖАНИЕ / CONTENT

This article focuses on the specifics of organizing the work of an operating room nurse when performing surgical procedures with first and second class wound contamination.

Internal quality control and safety of medical activities at the level of the oncology department.....47

Klimkina N. V., Chernaya T. K.

This article describes the importance of improving clinical practice, enhancing the quality of medical care, and ensuring compliance with drug safety requirements and the safe handling of medical devices in the oncology departments of the Samara Regional Clinical Oncology Dispensary.

CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT

Lymphoscintigraphy and patient care in case of positive results.....53

Titova T. A.

The incidence of cancer diagnoses in Russia increases every year. This is attributed to both improved diagnostic methods and the influence of factors that trigger these diseases. Despite significant advances in cancer treatment, this pathology is characterized by a relatively high mortality rate and, undoubtedly, requires the utmost attention from highly qualified specialists for successful treatment.

The role of nurse of the radionuclide diagnostics department in the methodology of performing sentinel lymphnode biopsy using a radiopharmaceutical in patients with a diagnosis of breast cancer59

Volkova Yu. A.

This article presents a method for performing sentinel lymph node biopsy using a radiopharmaceutical in

patients with no history of lymph node metastases, with the aim of performing organ-preserving surgery and preventing lymphatic complications.

NURSE PRACTICE

Pressure ulcer care in oncology department (abdominal oncology) no. 264

Strizhkova E. S., Mikhailova A. Yu.

This article discusses the topic of pressure ulcer care and the importance of providing assistance to patients with skin integrity issues.

Nursing care for patients with colostomy70

Ageshina T. G.

In recent years, Russia has seen a steady increase in the number of people undergoing surgical procedures involving the formation of a colostomy, primarily due to the steady increase in colorectal cancer and other colon diseases. Nursing care is essential for maintaining the quality of life of patients with a colostomy.

Patient-centered approach to hospitalization of a patient with breast tumor to oncology department breast tumor no. 176

Kovalchuk Yu. Yu.

Admission to an oncology department, especially one diagnosed with breast cancer, is a complex and multi-step process, where the nurse plays a key role. Their responsibilities extend far beyond simply filling out forms.

Stages of a patient's experience of his illness82

Badretdinova G. R., Matyashova L. R.

This article discusses helping patients alleviate physical suffering, support their spiritual search, and manage psychological distress.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: 8 (495) 274-22-22 (многоканальный)

E-mail: podpiska@panor.ru

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Карасева Лариса Аркадьевна — директор Института сестринского образования, заведующая кафедрой сестринского дела Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России), главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Самарской области по управлению сестринской деятельностью, председатель экспертной группы Центральной аттестационной комиссии Минздрава России в Приволжском федеральном округе, доктор медицинских наук, профессор.

CHIEF EDITOR

Karaseva Larisa Arkad'evna — Director of the Institute of nursing education, Head of the Department of Nursing, Federal state budget educational institution of higher professional education «Samara state medical University» Ministry of healthcare of the Russian Federation (of the Samara state medical University of Minzdrav of Russia), the chief freelance specialist of the Ministry of health of the Samara region for the management of nursing activities, the Chairman of the expert group of the Central attestation Commission of the Ministry of health of Russia in the Volga Federal district, doctor of medical Sciences, Professor.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ/ EDITORIAL BOARD

Двойников Сергей Иванович — член экспертной группы Центральной аттестационной комиссии Минздрава России в Центральном федеральном округе, лауреат премии Правительства Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор кафедры сестринского дела Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России).

Dvoynikov Sergei Ivanovich — member of the expert group of the Central attestation Commission of the Ministry of health of Russia in the Central Federal district, the winner of the Government prize of the Russian Federation, doctor of medical Sciences, Professor, Department of nursing, Federal state budgetary educational institution of higher professional education «Samara state medical University» Ministry of healthcare of the Russian Federation (of the Samara state medical University of Minzdrav of Russia).

Фаризон Фредерик — хирург-ортопед Лаборатории физиологии упражнений PHD, доктор медицинских наук, профессор Университетской клиники Сент-Этьен (Франция).

Farizon Frederic — orthopedic surgeon of the laboratory of exercise physiology PHD, doctor of medical Sciences, Professor at the University clinic of Saint-Etienne (France).

Консон Клаудиа — супервизор по гериатрическому сестринскому уходу Южного департамента Министерства здравоохранения Израиля, кандидат медицинских наук, доцент кафедры сестринского дела Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России)

Conson Claudia — is a supervisor for geriatric nursing in the southern Department of the Israeli Ministry of health, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Nursing of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Samara State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation (FGBOU VO SamSMU of the Ministry of Health of the Russian Federation)

Резникова Марина Филипповна — главная медицинская сестра больничной кассы Clalit региона Иерусалима (Израиль), кандидат медицинских наук.

Reznikova Marina Phillipovna — chief medical nurse of the Clalit hospital Fund in the Jerusalem region (Israel), candidate of medical Sciences.

Шаповалова Марина Александровна — проректор по последипломному образованию, заведующий кафедрой экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России), доктор медицинских наук, профессор.

Shapovalova Marina Alexandrovna — Vice-rector for postgraduate education, head of Department of economy and health management with course of postgraduate education, Federal state budget educational institution of higher professional education «Astrakhan state medical University» Ministry of healthcare of the Russian Federation (DEPARTMENT IN Astrakhan state medical University of Minzdrav of Russia), doctor of medical Sciences, Professor.

Лалик Светлана Валентиновна — заведующий кафедрой теории и практики сестринского дела, декан факультета высшего сестринского образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБОУ ВО Тюменская ГМУ, доктор медицинских наук, профессор.

Lalik Svetlana Valentinovna — head of the Department of theory and practice of nursing, Dean of the faculty of higher nursing education of the Federal state budgetary educational institution of higher education «Tyumen state medical University» of the Ministry of health of the Russian Federation, Tyumen State Medical University, doctor of medical Sciences, Professor.

Медведева Ольга Васильевна — заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФДПО Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор.

Medvedeva Olga Vasil'evna — head of the Department of public health and health care with the course of health organization of the Federal state BUDGETARY educational institution of higher education «Ryazan state medical University» of the Ministry of health of the Russian Federation, doctor of medical Sciences, Professor.

Новокрещенова Ирина Геннадьевна — заведующий кафедрой экономики и управления здравоохранением и фармацией Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России), доктор медицинских наук, профессор.

Novokreschenova Irina Gennad'evna — head of the Department of Economics and management of health and pharmacy of the Federal state budgetary educational institution of higher professional education «Saratov state medical University named after V. I. Razumovsky» Ministry of health of the Russian Federation (DEPARTMENT of the Saratov state medical University them. V. I. Razumovsky Ministry of health of Russia), doctor of medical Sciences, Professor.

Булгакова Светлана Викторовна — заведующий кафедрой гериатрии и возрастной эндокринологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный

медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России), главный внештатный специалист министерства здравоохранения Самарской области по гериатрии, доктор медицинских наук, доцент.

Bulgakova Svetlana Viktorovna — head of the Department of geriatrics and age endocrinology of the Federal state budgetary educational institution of higher professional education «Samara state medical University» Ministry of healthcare of the Russian Federation (of the Samara state medical University of Minzdrav of Russia), the chief freelance specialist of the Ministry of health of the Samara region in geriatrics, doctor of medical Sciences, associate Professor.

Поздеева Татьяна Васильевна — заведующий кафедрой экономики, менеджмента и медицинского права, декан медико-профилактического факультета и факультета высшего сестринского образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России), доктор медицинских наук, доцент.

Pozdeeva Tatiana Vasil'evna — head of the Department of Economics, management and medical law, Dean of preventive medicine faculty and faculty of higher nursing education of the Federal state budgetary educational institution of higher professional education «Volga research medical University» Ministry of healthcare of the Russian Federation (of the «PYM» of Minzdrav of Russia), doctor of medical Sciences, associate Professor.

Мензул Елена Владимировна — заведующий кафедрой педагогики и цифровой дидактики Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России), кандидат психологических наук, доцент.

Menzul Elena Vladimirovna — head of the Department of pedagogy and digital didactics of the Federal state budgetary educational institution of higher education «Samara state medical University» of the Ministry of health of the Russian Federation (FGBOU VO Samsmu of the Ministry of health of the Russian Federation), candidate of psychological Sciences, associate Professor.

Скворцов Всеволод Владимирович — доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России), доктор медицинских наук.

Skvortcov Vsevolod Vladimirovich — associate Professor of the Department of propedeutics of internal diseases at Federal state budgetary educational institution «Volgograd state medical University» Ministry of healthcare of the Russian Federation (FSBEI Wagga Ministry of health of Russia), doctor of medical Sciences.

Вагина Елена Владимировна — заместитель директора по научно-методической работе государственного автономного учреждения дополнительного профессионального образования Нижегородской области «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения» ГАОУ ДПО НО ЦПК СЗ, кандидат медицинских наук.

Vagina Elena Vladimirovna — Deputy Director for scientific and methodological work of the state Autonomous institution of additional professional education of the Nizhny Novgorod region «Center for advanced training and professional retraining of healthcare professionals», candidate of medical Sciences.

Володин Анатолий Владимирович — директор государственного автономного профессионального

образовательного учреждения «Оренбургский областной медицинский колледж» (ГАПОУ «ОМК»), главный специалист министерства здравоохранения Оренбургской области по управлению сестринской деятельностью, председатель Правления Оренбургской региональной общественной организации «Ассоциация средних медицинских работников Оренбургской области», кандидат медицинских наук, доцент.

Volodin Anatoly Vladimirovich — Director of the State Autonomous professional educational institution "Orenburg Regional Medical College" (GAPOU "OOMK"), chief specialist of the Ministry of Health of the Orenburg region for nursing management, Chairman of the Board of the Orenburg Regional Public Organization "Association of Secondary Medical Workers of the Orenburg Region", Candidate of Medical Sciences, associate Professor.

Гиенко Галина Ивановна — главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью по Белгородской области, главная медицинская сестра Областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Gienko Galina Ivanovna — chief freelance specialist in nursing management in the Belgorod region, chief medical nurse of the regional state budgetary health institution «Belgorod regional clinical hospital of St. Joasaph», OGBUZ "Belgorod Regional Clinical Hospital of St. Joasaph.

Быкова Наталья Викторовна — главная медицинская сестра федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Красноярск, ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России.

Bykova Natalia Viktorovna — chief medical nurse of the Federal state budgetary institution «Federal center for cardiovascular surgery» of the Ministry of health of the Russian Federation Krasnoyarsk, FSBI "FCSSH" of the Ministry of Health of Russia.

Пятикоп Вероника Михайловна — главная медицинская сестра Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», ГБУЗ СОКОД, вице-президент Самарской региональной общественной организации медицинских сестер.

Pyatikop Veronika Mikhailovna — chief medical nurse of the state budgetary health institution «Samara regional clinical oncological dispensary», GBUZ SOKOD, Vice — President of the Samara regional public organization of nurses.

Кочетовская Елена Александровна — заведующая отделом инновационных технологий Государственного автономного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Мордовский республиканский центр повышения квалификации специалистов здравоохранения», ГАОУ ДПО Республики Мордовия «МРЦПКСЗ», кандидат медицинских наук.

Kochetovskaya Elena Alexandrovna — head of the Department of innovative technologies, state Autonomous educational institution of additional professional education «Mordovian Republican center for advanced training of healthcare professionals», GAOU DPO of the Republic of Mordovia "MRTSPK SZ", candidate of medical Sciences.

Аверин Александр Валерьевич — менеджер Всероссийской общественной организации «Союз медицинских профессиональных организаций».

Averin Alexander Valer'evich — Manager of the all-Russian public organization «Union of medical professional organizations».

DOI: 10.33920/med-05-2511-01

УДК 614.2

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»



В.М. Пятикоп

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, Россия

Резюме. В статье описана история развития онкологической сестринской службы диспансера, её становление, профессиональная деятельность медицинских сестер-ветеранов и заслуженных работников здравоохранения, история людей, посвятивших свою жизнь работе с особенными пациентами — пациентами, нуждающимися в особенной медицинской помощи и психологической поддержке.

Ключевые слова: онкологическая служба, сестринское дело, медицинские сестры, становление сестринской службы в онкодиспансере.

HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF THE NURSING SERVICE OF THE STATE HEALTHCARE INSTITUTION «SAMARA REGIONAL CLINICAL ONCOLOGICAL DISPENSARY»

V. M. Pyatikop

State Budgetary Healthcare Institution «Samara Regional Clinical Oncology Dispensary», 443031, Samara, Russia

Abstract. This article describes the history of the oncology nursing service at the dispensary, its development, the professional activities of veteran nurses and honored healthcare workers, and the stories of people who dedicated their lives to working with special patients — patients who require specialized medical care and psychological support.

Key words: oncology service, nursing, nurses, development of the nursing service at the oncology dispensary.

For correspondence: Pyatikop V. M. State Budgetary Healthcare Institution «Samara Regional Clinical Oncology Dispensary», 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: PyatikopVM@samaraonko.ru

Information about author:

Pyatikop V. M. — <https://orcid.org/0000-0001-5407-8047>

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Актуальность темы, посвященной медицинским сестрам в онкологической службе, обусловлена рядом факторов, определяющих в обществе неуклонный рост заболеваемости и возрастающую роль в оказании всесторонней поддержки пациентам и их семьям на протяжении всего пути лечения со стороны специалистов сестринского дела [2].

Временные тенденции в онкологии характеризуются переходом к персонализированной медицине и комплексному подходу к лечению, что требует от медицинских сестер не только высокого уровня профессиональной подготовки, но и умения адаптироваться к быстро меняющимся условиям и новым технологиям. Они должны обладать глубокими знаниями в области онкологии, химиотерапии, лучевой терапии, иммунотерапии, а также уметь эффективно взаимодействовать с членами мультидисциплинарной команды.

Кроме того, важным аспектом является психосоциальная поддержка онкологических пациентов, которые часто испытывают страх, тревогу, депрессию и другие эмоциональные расстройства. Медицинские сестры, благодаря своей непосредственной близости к пациентам, играют важную роль в оказании эмоциональной поддержки, консультировании и обучении пациентов

и их семей стратегиям управления стрессом и улучшения качества жизни.

Существенным фактором является также необходимость повышения престижа и привлекательности профессии медицинской сестры в онкологической службе. Учитывая высокую эмоциональную и физическую нагрузку, связанную с работой в онкологии, важно создать условия для профессионального роста, повышения квалификации и улучшения условий труда медицинских сестер, что, в свою очередь, будет способствовать привлечению и удержанию квалифицированных кадров.

История развития онкологической службы показывает, как с течением времени развивается сестринская служба, совершенствуется благодаря новым подходам и технологиям.

Потребность в надежных и постоянных помощниках — медицинских сестрах возникла с появлением первых специализированных кабинетов и отделений онкологической службы с 1938 года. Именно в это время на работу были приняты первые медицинские сестры и санитары, начат отсчет истории сестринского дела в онкологической службе города Куйбышева.

Большой вклад в развитие сестринского дела в онкологическом диспансере внесли Нина Трофимовна Ибряшкина, Нина Константиновна Мжельская (рис. 1).



Рис. 1. Главная медицинская сестра решает текущие вопросы вместе с коллегами

Нина Трофимовна Ибряшкина, старшая медицинская сестра, наладила взаимодействие между старшими медицинскими сестрами отделений, сформировала настоящую команду, учила подчиненных работать в тесном контакте друг с другом. Её достойным преемником стала Татьяна Владимировна Разливанова — вдохновитель нововведений сестринского дела в онкодиспансере.

Нина Константиновна Мжельская, главная медицинская сестра, личным примером поднимала престиж медицинской сестры в организации.

На протяжении длительного времени (с 1996 по 2011 гг.) возглавляла онкологическую сестринскую службу заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом Елена Викторовна Хворова. С открытием нового корпуса онкологического диспансера были организованы и оснащены рабочие места среднего и младшего медицинского персонала на самом высоком уровне. В работу среднего медицинского персонала были внедрены новые технологии по оказанию медицинских сестринских услуг и новые технологии стерилизационно-дезинфицирующего характера.

С 2012 года и по настоящее время, сестринскую службу возглавляет главная медицинская сестра Вероника Михайловна Пятикоп.

Под её руководством сестринская служба диспансера вышла на новый уровень развития. Был организован Совет по сестринскому делу, в который вошли самые опытные старшие медицинские сестры онкологического диспансера с высшим сестринским образованием. Результатом работы Совета по сестринскому делу стали инструкции и алгоритмы для стандартизации работы медицинских сестер, рабочие папки сестры хозяйки, процедурной медицинской сестры, перевязочной медицинской сестры, палатной медицинской сестры, Номенклатура дел старшей медицинской сестры, которые позволили стандартизировать работу сестринского персонала, организация регулярных целевых обходов отделений с целью проверки внедренных инноваций, контроля работы среднего и младшего медицинского персонала.

Работа кабинетов строгой асептики переведена на использование индивидуальных наборов, что значительно повысило качество

проведения медицинских манипуляций, снизило трудозатраты медицинских сестер на покрытие стерильных столов, заполнение медицинской документации. Исключена обработка изделий медицинского назначения однократного применения в отделениях, их утилизация происходит в отделении утилизации отходов. Эти изменения позволили медицинским сестрам больше времени уделять пациентам.

Дезинфекция и стерилизация проводятся централизованно в дезинфекционно-стерилизационном отделении, которое возглавляет старшая медицинская сестра Е. В. Анисимова (рис. 2).

В 2013 году в онкодиспансере был организован учебно-методический кабинет, который возглавила старшая медицинская сестра Татьяна Васильевна Синёва. Цель создания учебно-методического кабинета заключается в организации и проведении обучения среднего и младшего медицинского персонала без отрыва от производства. Учеба проводится как индивидуально, так и в группах. Учебно-методический кабинет оборудован проектором, экраном для использования в обучении специалистов видеофильмов и презентаций (рис. 3).

Необходимо отметить, что сестринская служба онкологического диспансера находится в постоянном процессе развития, специалисты сестринского дела делятся своим опытом с коллегами других медицинских организаций [3].

С целью повышения онкологической настороженности и для качественного проведения онкологических осмотров пациентов в первичном здравоохранении средним медицинским персоналом, было организовано и проведено обучение по онконастороженности на рабочих местах и в учебно-методическом кабинете более 900 сотрудников первичного здравоохранения Самарской области.

Большое значение в онкодиспансере уделяется работе с молодыми специалистами, которых курирует опытный наставник. Благодаря системе наставничества сокращается время адаптации молодого сотрудника в коллективе, который в максимально короткие сроки может приступить к самостоятельной работе. С 2013 года в онкодиспансере проводится посвящение молодых специалистов в про-



Рис. 2. Стерилизация в процессе



Рис. 3, 4. Процесс обучения в учебно-методическом кабинете

фессию с вручением им памятных брошюр и подарков (рис. 5).

Система наставничества, которая функционирует в онкодиспансере признана лучшей в Российской Федерации, что подтверждает победа в Третьем Всероссийском конкурсе «Лучшая система наставничества в здравоохранении» (рис. 6).

Новая система профессиональной уборки и дезинфекции (клининг) внедрена в ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» с марта 2014 года. Это отделение возглавляет старшая медицинская с высшей квалификационной категорией Синё-

ва Татьяна Васильевна. В отделении работают: один медицинский дезинфектор и шесть дезинфекторов. Организация деятельности данного отделения позволила сократить расход дезинфицирующих средств и оптимизировать работу младшего медицинского персонала при проведении всех видов уборок в палатах, административно-хозяйственных кабинетах, коридорах. Кроме того, это нововведение освободило время у младшего медицинского персонала для помощи медицинским сестрам по уходу за пациентами (рис. 7).

В 2014 году старшие медицинские сестры онкологического диспансера стали членами



Рис. 5. Торжественное посвящение молодых специалистов в профессию



Рис. 6. Первое место в третьем Всероссийском конкурсе «Лучшая система наставничества в здравоохранении»

секций при Российской ассоциации медицинских сестер: Синева Т.В. и Блинова О.К. — секции «Сестринское дело в онкологии», Бынкова С.В. — секции «Стерилизация», Афанасьева О.Б. — секции «Операционные медицинские сестры».

С 1 июля 2017 года в стационарных отделениях ГБУЗ СОКОД запущен проект «Клиническая медицинская сестра», который направлен на повышение качества и доступности оказания медицинской помощи пациентам, комфорта во время пребывания в стационаре.

УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

В настоящее время за каждой медицинской сестрой палатной закреплено около 12–15 пациентов, которых она ведет с момента поступления в отделение до момента выписки. При этом все медицинские сестры взаимозаменяемы, что гарантирует качественный уход за пациентами [1]. Переориентация медицинских сестер на универсальных специалистов сестринского дела приносит им новые знания и навыки, способствует раскрытию потенциала и повышению меры ответственности, помогает эффективнее работать всей медицинской организации, ориентируясь на пациентов (рис. 8, 9).

С целью обмена передового опыта с медицинскими организациями других регионов в 2019 году открыта Школа передовых сестринских технологий «Медицинские сестры в авангарде инноваций». Совместный проект с Самарским государственным медицинским университетом и медицинским колледжем им. Н. Ляпиной при поддержке Министерства здравоохранения Самарской области. На данный момент проведено шесть Школ передовых сестринских технологий на которых присутствовали более 1500 человек, представлено более 50 докладов об инновационном опыте работы медицинских сестер, продемонстрированы более 45 мастер-классов по организации и проведению простых сестринских манипуляций в условиях реалий современной медицины (рис. 10).

В 2020 году, когда в нашу жизнь ворвалась пандемия COVID-19, онкодиспансер

не закрывался ни на один день для наших пациентов. Учитывая низкий иммунитет у онкологических пациентов, сестринской службой, совместно с эпидемиологом, были предприняты все необходимые профилактические мероприятия:

- создание условий для профилактики COVID-19 в зоне входа в стационар;
- разведены потоки пациентов и сотрудников;
- организовано обеззараживание воздуха во входной зоне;
- организовано обеззараживание обуви при входе в коридорах консультативно-диагностических отделений;
- созданы условия по соблюдению дистанции в 1,5 метра;
- ограничение количества сопровождающих пациента до одного человека.

Для исключения ошибок при подсчете дорогостоящих химиотерапевтических препаратов была проведена модернизация программы электронного учета дорогостоящих химиотерапевтических препаратов. Для точного списания химиотерапевтических препаратов в миллиграммах, были внесены изменения в программу «Учет».

В работу среднего и младшего медицинского персонала постоянно внедряются новые технологии, например:

- для пациент-ориентированного ухода была внедрена в практику медицинская сестра клиническая в ночное и дежурное время;



Рис. 7. Уборка помещения в клининге

УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ



Рис. 8, 9. Передача смены клинической медицинской сестры у постели пациента



Рис. 10. Сертификат участника Школы передовых сестринских технологий

УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ



Карта динамической сестринской оценки пациента

№ палаты _____ Удовлетворительное состояние _____ Леч. врач _____ Мед. сестра _____
 ФИОи дата рождения пациента: _____

Критерии оценки		дата \ время											
Артериальное давление	Результат												
	Роспись												
Выделено по дренажам	1 дренаж												
	2 дренаж												
	3 дренаж												
	4 дренаж												
	Качество отделяемого												
	Роспись												
Выделено по катетеру	Утро/сутки												
	Роспись												
Стома	Утро												
	Роспись												
	Кратность оценки												
Прием пищи	8.00												
Риск падения (Шкала Морзе)	8.00												
Режим двигательной активности	8.00												
Роспись													
Персональная гигиена	утро												
Смена белья	утро												
Роспись													
Стул	Утро/за сутки												
	Утро												
Запор	Утро												
	Утро												
Диарея	Утро												
	Утро												
Осмотр на педикулез	1 раз в 7 дней												
Роспись													



Карта динамической сестринской оценки пациента

№ палаты _____ Средней степени тяжести _____ Леч. врач _____ Мед. сестра _____
 ФИОи дата рождения пациента: _____

Критерии оценки		дата \ время											
Артериальное давление	Результат												
	Роспись												
Выделено по дренажам	1 дренаж												
	2 дренаж												
	3 дренаж												
	4 дренаж												
	Качество отделяемого												
	Роспись												
Выделено по катетеру	Утро/сутки												
	Роспись												
Стома	Утро												
	Роспись												
	Дата												
Критерии оценки	Кратность оценки												
Прием пищи	8.00 / 16.00												
Риск падения (Шкала Морзе)	8.00/16.00												
Режим двигательной активности	8.00/16.00												
Роспись													
	Дата												
Критерии оценки	Кратность оценки												
Персональная гигиена	утро												
Смена белья	утро												
Роспись													
Стул	Утро/за сутки												
	Утро												
Запор	Утро												
	Утро												
Диарея	Утро												
	Утро												
Осмотр на педикулез	1 раз в 7 дней												
Роспись													

Рис. 11, 12. Карты динамической сестринской оценки пациента

- с целью реализации требований СанПиНа 3.3686–21 п. 3438 была проведена модернизация Карты динамической сестринской оценки пациента, внесен пункт смена постельного белья и отметка о факте проведения гигиенических процедур у пациентов, что облегчает контроль профилактики инфекций связанных с оказанием медицинских услуг (рис. 11, 12).

С целью поднятия престижа профессии и мотивации сестринского персонала ежегодно проводятся конкурсы профессионального мастерства. Также сотрудники постоянно участвуют в областных конкурсах, проводимых Министерством здравоохранения Самарской области и Самарской региональной общественной организацией медицинских сестер. В течение 13 лет было более 13 победителей в различных номинациях.

Необходимо отметить, что средний медицинский персонал несколько раз побеждал и на конкурсах профессионального мастерства Всероссийского уровня:

«Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» (2014) — 1 место в номинации «Лучшая старшая медицинская сестра», Е. А. Богуш;

«Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образова-

нием» (2015) в номинации «За верность профессии», П. П. Солдатова;

«Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» (2019) в номинации «За верность профессии», В. М. Пятикоп;

Премия им. акад. А. И. Савицкого в номинации «Лучший специалист по сестринскому делу», Ю. Н. Зуева.

С целью обеспечения доступной медицинской помощью пациентов паллиативного профиля в онкодиспансере в 2024 году внедрена программа сестринского консультирования с использованием мессенджеров, что повысило качество ухода за пациентами родственниками на дому. Также с этой целью, на постоянной основе, происходит корректировка памяток по уходу за пациентом на дому для обучения родственников приемам самоухода.

Старшие медицинские сестры онкодиспансера являются экспертами в первичной аккредитации медицинских сестер и лаборантов.

Сестринская онкологическая служба диспансера — это большая дружная семья, которая с теплотой и нежностью встречает молодых сотрудников, уважает опытных специалистов. Мы постоянно повышаем качество работы и стараемся внедрять инновации в работу среднего и младшего медицинского персонала (рис. 13).



Рис. 13. Команда руководителей сестринской службы онкологического диспансера

ЛИТЕРАТУРА

1. Гужвина О. В. Особенности деятельности сестринского персонала онкологического профиля /О. В. Гужвина //Медсестра. — 2022. — № 2; С. 7–11.
2. Девличарова Р. Ю. История развития онкологической службы в России /Р. Ю. Девличарова, Е. В. Засыпкина //БМИК. — 2017. — № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-razvitiya-onkologicheskoy-sluzhby-v-rossii>
3. Пятикоп В. М. Опыт внедрения инновационных технологий в деятельность сестринского персонала онкологической службы /В. М. Пятикоп, Л. А. Карасева //Медсестра. — 2016. — № 4; С. 5–14.

REFERENCES

1. Guzhvina O.V. Osobennosti deiatel'nosti sestrinskogo personala onkologicheskogo profilia [Features of the activities of nursing personnel in the oncology profile] /O.V. Guzhvina // Medsestra [Nurse]. – 2022. – No. 2; pp. 7-11. (In Russian)
2. Devlicharova R.Iu. Istoriia razvitiia onkologicheskoi sluzhby v Rossii [History of the development of the oncology service in Russia] /R.Iu. Devlicharova, E.V. Zasypkina // BMIK. – 2017. – No. 3. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-razvitiya-onkologicheskoy-sluzhby-v-rossii> (In Russian)
3. Piatikop V.M. Opyt vnedreniia innovatsionnykh tekhnologii v deiatelnost sestrinskogo personala onkologicheskoi sluzhby [Experience of introducing innovative technologies into the activities of nursing personnel in the oncology service] /V.M. Piatikop, L.A. Karaseva // Medsestra [Nurse]. – 2016. – No. 4; pp. 5-14. (In Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Пятикоп Вероника Михайловна, главная медицинская сестра ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: PyatikopVM@samaraonko.ru

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

INFORMATION ABOUT AUTHOR

Pyatikop Veronika Mikhailovna, head nurse of the State Budgetary Healthcare Institution «Samara Regional Clinical Oncology Dispensary», 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: PyatikopVM@samaraonko.ru

CONFLICT OF INTEREST

The author claim no conflict of interest.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: 8 (495) 274-22-22 (многоканальный)
E-mail: podpiska@panor.ru

DOI: 10.33920/med-05-2511-02

УДК: 614.2

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ, РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ-АНЕСТЕЗИСТА



Т.В. Синева

ГБУЗ «Самарский областной
клинический онкологический
диспансер»,
443031, г. Самара, Россия

М.А. Карягина

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, Россия

Резюме. В последние десятилетия анестезиология и реаниматология достигли высокого уровня своего развития. Объем и содержание этого вида медицинской помощи значительно расширились, повысилась роль и ответственность медицинской сестры-анестезиста в лечении различного профиля тяжелых больных и пострадавших.

Ключевые слова: онкологическая служба, сестринское дело, медицинские сестры-анестезисты, анестезиологическое пособие, хирургическая безопасность.

ENSURING SURGICAL SAFETY DURING ANESTHESIOLOGICAL CARE, THE ROLE OF THE NURSE ANESTHESIST

T.V. Sineva, M.A. Karyagina

State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary",
443031, Samara, Russia

Abstract. In recent decades, anesthesiology and resuscitation have reached a high level of development. The scope and content of this type of medical care have expanded significantly, and the role and responsibility of the nurse anesthetist in treating various types of critically ill and injured patients has increased.

Key words: oncology service, nursing, nurse anesthetists, anesthesiological care, surgical safety.

For correspondence: Sineva T.V., Karyagina M.A. State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: SinevaTV@samaraonko.ru, e-mail: KaryaginaMA@samaraonko.ru

Information about authors:

Sineva T.V. – <https://orcid.org/0000-0001-9955-5302>

Karyagina M.A. – <https://orcid.org/0009-0009-8923-7461>

АКТУАЛЬНОСТЬ

Послеоперационный период – это период от момента окончания операции до выписки из хирургического отделения и восстановления трудоспособности. Правильное ведение пациента в этом периоде играет важную роль в исходе хирургического вмешательства, особенно при онкологических заболеваниях, когда проводятся сложные и обширные операции, часто приводящие к инвалидизации пациентов. Именно в это время пациент нуждается в пациентоцентричном подходе к лечению и уходу. Непосредственно в это время проявляются в виде осложнений все ошибки предоперационной подготовки и самой операции. Основная цель послеоперационного периода – способствовать процессам регенерации и адаптации, происходящим в организме пациента, а также предупреждать, своевременно выявлять и бороться с возникающими осложнениями. В государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» особое внимание уделяется именно профилактике осложнений после оперативного лечения в ранний послеоперационный период. Внимание пациентам в этот период уделяют медицинские сестры-анестезисты – первые часы после проведения оперативного вмешательства именно они наблюдают за жизненно-важными показателями в палате пробуждения [1].

В онкодиспансере послеоперационная интенсивная терапия основана на наблюдении за пациентом, проводится с целью раннего выявления симптомов, свидетельствующих о неблагоприятном течении или о неадекватных реакциях

пациента на лечебные действия. Для качественного оказания медицинской помощи при анестезиологическом пособии в диспансере применяется командный подход к профилактике послеоперационных осложнений.

В предоперационном периоде, при осмотре пациента врачом анестезиологом-реаниматологом, выбирается вид анестезиологического пособия, обращается внимание на анамнез пациента и его физиологические особенности, совместно с медицинской сестрой-анестезистом принимается решение о тактике ведения пациента во время анестезиологического пособия и раннем послеоперационном периоде, при нахождении в палате пробуждения. Врач анестезиолог-реаниматолог передает клиническую ответственность медицинской сестре-анестезисту в выборе периферического катетера и места его установки. Медицинская сестра-анестезист выбирает катетер из расчёта необходимого объема вливаемой жидкости, необходимости проведения гемотрансфузии и физиологических особенностей пациента (рис. 1).

Командная работа прослеживается и в выборе положения пациента на операционном столе, врач анестезиолог-реаниматолог, совместно с медицинской сестрой-анестезистом и хирургом выбирают максимально комфортный, безопасный способ проведения анестезиологического пособия для обеспечения наилучшего хирургического доступа при оперативном вмешательстве и для избежания развития потенциальных осложнений, связанных с позиционным положением пациента на операционном столе [2]. Всё это позволяет снижать риск возникновения осложнений в раннем послеоперационном периоде (рис. 2, 3).

Размер, G	Цветовой код	Скорость потока жидкости, мл/мин	Диаметр, мм	Длина катетера, мм	Длина иглы, мм
14	Оранжевый	300	2,1	45	90
16	Серый	200	1,8	45	90
17	Белый	140	1,5	45	90
18	Зеленый	90	1,3	45	74
20	Розовый	61	1,1	33	62
22	Голубой	36	0,9	25	54
24	Желтый	15	0,7	19	45

Рис. 1. Критерии, по которым выбирается периферический катетер



Рис. 2, 3. Месторасположение пациента на операционном столе

После проведения оперативного вмешательства пациента из операционного блока переводят:

В профильное отделение направляют пациентов, оперированных с использованием местной (в том числе регионарной), либо общей анестезии, при условии уверенности врача анестезиолога-реаниматолога в отсутствии вероятности развития у них угрожающих жизни осложнений со стороны систем дыхания и кровообращения. При переводе пациента в профильное отделение клиническая ответственность передается медицинской сестрой-анестезистом медицинской сестре «клинической» профильного отделения, а именно – это результаты исследования физиологического состояния пациента (пульс, давление, сатурация, количество введенной жидкости, количество выделенной жидкости), информация о постановке периферического катетера, катетеризации центрального венозного катетера, осложнений при их использовании, наличие дренажей и их содержимого.

В палату пробуждения переводят пациентов, оперированных под общей анестезией, с признаками остаточного действия анестетиков и других использованных препаратов и с вероятностью развития у пациентов послеоперационной депрессии дыхания. В данном случае клиническая ответственность передается врачом анестезиологом-реаниматологом, проводившим анестезиологическое пособие, врачу анестезиологу-реаниматологу и медицинской сестре-анестезисту палаты пробуждения. Передаются результаты всех показателей жизнедеятельности пациента, особенности ведения во время операции.

В отделение реанимации и интенсивной терапии переводят пациентов, нуждающихся в профилактике развития нарушений гемостаза, связанных с перенесенной операцией, декомпенсацией основной, сопутствующей патологии. Клиническая ответственность в данном случае передается врачом анестезиологом-реаниматологом врачу анестезиологу-реаниматологу отделения реанимации и интенсивной терапии.

В палате пробуждения особая роль в

наблюдении за пациентом принадлежит медицинской сестре-анестезисту, которая регистрирует показатели дыхания, кровообращения, температуру тела, отмечает диурез, количество отделяемого по дренажам [3]. От точности этих показателей зависит своевременность и адекватность коррекции лечения. Для систематического контроля и для динамической оценки данных показателей в работу медицинской сестры-анестезиста внедрена «Карта наблюдения (отделения анестезиологии-реанимации – зал пробуждения)» (рис. 4).

Медицинская сестра-анестезист учитывает жалобы пациента, обращает внимание на выражение лица (страдальческое, спокойное, бодрое), на цвет кожных покровов (бледность, покраснение, цианоз) и их температуру при прикосновении. Медицинская сестра-анестезист регулярно следит за состоянием наиболее важных органов и систем пациента (рис. 5):

сердечно-сосудистая система (ССС) – о деятельности ССС медицинская сестра-анестезист судит по показателям пульса, ЭКГ-мониторинга, артериального давления, окраске кожных покровов;

органы дыхания – в послеоперационном периоде у пациентов в большей или меньшей степени, независимо от локализации операции, происходит уменьшение вентиляции легких (частое и поверхностное дыхание) за счет уменьшения дыхательных экскурсий (боль, вынужденное положение пациента), скопление бронхиального содержимого (недостаточное отхождение мокроты), для контроля за дыхательной системой медицинская сестра-анестезист контролирует частоту дыхательных движений и сатурацию;

- органы пищеварения – любое оперативное вмешательство отражается на функции органов пищеварения, даже если операция проводилась не на них; тормозящее воздействие ЦНС, ограничение активности пациента вызывает определенную дисфункцию органов пищеварения; особое внимание медицинская сестра-анестезист обращает на такие симптомы как тошнота



Рис. 4. Палата пробуждения



Рис. 5. Монитор, отражающий показатели состояния пациента в послеоперационном периоде

предупреждение регургитации рвотных масс в дыхательные пути, что может вызвать аспирационную пневмонию и асфиксию у пациента;

- мочевыделительная система – контроль за деятельностью данной системы осуществляется путем оценки количества и качества выделенной мочи по мочевому катетеру;
- наблюдение за послеоперационной повязкой – при выходе из наркоза, если у пациента развивается двигательное возбуждение, он может случайно сорвать или сдвинуть повязку, что может привести к кровотечению или инфицированию раны с последующим нагноением; повязка

может пропитаться кровью и при спокойном состоянии пациента, что свидетельствует о возможно возникшем кровотечении.

Обо всех вышеназванных случаях медицинская сестра-анестезист немедленно сообщает врачу анестезиологу-реаниматологу.

Результаты мониторинга пациента медицинская сестра-анестезист заносит в карту наблюдения (отделения анестезиологии-реанимации – зал пробуждения) с определенной периодичностью и анализирует динамику показателей (рис. 6).

Благодаря такой системе работы с пациентом при анестезиологическом пособии минимизируется риск осложнений и повышается качество оказания медицинской помощи в раннем послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калина О.А. Роль медицинской сестры-анестезиста в обеспечении анестезиологического пособия в детской практике /О.А. Калина //Старшая медицинская сестра. – 2020. – №4; С. 11-15.
2. Седова Е.В. Медсестра-анестезист и проблемы анестезиологической службы /Е.В. Седова, И.П. Королева, Н.В. Туркина, О.В. Васильев //Медицинская сестра. – 2013. – № 4; С. 28-33.
3. Утегалиев Б.У. Палата пробуждения в структуре ОПИТ /Б.У. Утегалиев, К.К. Ешкеев, Д.Р. Джунаев, Н.Т. Медеубаев, К.К. Ермагамбетов //West Kazakhstan Medical Journal. – 2012. – №3 (35). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/palata-probuzhdeniya-v-strukture-orit>

REFERENCES

1. Kalina O.A. The Role of the Nurse Anesthetist in Providing Anesthesiological Care in Pediatric Practice /O. A. Kalina //Senior Nurse. – 2020. – No. 4; pp. 11-15. (In Russian)
2. Sedova E.V. Nurse Anesthetist and Problems of the Anesthesiology Service /E.V. Sedova, I.P. Koroleva, N.V. Turkina, O.V. Vasiliev //Nurse. – 2013. – No. 4; pp. 28-33. (In Russian)
3. Utegaliev B.U. Recovery Room in the Intensive Care Unit Structure /B.U. Utegaliev, K.K. Yeshkeev, D.R. Dzhunayev, N.T. Medeubayev, K.K. Ermagambetov //West Kazakhstan Medical Journal. – 2012. – No. 3 (35). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/palata-probuzhdeniya-v-strukture-orit> (In Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Синева Татьяна Васильевна, старшая медицинская сестра отделения профессиональной уборки и дезинфекции Государственного бюджетного учреждения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: SinevaTV@samaraonko.ru

Карягина Марина Александровна, старшая медицинская сестра отделения анестезиологии-реанимации Государственного бюджетного учреждения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: KaryaginaMA@samaraonko.ru

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Tatyana Vasilyevna Sineva, Senior Nurse, Professional Cleaning and Disinfection Department, State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary," 50 Solnechnaya, Samara, 443031, e-mail: SinevaTV@samaraonko.ru

Marina Aleksandrovna Karyagina, Senior Nurse, Anesthesiology and Intensive Care Department, State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary," 50 Solnechnaya, Samara, 443031, e-mail: KaryaginaMA@samaraonko.ru

CONFLICT OF INTEREST

The authors claim no conflict of interest.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: 8 (495) 274-22-22 (многоканальный)

E-mail: podpiska@panor.ru

DOI: 10.33920/med-05-2511-03

УДК: 614.2

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ «ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ, ШЕИ»



О.В. Гонтарь

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, Россия

Резюме. Для организации хирургической безопасности в онкологическом отделении, занимающемся лечением опухолей головы и шеи, важен мультидисциплинарный подход, при котором в лечении участвуют разные специалисты: хирурги, лучевые терапевты, химиотерапевты, пластические хирурги, а также медицинские сестры. О роли медицинской сестры онкологического профиля, о её компетенциях рассказывается в данной статье.

Ключевые слова: онкологическая служба, сестринское дело, медицинские сестры, хирургическая безопасность, мониторинг состояния пациента.

ORGANIZATION OF SURGICAL SAFETY IN THE HEAD AND NECK TUMOR ONCOLOGY DEPARTMENT

O.V. Gontar

State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", 443031, Samara, Russia

Abstract. To ensure surgical safety in an oncology department treating head and neck tumors, a multidisciplinary approach is essential, involving various specialists in treatment: surgeons, radiation therapists, chemotherapists, plastic surgeons, and nurses. This article discusses the role and competencies of the oncology nurse.

Key words: oncology service, nursing, nurses, surgical safety, patient condition monitoring.

For correspondence: Gontar O.V. State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: GontarOV@samaraonko.ru

Information about author:

Gontar O.V. <https://orcid.org/0009-0002-7201-7779>

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ СОКОД) – 11-й проект в мире и второй в Европе специализированный центр по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации онкологических больных. Мощность поликлиники онкодиспансера составляет 600 посещений в смену, а ста-

ционара – 946 коек.

Онкологическое отделение «опухоли головы и шеи» (на 37 коек) оказывает лечебно-диагностическую помощь жителям городов и районов области, а также жителям других регионов России. Лечение пациентов в отделении осуществляется ежедневно круглосуточно. В отделении проходят лечение пациенты с доброкачественными и злокачественными новообразованиями:

гортани, носоглотки, полости рта, ротоглотки, нижней и верхней челюстей, щитовидной железы, кожи, слюнных желез.

Отделением проводятся следующие операции: резекции и экстирпации гортани, резекции верхней и нижней челюсти, резекции и экстирпации щитовидной железы, резекции дна полости рта, резекции и экстирпации языка, гемитиреоидэктомии, операции на мягких тканях с пластикой, пластика ротоглотки, пластика носоглотки, основания черепа.

Одним из основных направлений в работе медицинских сестер отделения является обеспечение хирургической безопасности пациентов. Хирургическая безопасность – это система профилактики рисков, связанных с оперативными вмешательствами, с целью уменьшения числа предотвратимых случаев осложнений и летальности. Задача хирургической безопасности – обеспечить безопасность пациента на всех этапах его нахождения в медицинской организации: от поступления в стационар (по экстренным показаниям или в плановом порядке), предоперационной подготовки, выполнения оперативного вмешательства, послеоперационного лечения и выписки пациента на амбулаторное наблюдение.

В России система хирургической безопасности регламентирована приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Документ содержит стандарт: «Обеспечение хирургической безопасности. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами».

Для обеспечения хирургической безопасности в стационаре разрабатываются стандартные операционные процедуры (СОПы) – документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур, содержащие формализованные алгоритмы действий.

Меры для обеспечения хирургической безопасности пациента включают:

ИДЕНТИФИКАЦИЮ ПАЦИЕНТА

Перед любым лечением или вмешательством пациента необходимо идентифицировать – используются два идентифици-

рованных признака: фамилия, имя, отчество; число, месяц, год рождения пациента. Алгоритм идентификации применяется:

- при обращении пациента в ГБУЗ СОКОД, в том числе в регистратуру и приемное отделение;
- при проведении пациенту любых диагностических мероприятий (осмотр врача, взятие крови и других биологических жидкостей или тканей на анализ, проведение инструментальных исследований);
- при проведении любых лечебных мероприятий (осмотр врача, проведение хирургических вмешательств, проведение лекарственной терапии, проведение лучевой терапии, проведение инвазивных процедур, в том числе внутримышечных, внутривенных, подкожных инъекций, выполнение перевязок, перевод и транспортировка пациента между палатами и отделениями стационара, переливание крови, назначение лечебного питания, проведение физиотерапевтического и реабилитационного лечения).

Некоторые из пациентов после оперативного лечения не имеют возможности разговаривать, поэтому фамилию, имя, отчество и число, месяц, год рождения пишут на листке бумаги.

РИСКИ ПАДЕНИЯ

При госпитализации пациентов, сестринским персоналом, оценивается риск падения по шкале МОРЗЕ – медицинская сестра производит отметку в «Карте динамической сестринской оценки пациента» (рис. 1).

Шкала Морзе используется с целью выявления пациентов, у которых велика вероятность падения. Пациентов с высоким риском падения в отделение транспортируют на каталках и с сопровождением. Большое внимание уделяется рациональной планировке пространства, например, взаиморасположение поста медицинской сестры и палаты для пациента с высоким риском падения, которая размещается поблизости от поста медицинской сестры с целью постоянного наблюдения. Кровать с поднятыми с двух сторон ограничителями маркируется специальным знаком (рис. 2).

УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ



Карта динамической сестринской оценки пациента

№ палаты _____ Удовлетворительное состояние _____ Леч. врач _____ Мед. сестра _____
 ФИОи дата рождения пациента: _____

Критерии оценки		дата время																									
Артериальное давление	Результат																										
	Роспись																										
Выделено по дренажам	1 дренаж																										
	2 дренаж																										
	3 дренаж																										
	4 дренаж																										
	Качество отделяемого																										
Выделено по катетеру	Утро/сутки																										
	Роспись																										
Стома	Утро																										
	Роспись																										
	Кратность оценки																										
Прием пищи	8.00																										
Риски падения (Шкала Морзе)	8.00																										
Режим двигательной активности	8.00																										
Роспись																											
Персональная гигиена	утро																										
Смена белья	утро																										
Роспись																											
Стул	Утро/за сутки																										
Норма	Утро																										
Запор	Утро																										
Диарея	Утро																										
Осмотр на педикулез	1 раз в 7 дней																										
Роспись																											

Рис. 1. Карта динамической сестринской оценки пациента



Рис. 2. Маркировка кровати пациента с высоким риском падения

Перемещение таких пациентов на диагностику или лечение осуществляется специалистами отдела транспортировки, в котором работают младшие медицинские сестры по уходу, обладающие навыками оказания первой доврачебной помощи. В послеоперационном периоде медицинская сестра постоянно контролирует уровень риска падения и вносит корректировки в уход и транспортировку пациента. Для профилактики падения в отделении имеются противоскользкие коврики.

Предоперационная подготовка

С целью соблюдения хирургической безопасности в предоперационном периоде медицинская сестра проводит подготовку пациента к операции. Совместно с врачом, накануне операции формируется предполагаемый хирургический разрез и проговаривается какой объем кожных покровов необходимо подготовить к операции. Медицинская сестра придерживается следующих правил [1]:

- волосы возле или вокруг операционного поля не удаляются, если не мешают проведению операции;
- при необходимости волосы удаляются непосредственно перед оперативным вмешательством, с использованием хирургических клиперов;
- уход за кожными покровами пациента перед операцией проводится согласно требованиям СанПиН 3.3686-21 с отметкой в карте динамической оценки пациента;
- принятие пациентом гигиенического душа перед операцией обязательно.

Для осуществления гигиенических мероприятий каждая палата отделения оснащена душевой кабиной.

С целью профилактики тромбоэмболических осложнений накануне операции медицинская сестра накладывает пациенту эластичные бинты и объясняет важность их применения.

Транспортировка пациентов из отделения, операционного блока, палаты пробуждения, из ОРИИТ осуществляется медицинской сестрой профильного отделения и младшей медицинской сестрой отдела транспортировки. При этом соблюдается процесс преемственности: непрерывное оказание медицинской помощи, передача

клинической ответственности. Медицинские сестры передают пациентов с картами наблюдения и своими комментариями по их состоянию, таким образом в ранний послеоперационный период минимизируются осложнения у пациентов.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

В ранний послеоперационный период медицинская сестра при возвращении пациента в палату в течении двух часов регулярно контролирует его функциональное состояние и заносит данные мониторинга в карту динамического наблюдения, где четко прослеживается изменение состояния пациента в динамике.

Важным фактором в хирургической безопасности является адекватное обезболивание. Тактику обезболивания назначает врач, медицинская сестра проводит регулярную оценку боли с использованием визуальной аналоговой шкалы. Благодаря динамической оценке можно контролировать уровень боли, качество обезболивания [2]. В онкологической практике этот раздел работы очень важен в виду особенности оперативных вмешательств в области головы и шеи (рис. 3, 4).

В послеоперационном периоде очень важна ранняя вертикализация пациента с целью предупреждения послеоперационных осложнений со стороны дыхательной системы.

С целью профилактики падений в послеоперационном периоде медицинская сестра обучает пациентов правилам вызова медицинского персонала. Для этого разработана инструкция по использованию кнопки «Вызов медицинской сестры» – памятка красочная и содержит доступную информацию (рис. 5). Благодаря системному подходу к проблеме риска падения были минимизированы случаи падения пациентов.

Рис. 5. Инструкция по использованию экстренной кнопки «Вызов медицинского персонала»

Для минимизации катетерассоциированной инфекции соблюдаются меры профилактики:

- чаще всего периферический катетер ставится медицинской сестрой-анестезистом в операционном

УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Карта оценки интенсивности боли пациента

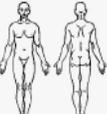
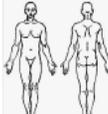
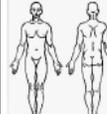
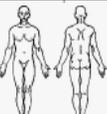
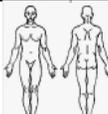
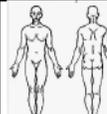
ФИО пациента _____	Дата рождения _____	Отделение _____	№ палаты _____
Дата время			
Интенсивность боли			
Сильная боль			
Боль средней интенсивности			
Слабая боль			
Нет боли			
Локализация боли			
Подпись ответственной медицинской сестры			
Дата время			
Интенсивность боли			
Сильная боль			
Боль средней интенсивности			
Слабая боль			
Нет боли			
Локализация боли			
Подпись ответственной медицинской сестры			

Рис. 3. Карта оценки интенсивности боли пациента

Пояснения к оформлению «Карты оценки интенсивности боли пациента»

Карта оценки заводится во всех отделениях хирургического профиля, при первых признаках появления болевого синдрома.

Дата и время интенсивности боли фиксируется не менее 4х раз в сутки, с отметкой в соответствующей графе в виде графика (измененной кривой линии "от точки до точки").

При проведении обезболивания (в соответствии с назначением врача), необходимо провести повторный контроль за пациентом через 30-40 минут после проведения обезболивания с отметкой интенсивности боли в карте.

При частом возникновении боли и активным наблюдением за пациентом, более 4х раз в сутки, возможно оформление изменения интенсивности боли с продолжением текущей даты в следующей графе.

В графе "локализация боли", место наибольшей болезненности помечается крестиком "X".

Ставится подпись под записью.

Карта оценки интенсивности боли составлена на основании 4-балльной вербальной рейтинговой шкалы оценки боли. Вербальная рейтинговая шкала позволяет оценить интенсивность выраженности боли путем качественной словесной оценки. Интенсивность боли описывается определенными терминами в диапазоне от 0 (нет боли) до 4 (самая сильная боль). Из предложенных вербальных характеристик пациенты выбирают ту, которая лучше всего отражает испытываемые ими болевые ощущения.

Пациенту можно предложить оценить интенсивность боли по линейке:

нет боли (0—10 мм), слабая боль (11 — 44 мм), умеренная боль (45 — 74 мм), сильная боль (75 — 100 мм).

Данная шкала может быть полезна для оценки как хронической, так и острой боли.

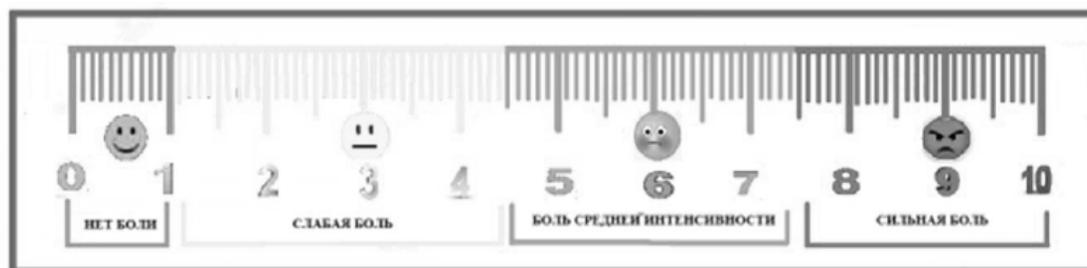


Рис. 4. Комментарии к оформлению Карты оценки интенсивности боли пациента

УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Инструкция по использованию экстренной кнопки «Вызов медицинского персонала»

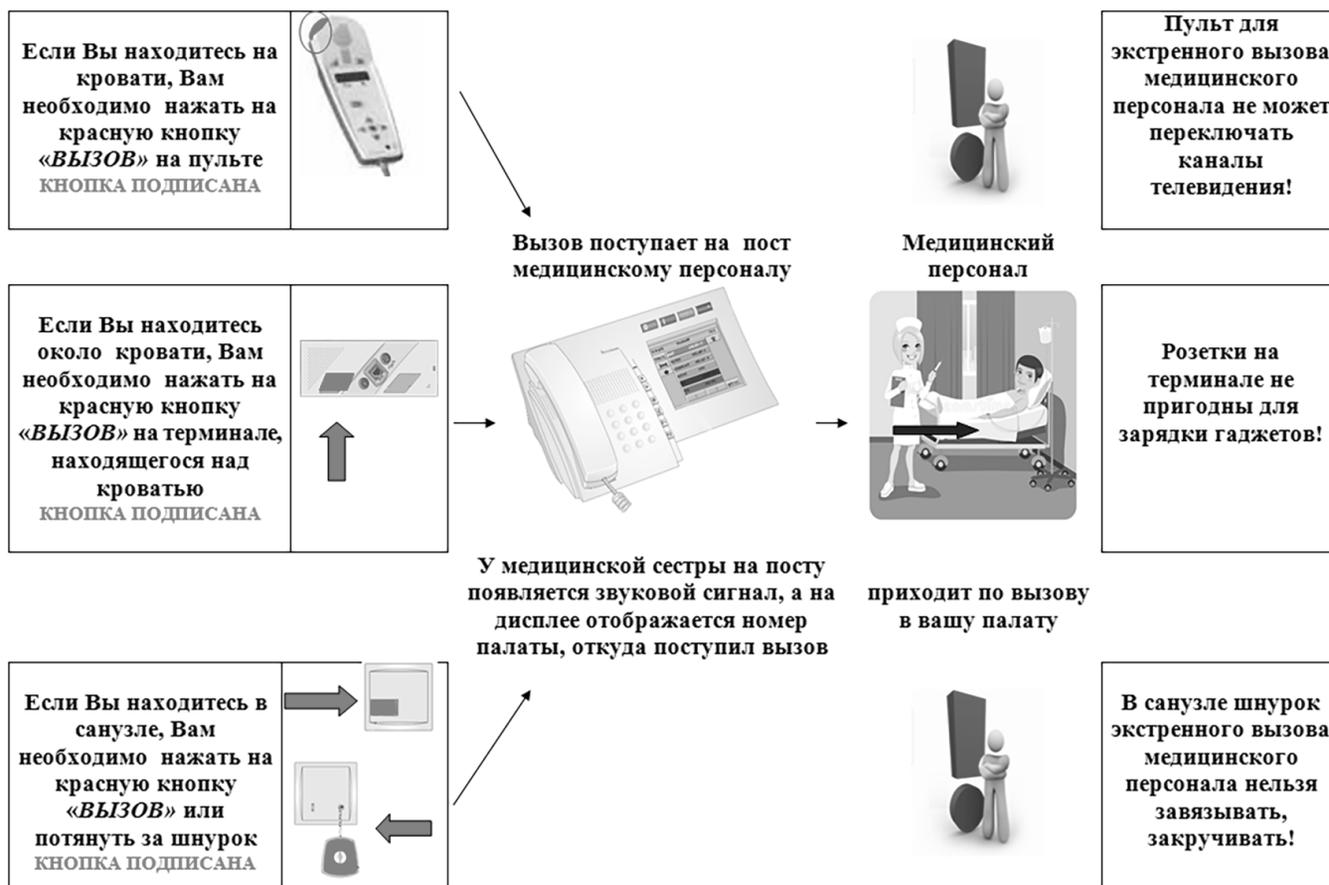


Рис. 5. Инструкция по использованию экстренной кнопки «Вызов медицинского персонала»

блоке, выбор катера основывается на длительности его установки и объемах вводимых лекарственных препаратов;

- медицинская сестра отделения в обязательном порядке ведет контрольный лист постановки, наблюдения и ухода за катетером (рис. 6), о малейших изменениях в области постановки катетера медицинская сестра докладывает врачу;
- для контроля за состоянием периферического катетера используются только повязки с прозрачным окошком [3].

Говоря о хирургической безопасности, нельзя не обратить внимание на проведение перевязок. В онкодиспансере эта сестринская манипуляция стандартизирована (СОП 058) При перевязках используется

индивидуальная стерильная укладка для каждого пациента, проводится только бесконтактная перевязка.

Часто пациенты отделения выписываются домой с трахеостомами и желудочными зондами, в связи с этим медицинские сестры заинтересованы в обучении пациентов правилам ухода за трахеостомой, для повышения качества жизни пациентов после проведенной операции. Социализация пациента – это очень важный момент его дальнейшей жизни после проведенного лечения по онкологическому профилю. Медицинские сестры отделения в ранний послеоперационный период в процессе ухода объясняют пациентам каждое свое действие проговаривая для чего проводится та или иная манипуляция. В первые дни после операции пациент внимательно слушает медицинскую сестру. Когда пациент

УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Контрольный лист постановки, наблюдения и ухода за периферическим венозным катетером.

Ф.И.О. пациента: _____

Номер истории болезни _____

Размер катетера (обвести) 10, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 26

Изготовлен из (подчеркнуть): тефлона; полиуретана;

Место установки катетера (подчеркнуть):

вены кисти (прав, лев), вены предплечья (прав, лев), вены в области локтевого сгиба (прав, лев), вены плеча (прав, лев), вены нижних конечностей (прав, лев).

Дата установки _____

ФИО и подпись медицинского персонала _____

Дата удаления _____

ФИО и подпись медицинского персонала _____

Причина удаления катетера (подчеркнуть):

наличие ЦВК, отмена инфузии, _____
(иная причина)

Развитие осложнений _____

Наблюдение и уход

1	Процедура	Дата											
2	Оценка места венопункции по Шкале флебитов (отметить)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	Обработка места установки и смена повязки	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да	
		нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	
4	Промывание (указать время)												
5	Комментарий по поводу или отсутствия	Болusное введение											
		Применение системы											
		Непрерывная инфузия											
		Применение помпы											
6	ФИО медицинского работника												
7	и подпись												

Рис. 6. Контрольный лист постановки, наблюдения и ухода за периферическим венозным катетером

УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

становится морально готов медицинская сестра визуализирует свои действия и позволяет ему провести самоход под своим руководством. В дальнейшем пациент самостоятельно проводит самоход, например,

за трахеостомой, медицинская сестра при этом оценивает качество проведенных им манипуляций. Таким образом, к выписке из стационара пациент полностью овладевает необходимыми приемами самохода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морозов А.М. Методы обработки операционного поля (обзор литературы) /А.М. Морозов, О.В. Пельтихина, А.Н. Пичугова, Ю.Е. Минакова, И.Г. Протченко //ВНМТ. – 2020. – №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metody-obrabotki-operatsionnogo-polya-obzor-literatury>
2. Мохов Е.М. Оценочные шкалы боли и особенности их применения в медицине (обзор литературы) /Е.М. Мохов, В.А. Кадыков, А.Н. Сергеев, Э.М. Аскеров, И.В. Любский, А.М. Морозов, И.М. Радайкина //Верхневолжский медицинский журнал. – 2019. – №18 (2); С. 34-37.
3. Сыров А.В. Применение периферических венозных катетеров в клинической практике /А.В. Сыров, Е.Н. Матвеева, О.Г. Гирина //Трудный пациент. – 2011. – №10. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-perifericheskikh-venoznyh-kateterov-v-klinicheskoy-praktike>

REFERENCES

1. Morozov A.M. Methods of processing the surgical field (literature review) /A.M. Morozov, O.V. Peltikhina, A.N. Pichugova, Yu.E. Minakova, I.G. Protchenko //VNMT. – 2020. – No. 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metody-obrabotki-operatsionnogo-polya-obzor-literatury> (In Russian)
2. Mokhov E.M. Pain assessment scales and their application in medicine (literature review) /E.M. Mokhov, V.A. Kadykov, A.N. Sergeev, E.M. Askerov, I.V. Lyubsky, A.M. Morozov, I.M. Radaykina //Upper Volga Medical Journal. – 2019. – No. 18 (2); pp. 34-37. (In Russian)
3. Syrov A.V. Use of peripheral venous catheters in clinical practice /A.V. Syrov, E.N. Matveeva, O.G. Girina //Difficult patient. – 2011. – No. 10. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-perifericheskikh-venoznyh-kateterov-v-klinicheskoy-praktike> (In Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Гонтарь Оксана Викторовна, старшая медицинская сестра онкологического отделения «Опухоли головы, шеи» № 1, ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: GontarOV@samaraonko.ru

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

INFORMATION ABOUT AUTHOR

Gontar Oksana Viktorovna, senior nurse, oncology department "head and neck tumors" No. 1, State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: GontarOV@samaraonko.ru

CONFLICT OF INTEREST

The author claim no conflict of interest.

DOI: 10.33920/med-05-2511-04

УДК: 614.2

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГБУЗ СОКОД



Е.А. Васильева

ГБУЗ «Самарский областной
клинический онкологический
диспансер», 443031, г. Самара, Россия

Резюме. В статье обращается внимание на важность качества и безопасности медицинской деятельности в эндоскопическом отделении.

Ключевые слова: онкологическая служба, сестринское дело, медицинские сестры, стандартизация процессов, идентификация пациента, безопасная среда.

QUALITY AND SAFETY CONTROL OF MEDICAL ACTIVITIES IN THE ENDOSCOPIC DEPARTMENT OF THE SAMARA REGIONAL CLINICAL ONCOLOGY DISPENSARY

E.A. Vasilyeva

State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary",
443031, Samara, Russia

Abstract. This article highlights the importance of quality and safety of medical activities in the endoscopy department.

Key words: oncology service, nursing, nurses, process standardization, patient identification, safe environment

For correspondence: Vasilyeva E.A. State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: VasilevaEA@samaraonko.ru

Information about author:

Vasilyeva E.A. <https://orcid.org/0009-0006-6395-8189>

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Важным принципом функционирования каждой медицинской организации является непрерывное повышение качества и безопасности оказания медицинской помощи.

Уровень качества и безопасности – это управляемый показатель, который зависит от применяемых методов управления [1, 3].

На примере эндоскопического отделения Самарского областного клинического

онкологического диспансера (СОКОД), хочу рассказать о мероприятиях, позволяющих осуществлять контроль качества и безопасности деятельности среднего и младшего медицинского персонала.

В контроле качества оказания медицинской помощи огромную роль играет стандартизация процессов, которая подразумевает наличие СОПов, алгоритмов, памяток и других локальных документов, созданных для достижения единообразия при выполнении стандартных медицинских процедур. Необходимо отметить, что короткие четкие правила позволяют медицинскому персоналу быстро и безошибочно провести медицинскую манипуляцию [2].

В работе эндоскопического отделения используется СОП по обработке эндоскопов при нестерильных эндоскопических вмешательствах, в котором подробно описаны этапы обработки эндоскопов, концентрация рабочего раствора и время экспозиции (рис. 1).

Для описания последовательности действий с целью достижения определенного результата разработаны также алгоритмы разведения дезинфицирующих средств, памятки по проведению разных видов уборок и т.д.

Регулярное проведение обучения среднего медицинского персонала, на рабочем месте, с последующим принятием зачетов либо тестирований, позволяет оценить степень подготовленности медицинских сестер к дальнейшей работе.

Ведущая роль в обеспечении безопасности оказания медицинской помощи отведена идентификации личности пациента. В эндоскопическом отделении проводится двухфакторная идентификация личности – по фамилии, имени и отчеству, дате, месяцу и году рождения, согласно стандарту организации (СТО), разработанному в онкодиспансере. В стандарте отражены четкие алгоритмы на разные ситуации, например, как провести идентификацию личности у пациента с нарушением слуха или речи, у пациента, находящегося без сознания и т.п.

Говоря о контроле качества, нельзя не сказать об эпидемиологической безопасности, которая является одним из основополагающих звеньев в цепочке

контроля качества – это и микробиологический анализ и разного рода посевы на стерильность, порядок гигиены рук, порядок обращения с отходами и прочее.

Следующая составляющая безопасности оказания медицинской помощи – лекарственная безопасность и безопасное использование медицинских изделий. Во время обхода старшая медицинская сестра контролирует правильное хранение и использование лекарственных препаратов и медицинских изделий в кабинетах согласно утвержденным СОПам. Что это значит? При вскрытии флакона, например, лидокаина-спрея для орошения глотки при ЭГДС, на нём отмечается дата вскрытия. На флаконах с кожным антисептиком, препаратах для быстрой дезинфекции также проставляется дата вскрытия. Хранение стерильных и нестерильных медицинских изделий должно быть строго отдельным.

Особое внимание старшая медицинская сестра должна уделять срокам годности лекарственных препаратов, дезинфицирующих и моющих средств, кожных антисептиков, медицинских изделий.

В онкодиспансере введен алгоритм вербальных назначений, что особенно актуально, в том числе, и для эндоскопического отделения. При возникновении у пациента состояния, при котором требуется проведение неотложной терапии, врач не тратит время для прописывания назначений лекарственных препаратов. В устной форме доктор говорит медицинской сестре какой препарат и сколько нужно ввести пациенту. Медицинская сестра проговаривает назначения и свои действия вслух. После выполнения всех назначений и коррекции состояния пациента врач вносит в карту пациента данные о проведенных мероприятиях. Медицинская сестра ставит свою подпись. Таким образом осуществляется контроль по данной ситуации (рис. 2).

Немаловажным аспектом в области контроля качества и безопасности медицинской деятельности является преемственность и клиническая ответственность со стороны медицинских работников. Например, из отделения стационара на колоноскопию приводят

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Самарский областной клинический онкологический диспансер"



УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ГБУЗ СОКОД

А.Е. Орлов

« 04 » 04 20 19 г.

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА

**Порядок действий процедурной медицинской сестры при проведении
обработки эндоскопов при нестерильных эндоскопических
вмешательствах
СОП ГБУЗ СОКОД 036**

	<p>1. После проведения эндоскопического исследования не отсоединяя эндоскоп от источника света провести предварительную очистку внешних поверхностей вводимой трубки, протирая одноразовой салфеткой, смоченной раствором моющего средства по направлению от блока управления к дистальному концу. Каналы промыть, опустить дистальный конец эндоскопа в емкость с моющим раствором.</p>
	<p>2. Отсоединить эндоскоп от осветителя, видеопроцессора, аспирационного насоса, снять клапаны. Присоединить водонепроницаемый колпачок к коннектору эндоскопа. Перенести эндоскоп в моечное помещение в лотке в закрытом виде.</p>
	<p>3. Провести тест на герметичность с помощью пробника для проверки утечек .</p>
	<p>4. Сбросить использованные медицинские перчатки в контейнер для сбора отходов класса Б.</p>
	<p>5. Провести гигиеническую обработку рук.</p>
	<p>6. Сделать запись о результате теста на течь в журнале контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств.</p>

Рис. 1. Фрагменты из стандартной операционной процедуры (СОП) «Порядок действий процедурной медицинской сестры при проведении обработки эндоскопов при нестерильных эндоскопических вмешательствах»



*Выполняется только в экстренных случаях

Рис. 2. Алгоритм вербальных назначений

пациента. Перед проведением исследования медицинская сестра эндоскопического отделения уточняет у сопровождающей медицинской сестры какой лекарственный препарат использовался для подготовки пациента к исследованию, нет ли у него лекарственной аллергии, какие гемодинамические показатели и т.д. для того, чтобы быть готовой оказать помощь в случае возникновения нештатной ситуации. После проведения исследования происходит передача клинической ответственности в обратном порядке – от медицинской сестры эндоскопи-

ческого отделения к сопровождающей медицинской сестре. Такие несложные мероприятия помогают медицинским сестрам лучше контролировать ситуацию в плане помощи пациенту.

В эндоскопическом отделении разработаны алгоритмы транспортировки пациента в зависимости от его состояния, а также алгоритм передачи информации после проведенного исследования. Старшая медицинская сестра регулярно проводит контроль безопасности транспортировки по чек-листу – документу, содержащему контрольный перечень

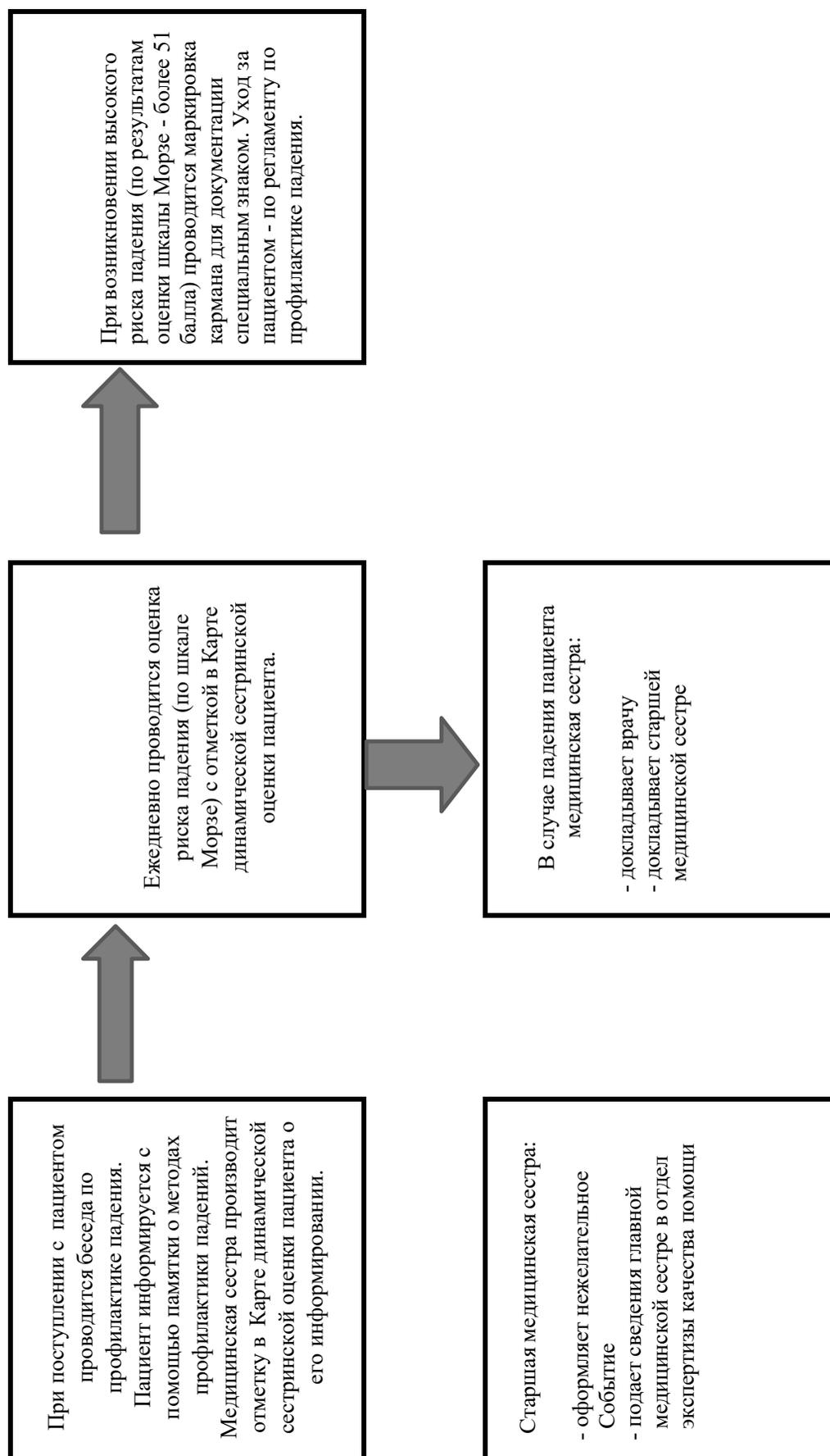


Рис. 3. Схема действий медицинской сестры при работе с пациентом по профилактике падений

№ п/п	Требования	Дата и время проведения проверки															
		да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
1	Наличие сотрудников на рабочих местах в соответствии с графиком работы	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
2	Внешний вид соответствует требованиям (средний и младший персонал) (отсутствие ногтей, украшений)	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
3	Освещение исправно. Система вызова исправна	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
4	Условия для обработки рук сотрудников и пациентов созданы Наличие кожного антисептика. Гигиеническая обработка рук.	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
5	Рабочее место (пост, склад на посту): поверхности визуально чистые, порядок	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
6	Наличие посторонних предметов на посту (лекарственные средства, продукты питания)	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
7	Наличие информации для медицинских сестер и для пациентов в свободном доступе.	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
8	Наличие документации (чистые бланки, журналы) Заполнение карт наблюдения.	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
9	Соблюдение сроков заполнения (выборочно). Соблюдение смены постельного белья пациентам не реже 1р в 7д., отметка в документации.	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
10	Санитарное состояние сестринской, склада на посту, клизменной.	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет

Рис. 4. Чек-лист обхода отделения

вопросов и применяемый для реализации аудита предъявляемых требований к медицинскому персоналу.

Наконец, формирование безопасной среды в медицинской организации является неотъемлемой частью оказания медицинской помощи – это и рациональная планировка кабинетов, и наличие исправной безопасной системы электро- и водоснабжения, обеспечение пожарной безопасности, наличие безопасных кроватей, кушеток, кресел, каталок с исправной тормозной системой и системой трансформации, наличие пандусов, указателей, информационных табличек и т.д.

Когда пациент приходит на эндоскопическое исследование, медицинская сестра обязательно:

- измеряет артериальное давление;
- обращает внимание на кожные покровы (бледность, гиперемия);
- обращает внимание на степень передвижения (самостоятельно, с палочкой, на костылях, на каталке);
- помогает принять необходимое для исследования положение;
- во время проведения исследования следит за его состоянием;
- после исследования помогает встать, наблюдая за самочувствием пациента;
- при возникновении каких-либо жалоб на ухудшение состояния докладывает врачу и приступает к оказанию необходимой помощи.

Эти действия со стороны медицинской сестры являются одним из пунктов

действующей в нашей медицинской организации схемы по профилактике падений (рис. 3).

Несмотря на вышеизложенные мероприятия, иногда не удается избежать ошибок, именуемых нежелательными событиями. В эндоскопическом отделении, как и во всем онкодиспансере, ведется учет нежелательных событий с занесением в электронный журнал наиболее значимых. Например, нестандартные результаты бактериологического посева с объектов при микробиологическом контроле, которые требуют разбора данного случая. В зависимости от произошедшего события проводится дополнительная учеба либо инструктаж с дальнейшим контролем усвоенных знаний.

В диспансере разработаны чек-листы для старших медицинских сестер, согласно которым проводится ежедневный обход отделения с целью контроля определенных параметров. Например, старшие медицинские сестры проверяют (рис. 4):

- каждый понедельник – соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в манипуляционных кабинетах;
- каждый вторник – лекарственную безопасность и т.д.

Такая организация контроля помогает своевременно выявлять и устранять недочеты и ошибки, проводить необходимые мероприятия по контролю качества и безопасности медицинской деятельности среднего и младшего медицинского персонала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ МЗ РФ от 31 июля 2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».
2. Белова Г.В. Индикаторы качества работы эндоскопического отделения (кабинета) /Г.В. Белова, А.А. Балан, О.С. Руденко //ЭиКГ. – 2015. – № 4 (116). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/indikatory-kachestva-raboty-endoskopicheskogo-otdeleniya-kabineta>
3. Иванцова М.А. Риски рабочей среды в обеспечении безопасности медицинской деятельности в эндоскопии /М.А. Иванцова, Г.В. Белова, П.Л. Щербаков, Н.В. Верник //ЭиКГ. – 2020. – № 12 (184). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/riski-rabochey-sredy-v-obespechenii-bezopasnosti-meditsinskoj-deyatelnosti-v-endoskopii>

REFERENCES

1. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated July 31, 2020 No. 785n "On Approval of the Requirements for the Organization and Conduct of Internal Quality Control and Safety of Medical Activities" (In Russian)
2. Belova G.V. Indikatory kachestva raboty endoskopicheskogo otdeleniia (kabineta) [Quality indicators for the Endoscopy Department (Office)] /G.V. Belova, A.A. Balan, O.S. Rudenko //E&CG. – 2015. – No. 4 (116). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/indikatory-kachestva-raboty-endoskopicheskogo-otdeleniya-kabineta> (In Russian)
3. Ivantsova M.A. Riski rabochei sredy v obespechenii bezopasnosti meditsinskoj deiatelnosti v endoskopii [Working environment risks in ensuring the safety of medical activities in endoscopy] /M.A. Ivantsova, G.V. Belova, P.L. Shcherbakov, N.V. Vernik //E&CG. – 2020. – No. 12 (184). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/riski-rabochej-sredy-v-obespechenii-bezopasnosti-meditsinskoy-deyatelnosti-v-endoskopii> (In Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Васильева Елена Александровна, старшая медицинская сестра эндоскопического отделения, ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: VasilevaEA@samaraonko.ru

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

INFORMATION ABOUT AUTHOR

Elena Aleksandrovna Vasilyeva, senior nurse of the endoscopy department, State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: VasilevaEA@samaraonko.ru

CONFLICT OF INTEREST

The author claim no conflict of interest.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: 8 (495) 274-22-22 (многоканальный)
E-mail: podpiska@panor.ru

DOI: 10.33920/med-05-2511-05

УДК: 614.2

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОПЕРАЦИОННОЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТАПА ОПЕРАЦИИ И КЛАССА ЧИСТОТЫ РАНЫ



С.А. Гришунина
ГБУЗ «Самарский областной
клинический онкологический
диспансер»,
443031, г. Самара, Россия



Е.А. Быкова
ГБУЗ «Самарский областной
клинический онкологический
диспансер»,
443031, г. Самара, Россия



Е.В. Власова
ГБУЗ «Самарский областной
клинический онкологический
диспансер»,
443031, г. Самара, Россия

Резюме. Данная статья посвящена особенностям организации работы медицинской сестры операционной при выполнении хирургических операций первого и второго класса контаминации раны микроорганизмами.

Ключевые слова: чистые раны, условно чистые раны, «чистый» этап, условно «чистый» этап.

THE ROLE OF THE SURGICAL NURSE IN CANCER PATIENTS DEPENDING ON THE STAGE OF THE SURGERY AND THE WOUND CLEANLINESS CLASS

S.A. Grishunina, E.A. Bykova, E.V. Vlasova
State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary",
443031, Samara, Russia

Abstract. This article focuses on the specifics of organizing the work of an operating room nurse when performing surgical procedures with first and second class wound contamination.

Key words: *clean wounds, relatively clean wounds, "clean" stage, relatively "clean" stage.*

For correspondence: Grishunina S.A., Bykova E.A., Vlasova E.V. State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: GrishuminaSA@samaraonko.ru, e-mail: vlas.caterina@yandex.ru, e-mail: elizavetaalapkina@xmail.ru

Information about authors:

Grishunina S.A. – <https://orcid.org/0009-0008-5386-8125>

Bykova E.A. – <https://orcid.org/0009-0002-5883-1766>

Vlasova E.V. – <https://orcid.org/0009-0003-9577-5852>

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Работа в операционном блоке – это точный механизм, где каждый выполняет свою роль. Работа медицинской сестры операционной – это не только подача хирургического инструментария. На плечах медицинских сестер операционных лежит огромная ответственность – соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, идентификация пациента, знание хода операции и подготовка операционной к работе. Знание хода операций по всем профилям отделений необходимо для правильной организации рабочего процесса. При проведении хирургических операций необходимо учитывать классы чистоты раны [1–3].

Класс чистоты раны зависит от органа, на котором выполняется хирургическое вмешательство. Если орган обладает собственной микрофлорой, то операция делится на два этапа – «чистый» и условно «чистый». Хирургическое вмешательство на органе, не обладающем собственной микрофлорой, имеет только «чистый» этап операции. Ниже представлена схема определения класса чистоты раны с последующим разделением этапов операции (рис. 1).

Например:

Радикальная мастэктомия слева. Данная хирургическая операция относится к первому классу контаминации раны микроорганизмами – «чистая» рана, имеет только один этап операции – «чистый». Молочная железа орган, который не обладает собственной микрофлорой.

Гемиколэктомия слева, сигмостомия, реконструкция толстой кишки. Хирургические операции на кишечнике

подразумевают наложение межкишечных анастомозов. Кишечник в норме содержит собственную микрофлору. Биомасса микробов, заселяющих кишечник взрослого человека, составляет 2,5–3,0 кг и включает в себя 450–500 видов различных микроорганизмов. Данные хирургические операции относятся ко второму классу контаминации ран микроорганизмами – условно «чистые» раны. В данных хирургических операциях будет два этапа – «чистый» и условно «чистый».

Резекция кишки с наложением анастомоза «бок-в-бок»:

- «чистый» этап – рассечение кожи, послойное рассечение тканей, ревизия брюшной полости, мобилизация оперируемой кишки, перевязка сосудов, скелетирование кишки;
- условно «чистый» этап – отсечение кишки, наложение кисетного шва и погружение культи кишки в шов, формирование анастомоза, первый ряд швов анастомоза, рассечение кишки, второй ряд швов анастомоза – условно «чистый» этап операции закончен.
- «чистый» этап – третий ряд швов анастомоза, гемостаз, ревизия брюшной полости, постановка дренажей, послойное ушивание раны.

Для медицинской сестры операционной важно знать и определять какие этапы хирургического вмешательства будут «чистыми», а какие условно «чистыми» – это необходимо для формирования малого стерильного стола и соответствующей операции укладки инструментов.



Рис. 1. Схема определения класса чистоты раны с последующим разделением этапов операции

Для «чистого» и условно «чистого» этапов хирургических операций медицинская сестра операционная использует специально выделенные инструменты. Инструменты, которые использовались во время условно «чистого» этапа операции, не используются при проведении «чистого» этапа. При накрытии малого стерильного стола медицинская сестра операционная учитывает все особенности проведения хирургического вмешательства.

Для стандартизации и оптимизации работы медицинской сестры операционной в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере разработаны СОПы (стандартные операционные процедуры), которые используются специалистами непосредственно на рабочем месте. Для медицинской сестры, в силу особенностей её работы, невозможно прочитать необходимый алгоритм действий из СОП, находясь у операционного стола. В связи с этим, были разработаны специальные краткие визуализированные памятки, в которых четко выделены «чистый» и условно «чистый» этапы операции, кратко описаны и визуализи-

рованы действия медицинской сестры операционной (рис. 2).

Визуализированные памятки:

- упрощают процесс обучения молодых специалистов, помогают в более короткие сроки освоить им необходимые профессиональные навыки;
- напоминают медицинским сестрам ход операции.

Памятка всегда находится в визуальной доступности медицинской сестры операционной, что помогает исключить осложнения, связанные с оказанием медицинских услуг.

Структура операционного блока и профессиональная подготовка среднего медицинского персонала. Невозможно представить современную медицинскую организацию стационарного типа без операционного блока. Сердцем онкологического диспансера является операционный блок, в котором выполняются различные хирургические вмешательства, территория операционного блока занимает 2100 м². В составе операционного блока 18 операционных

Памятка для операционной медицинской сестры.

Резекция кишки с ручным анастомозом.

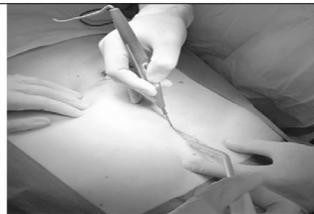
		
1. Обработка операционного поля «Алгоритм обработки операционного поля кожным антисептиком» от 01.12.2020г.	2. Рассечение кожи: <ul style="list-style-type: none"> • скальпель и ВЧ-нож, • 2 салфетки в руки хирургу. 	3. Послойное рассечение тканей: <ul style="list-style-type: none"> • скинуть салфетки в «Отходы. Класс Б»,
		
4. Ревизия брюшной полости и постановка ранорасширителя: <ul style="list-style-type: none"> • 2 пеленки, • 2 зажима Микулича, • Ранорасширитель Сигала • поменять короткую насадку ВЧ-ножа на длинную. 	5. Мобилизация оперируемой кишки: <ul style="list-style-type: none"> • пеленку или метровую салфетку, смоченную стерильным раствором натрия хлорида 0.9%, • ножницы или ВЧ-нож, • анатомический пинцет. 	6. Лигирование сосудов: <ul style="list-style-type: none"> • 2 зажима Окснера или Шамли, • тканевые ножницы, • электролигирующие инструменты, • лигатуру капрон № 3, №4 на зажиме.
		
7. Скелетирование кишки: <ul style="list-style-type: none"> • тканевые ножницы, • анатомический пинцет. 	«Условно чистый» этап операции.	
		
8. Отсечение кишки: <ul style="list-style-type: none"> • сшивающий аппарат УО, • прямой зажим Кохера или 2 зажима (прямой Кохера и Г-образный зажим), • скальпель, • рабочий тупфер, смоченный в спиртовом растворе хлоргексидина 0,5%. 	8. Наложение кисетного шва и погружение культи кишки в шов: <ul style="list-style-type: none"> • 2 зажима Окснера, • анатомический пинцет, • иглодержатель, • рассасывающий шовный материал №3/0, №4/0 на колющей игле (длина иглы 20-30мм), • лигатурные ножницы. 	10. Формирование анастомоза бок в бок первый ряд швов: <ul style="list-style-type: none"> • иглодержатель, • рассасывающий шовный материал №3/0, 4/0 на колющей игле (длина иглы 20-30мм), • анатомический пинцет, • лигатурные ножницы,

Рис. 2. Визуализированная памятка для медицинских сестер операционных

по различным профилям отделений. Ежегодно в онкодиспансере получают специализированное лечение более чем 18 тысяч онкологических пациентов, проводится более 13 тысяч хирургических вмешательств. Ежедневно в операционном блоке выполняется около 50 оперативных вмешательств.

Коллектив операционного блока составляют медицинские сестры операционные, санитарки, заведующий оперблоком, старшая медицинская сестра, которая выполняет обязанности и медицинской сестры операционной. Все медицинские сестры операционного блока взаимозаменяемы, они выполняют обязанности, связанные с подготовкой операционной, участием в хирургических вмешательствах разного профиля операций и в раннем послеоперационном уходе. Одна медицинская сестра операционной осуществляет прием биологических препаратов с записью в журнал «гистологического исследования», дальнейшую их транспортировку в патологоанатомическое отделение для лабораторного анализа.

Предстерилизационную очистку инструментов, используемых на эндоскопических операциях, проводит сотрудник операционного блока в отдельно выделенном помещении, упаковывает набор с эндоскопическими инструментами и транспортирует в централизованное дезинфекционно-стерилизационное отделение.

Сестринский персонал операционного блока имеет высокий уровень профессиональной подготовки. Прежде чем приступить к работе в оперблоке, они

проходят цикл обучения, по программе «Операционное дело». При выполнении оперативных вмешательств медицинские сестры операционные соблюдают правила асептики, знания которой они получают, обучаясь на цикле «Вопросы эпидемиологии и профилактика ИСМП (инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)».

Таким образом, усилия сотрудников онкодиспансера направлены на оказание высококвалифицированной специализированной помощи пациентам онкологического профиля. Статистика 2024 года показала, например, что в отделении абдоминальной онкологии за год было проведено 1562 хирургических вмешательств, из них 0,5 % имеют осложнения. По данным Всемирной организации здравоохранения плановые хирургические вмешательства при патологиях органов брюшной полости в 7–10 % заканчиваются осложнениями.

Онкологические больные находятся в группе риска по возникновению осложнений, более подвержены воздействию патогенной микрофлоры. Перед сотрудниками оперблока стоит двойная задача:

- оказать специализированную помощь в борьбе с онкологическим заболеванием;
- предупредить возникновение осложнений.

Сотрудники оперблока постоянно повышают уровень знаний и совершенствуют профессиональные навыки – весь коллектив стремится к повышению качества оказания медицинской помощи и, соответственно, к мировым стандартам лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стецюк В.Г. Сестринское дело в хирургии /В.Г. Стецюк. – Москва. – Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». – 2009; 720 с.
2. Барыкина Н.В. Сестринское дело в хирургии /Н.В. Барыкина, О.В. Черова. – Ростов-на-Дону. – «Феникс». – 2008; 302 с.
3. Брукман М.С. Руководство для операционных сестер /М.С. Брукман. – Медицина. – 1981; С. 218, 240, 251.

REFERENCES

1. Stetsyuk V.G. Nursing in surgery /V.G. Stetsyuk. – Moscow. – Publishing group "GEOTAR-Media". – 2009; 720 p. (In Russian)
2. Barykina N.V. Nursing in surgery /N.V. Barykina, O.V. Cherova. – Rostov-on-Don. – "Phoenix". – 2008; 302 p. (In Russian)

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

3. Brukman M.S. Handbook for operating room nurses /M.S. Brukman. – Medicine. – 1981; pp. 218, 240, 251. (In Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Гришунина Светлана Анатольевна, старшая медицинская сестра операционного блока Государственного бюджетного учреждения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: GrishuminaSA@samaraonko.ru

Быкова Елизавета Андреевна, операционная медицинская сестра операционного блока Государственного бюджетного учреждения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: elizavetaalapkina@xmail.ru

Власова Екатерина Васильевна, операционная медицинская сестра операционного блока Государственного бюджетного учреждения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: vlas.caterina@yandex.ru

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Grishunina Svetlana Anatolyevna, Head Nurse, Operating Unit, State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", Solnechnaya, 50, Samara, 443031, e-mail: GrishuminaSA@samaraonko.ru

Bykova Elizaveta Andreyevna, Operating Room Nurse, Operating Room, State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", Solnechnaya, 50, Samara, 443031, e-mail: elizavetaalapkina@xmail.ru

Vlasova Ekaterina Vasilyevna, Operating Room Nurse, Operating Room, State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", Solnechnaya, 50, Samara, 443031, e-mail: vlas.caterina@yandex.ru

CONFLICT OF INTEREST

The authors claim no conflict of interest.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: 8 (495) 274-22-22 (многоканальный)

E-mail: podpiska@panor.ru

DOI: 10.33920/med-05-2511-06

УДК: 614.2

ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА УРОВНЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ



Н.В. Климкина

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»,
443031, г. Самара, Россия



Т.К. Черная

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»,
443031, г. Самара, Россия

Резюме. В статье описаны важность совершенствования лечебной деятельности, повышения качества оказания медицинской помощи, соблюдения требований лекарственной безопасности и безопасности обращения медицинских изделий в отделениях онкодиспансера. Цель исследования: улучшение качества оказания медицинской помощи пациентам в ГБУЗ СОКОД. Результаты. Эффективно организована система контроля качества оказания медицинской помощи на основе рекомендаций Росздравнадзора. Заключение. Сестринский персонал соблюдает все требования по оказанию медицинской помощи пациентам в ГБУЗ СОКОД.

Ключевые слова: онкологическая служба, сестринское дело, медицинские сестры, внутренний контроль качества и безопасности.

INTERNAL QUALITY CONTROL AND SAFETY OF MEDICAL ACTIVITIES AT THE LEVEL OF THE ONCOLOGY DEPARTMENT

N.V. Klimkina, T.K. Chernaya

State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary",
443031, Samara, Russia

Abstract. This article describes the importance of improving clinical practice, enhancing the quality of medical care, and ensuring compliance with drug safety requirements and the safe handling of medical devices in the oncology departments of the Samara Regional Clinical Oncology Dispensary. Objective: To improve the quality of medical care for patients at the Samara Regional Clinical Oncology Dispensary. Results: A quality control system for medical care based on Roszdravnadzor recommendations has been effectively implemented. Conclusion: Nursing

staff complies with all requirements for providing medical care to patients at the Samara Regional Clinical Oncology Dispensary.

Key words: *oncology service, nursing, nurses, internal quality and safety control.*

For correspondence: Klimkina N.V., Chernaya T.K. State Budgetary Healthcare Institution “Samara Regional Clinical Oncology Dispensary”, 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: KlimkinaNV@samaraonko.ru, e-mail: CHernayaTK@samaraonko.ru

Information about authors:

Klimkina N.V. – <https://orcid.org/0009-0003-5309-9462>

Chernaya T.K. – <https://orcid.org/0009-0006-6686-708X>

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ СОКОД) – ведущая в Самарской области медицинская организация по лечению онкологических заболеваний.

Постоянное совершенствование деятельности ГБУЗ СОКОД в последние годы базируется на основе внедрения:

- современной системы управления качеством;
- современной системы качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности.

В 2014 году приказом главного врача была сформирована служба качества онкодиспансера. Основная функция службы качества – совершенствование системы управления организацией, непрерывное улучшение качества и безопасности медицинской деятельности.

В 2020 г. медицинская организация впервые получила сертификат соответствия требованиям системы добровольной сертификации медицинских организаций «Качество и безопасность медицинской деятельности».

В 2023 году онкодиспансер подтвердил сертификат соответствия совершенствования лечебной деятельности. Повышение качества оказания медицинских услуг опирается на базовые нормативные документы, изданные Минздравом Российской Федерации, Росздравнадзором (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации. Нормативные документы охватывают все направления деятельности медицинской

организации (стационар, поликлиника, лаборатория) и представляют собой модель современной медицинской организации, соответствующей самим строгим критериям качества и безопасности медицинской деятельности.

Целью исследования является улучшение качества оказания медицинской помощи пациентам в ГБУЗ СОКОД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ элементов внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Остановимся подробнее на каждом пункте, с уклоном в деятельность руководителя сестринской службы на примере онкологического отделения (опухоли головы и шеи) № 2.

Управление персоналом

Руководитель должен относиться к персоналу и управлению им, как к критически важному фактору достижения своих целей. Все понимают, что без квалифицированных кадров невозможно оказывать качественную медицинскую помощь. Укомплектованность кадрами в отделении составляет 96 % – благодаря таким высоким показателям мы можем внедрять модель современной медицинской организации [1–3].

Добиться высоких результатов по укомплектованности кадрами стало возможно благодаря системе привлечения персонала. В рамках системы привлечения персонала представители онкодиспансера посещают дни открытых дверей в медицинских образовательных организациях, рассказывают о сестринской службе, индивидуально общаются с

каждым студентом. Те студенты, которые проявили интерес к работе в онкодиспансере, приглашаются на государственную практику. Таким образом, ежегодно удается привлекать на работу в ГБУЗ СОКОД более 15 молодых специалистов.

При поступлении на работу молодой специалист или вновь принятый сотрудник также не остаются без внимания. В диспансере работает система наставничества, при поступлении специалиста старшая медицинская сестра:

- проводит с ним собеседование;
- прикрепляет наставника из реестра наставников;
- между наставником и молодым специалистом составляется соглашение, совместно обговариваются сроки наставничества.

В отделении также работает система непрерывного образования, проводятся:

- внутрибольничные конференции;
- обучение в учебно-методическом кабинете (два модуля обучения: медицинские сестры перевязочные и медицинские сестры клинические);
- ежегодно составляется и подается заявка на последипломную подготовку специалистов.

Благодаря таким мерам в отделении высокий уровень укомплектованности младшим и средним медицинским персоналом.

Идентификация пациента

Еще один важный элемент внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи это – идентификация пациента. Для стандартизации этого раздела в нашем диспансере разработан СТО ГБУЗ СОКОД – 19 «Порядок идентификации пациента на всех этапах диагностики и лечения в ГБУЗ СОКОД». В онкологическом отделении (опухоль головы и шеи) № 2 идентификация пациента уделяется особое внимание, так как в силу особенностей проводимых операций у многих пациентов затруднен процесс общения. Средний и младший медицинский персонал обучен особенностям работы с такими пациентами. На постоянной основе старшая медицинская сестра контролирует работу персонала отделения по идентификации путем наблюдения на различных этапах ухода и лечения пациентов.

Обучение по данному СТО проводится с сотрудниками отделения 2 раза в год.

Эпидемиологическая безопасность

Обеспечение эпидемиологической безопасности имеет огромную роль при организации безопасной медицинской деятельности. Для минимизации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи пациентам, в диспансере стандартизирована работа медицинских сестер при проведении простых сестринских манипуляций. Это позволяет снизить ошибки при осуществлении ухода. В отделении для ухода и лечения максимально используются одноразовые медицинские изделия. По результатам проведения контроля эпидемиологической безопасности в отделении за последние три года не было нестандартных смывов при лабораторном контроле, также при обходах эпидемиологической службы и совета по сестринскому делу сведены к минимуму замечания по санитарно-эпидемиологическому режиму.

Лекарственная безопасность

Одним из важных элементов безопасности деятельности медицинской организации – это лекарственная безопасность. Старшая медицинская сестра несет ответственность за:

- условия хранения лекарственных препаратов;
- учет и расход лекарственных препаратов, порядок в местах их хранения;
- соблюдение правил выдачи и назначения лекарственных препаратов;
- ежемесячная проверка хранения, расхода и учета лекарственных препаратов, сроков годности.

На электронную почту старшей медицинской сестры ежедневно приходит отчет по срокам годности (за 6 месяцев), что помогает снизить риск использования лекарственных препаратов и медицинских изделий с истекшим сроком годности.

Показатели качества

Нельзя говорить о безопасности деятельности медицинской организации, и не сказать о безопасности обращения с медицинскими изделиями. В онкодиспансере организовано правильное хранение

медицинских изделий: стерильные и нестерильные медицинские изделия хранятся отдельно друг от друга, допускается хранение стерильных и нестерильных медицинских изделий в одном шкафу, но на разных полках с идентификацией. Контроль температуры и влажности воздуха в помещении для хранения с медицинских изделий отмечается один в раз в сутки (утром) на бумажном носителе или в электронном виде.

На постоянной основе старшая медицинская сестра контролирует правильность хранения, учета и введения лекарственных препаратов, а также использования медицинских изделий сестринским персоналом.

В целях оказания экстренной и неотложной помощи в диспансере:

- утвержден порядок оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;
- утвержден состав укладки (аптечка) для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;
- определены и оборудованы аптечками места для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;
- ответственность за комплектацию укладки возложена на старшую медицинскую сестру.

Регулярно, в соответствии с утвержденным годовым планом, проводятся тренинги и проверки знаний сотрудников по алгоритмам оказания экстренной и неотложной медицинской помощи с фиксацией результатов проверок.

Преимственность в оказании медицинской помощи – это непрерывность и взаимодействие на всех этапах лечения. Преимственность в отделениях диспансера:

- передача пациента медицинской сестрой клинической сотруднику отдела транспортировки для доставки пациента в операционный блок;
- передача пациента из палаты пробуждения отделения реанимации и интенсивной терапии происходит непосредственно у кровати пациента с указанием особенностей данного пациента;

- передача пациента медицинской сестрой клинической медицинской сестре дежурной осуществляется по определенному алгоритму, утвержденному главной медицинской сестрой.

Хирургическая безопасность

Хирургическая безопасность – один из ключевых компонентов безопасности при оказании медицинской помощи. Огромное значение имеет в организации и внутреннем контроле качества оказания медицинской помощи профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови.

Медицинская сестра играет важную роль в предтрансфузионной подготовке пациента, непосредственно при проведении трансфузии компонентов крови и в посттрансфузионном периоде.

Старшая медицинская сестра контролирует работу медицинской сестры на каждом этапе. Говоря о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности нельзя не остановиться на безопасной среде для пациента. В диспансере безопасная среда для пациента начинается со входа его в диспансер, например, имеется стоянка для инвалидов, подъезд для маломобильных граждан, все палаты и коридоры без порожков, что не ограничивает передвижение маломобильных граждан.

Большое внимание мы уделяем профилактике падений. При поступлении медицинские сестры обучают пациента правилам профилактики падения, ежедневно оценивают риск падения по шкале Морзе. При проведении уборки обязательно ставится знак «Осторожно, мокрый пол!», на протяжении всего коридора в отделениях имеются поручни для безопасного передвижения пациентов, в ночное время медицинские сестры включают подсветку пола для минимизации травматизма пациентов.

В диспансере разработана стандартная операционная процедура «Порядок оценки и динамического наблюдения за пациентами с рисками падения». Два раза в год проводится обучение средних медицинских работников по данной стандартной операционной процедуре.

Принцип Дейпинга говорит о том, что мало внедрить в работу персонала

практические рекомендации, необходимо постоянно контролировать работу по всем направлениям. В диспансере разработаны критерии оценки работы сотрудников.

В Совете по сестринскому делу есть сектор по качеству, специалисты этого сектора разработали и внедрили в работу чек-листы по внутреннему контролю качества для старшей медицинской сестры. По результатам обходов старших медицинских сестер подводятся итоги по несоответствиям. На основании проанализированной информации каждая старшая медицинская сестра совместно с заведующим отделением выстраивает работу так, чтобы максимально минимизировать имеющиеся несоответствия.

Внутренний контроль качества проводится в несколько этапов

Первый этап – это контроль на уровне старшей медицинской сестры, который проводится в отделении ежедневно.

Второй этап – уровень контроля, проводимый Советом по сестринскому делу, который проводится на регулярной основе, по разработанным и утвержденным чек-листам.

Третий этап – уровень главной медицинской сестры и службы эпидемиологов.

ВЫВОДЫ

Существующая система контроля качества позволяет нам на постоянной основе контролировать качество оказания медицинской помощи в отделениях диспансера.

Благодаря внедрению внутреннего контроля качества и постоянному системному контролю мы показываем высокие результаты при проверках внешними организациями. Все это возможно лишь при взаимодействии персонала, его обучении, при системном контроле и анализе деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре). Вторая версия от 01.03.2022 г. (п. 5. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор; п. 6. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий).
2. Андреев Д.А. Особенности проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в онкологии (обзор литературы) /Д.А. Андреев, А.А. Завьялов //Здравоохранение РФ. – 2021. – №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-provedeniya-kontrolya-kachestva-i-bezopasnosti-meditsinskoj-deyatelnosti-v-onkologii-obzor-literatury>
3. Андреев Д.А. Организация внутреннего контроля качества медицинской помощи больным раком легкого на примере опыта Нидерландов /Д.А. Андреев, А.А. Завьялов //Злокачественные опухоли. – 2022. – №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-vnutrennego-kontrolya-kachestva-meditsinskoj-pomoschibolnym-rakom-legkogo-na-primere-opyta-niderlandov> (дата обращения: 26.09.2025).

REFERENCES

1. Proposals (practical recommendations) for organizing internal quality control and safety of medical activities in a medical organization (hospital). Second version dated March 1, 2022 (Section 5. Drug Safety. Pharmacovigilance; Section 6. Quality Control and Safety of Medical Devices). (In Russian)
2. Andreev D.A. Specifics of Conducting Quality Control and Safety of Medical Activities in Oncology (literature review) /D.A. Andreev, A.A. Zavyalov //Healthcare of the Russian Federation. – 2021. – No. 5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-provedeniya-kontrolya-kachestva-i-bezopasnosti-meditsinskoj-deyatelnosti-v-onkologii-obzor-literatury> (In Russian)
3. Andreev D.A. Organization of internal quality control of medical care for patients with lung cancer using the experience of the Netherlands as an example /D.A. Andreev, A.A. Zavyalov //Malignant tumors. – 2022. – No. 1. URL: <https://>

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-vnutrennego-kontrolya-kachestva-meditsinskoy-pomoschibolnym-rakom-legkogo-na-primere-opyta (In Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Климкина Наталья Васильевна, старшая медицинская сестра онкологического отделения (опухоль головы и шеи) № 2 ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: KlimkinaNV@samaraonko.ru

Черная Татьяна Константиновна, старшая медицинская сестра онкологического отделения (торакальная онкология) ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: CHernayaTK@samaraonko.ru

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Klimkina Natalya Vasilyevna, Senior Nurse, Oncology Department (Head and Neck Tumors) No. 2, Samara Regional Clinical Oncology Dispensary, Solnechnaya, 50, Samara, 443031, Russia. Email: KlimkinaNV@samaraonko.ru

Chernaya Tatyana Konstantinovna, Senior Nurse, Oncology Department (Thoracic Oncology), Samara Regional Clinical Oncology Dispensary, Solnechnaya, 50, Samara, 443031, Russia. Email: CHernayaTK@samaraonko.ru

CONFLICT OF INTEREST

The authors claim no conflict of interest.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: 8 (495) 274-22-22 (многоканальный)

E-mail: podpiska@panor.ru

DOI: 10.33920/med-05-2511-07

УДК: 614.2

ЛИМФОСЦИНТИГРАФИЯ И ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ РЕЗУЛЬТАТЕ

Т.А. Титова

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, Россия

Резюме. С каждым годом в России увеличивается частота случаев диагностирования раковых заболеваний. Это связывают как с совершенствованием методов диагностики, так и с влиянием факторов, провоцирующих такие болезни. Несмотря на значительные успехи в лечении онкологии, данная патология характеризуется достаточно высоким уровнем летальности и, безусловно, для успешного лечения требует к себе самого пристального внимания со стороны высококвалифицированных специалистов.

Ключевые слова: лимфосцинтиграфия, пациент, уход, опухоль, лимфатический узел, онкология, исследование; операция.

LYMPHOSCINTIGRAPHY AND PATIENT CARE IN CASE OF POSITIVE RESULTS

T.A. Titova

State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", 443031, Samara, Russia

Abstract. The incidence of cancer diagnoses in Russia increases every year. This is attributed to both improved diagnostic methods and the influence of factors that trigger these diseases. Despite significant advances in cancer treatment, this pathology is characterized by a relatively high mortality rate and, undoubtedly, requires the utmost attention from highly qualified specialists for successful treatment.

Key words: lymphoscintigraphy, patient, care, tumor, lymph node, oncology, research, surgery.

For correspondence: Titova T.A. State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: tito.missis232@gmail.com

Information about author:

Titova T.A. – <https://orcid.org/0009-0004-7091-3179>

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

В России ежегодно регистрируется более 500 тыс. впервые выявленных случаев злокачественных новообразований, заболеваемость ими в последние годы имеет тенденцию к росту и составляет 388,9 случая на 100 тыс. чел. населения, это связывают как с совершенствованием методов диагностики, так и с влиянием факторов, провоцирующих такие болезни [1, 3].

Зачастую онкология воспринимается пациентами, как смертный приговор. Однако в реальности далеко не все злокачественные опухоли приводят к гибели человека. Более половины всех пациентов благополучно излечиваются и люди забывают о перенесенном заболевании навсегда [2].

Рак – собирательный термин, охватывающий широкую группу заболеваний,

которые могут поражать любые органы и системы организма человека. Одной из характерных особенностей рака является быстрое размножение аномальных клеток, разрастающихся за пределы своих обычных границ и способных проникать в окружающие ткани, а также мигрировать в другие органы, то есть метастазировать [4]. Метастазы – это вторичные опухолевые образования, которые возникают в результате рассеивания злокачественных клеток из первичных очагов. Они могут распространяться по всему организму, поражая практически любой орган. Однако в подавляющем большинстве случаев первые метастазы обнаруживаются в лимфоузлах [5].

В онкологическом отделении (опухолей молочной железы) № 2 Самарского областного онкологического диспансера (рис. 1) получают лечение пациенты:

- с доброкачественными и злокачественными опухолями молочных желез;
- с доброкачественными и злокачественными опухолями кожи всех локализаций;
- с доброкачественными и злокачественными опухолями мягких тканей;
- с заболеваниями лимфоидной системы.

В диспансере внедрен новый инновационный метод лечения – предопе-

рационная лимфосцинтиграфия. Этот метод проводят при злокачественных опухолях молочных желез и злокачественных опухолях кожи. Методика позволяет обнаружить тот узел, в который оттекает лимфа от опухоли и, в который первоначально опухоль даёт метастазы по лимфатическим сосудам (рис. 2).

Сигнальный сторожевой лимфатический узел – это узел в который, в первую очередь, осуществляется отток лимфы от органов с учетом анатомических особенностей лимфатической системы и, в случае опухолевого поражения, который является первым барьером на пути распространения опухолевых клеток (рис. 3).

Лимфосцинтиграфия – малоинвазивное функциональное исследование лимфатической системы с введением радионуклидного вещества и последующей фиксацией его прохождения по лимфатическому руслу при помощи специального сканирующего аппарата. Проводится для определения особенностей строения лимфатических сосудов, скорости тока лимфы, структуры лимфоузлов при травматических, воспалительных, реже – врожденных патологиях.

Положительный результат лимфосцинтиграфии сигнального лимфатического узла указывает на то, что опухолевые клетки присутствуют в сигнальном лимфатическом узле и могут обнаруживаться в других близлежащих регионарных



Рис. 1. Самарский областной клинический онкологический диспансер (ГБУЗ СОКОД)

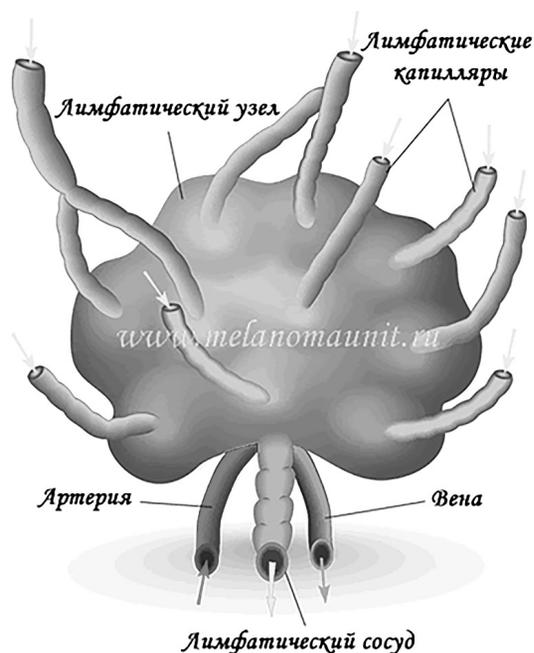


Рис. 2. Лимфатический узел

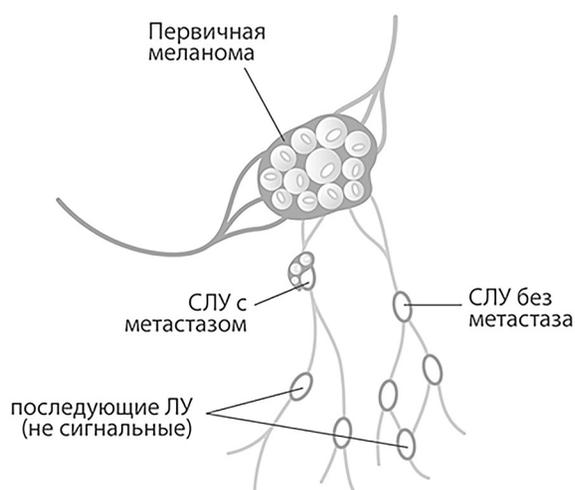


Рис. 3. Сигнальные лимфоузлы

лимфатических узлах и, возможно, в других органах. При положительном результате удаляются все регионарные лимфатические узлы.

Медицинская сестра играет важную роль в подготовке пациента перед проведением медицинских исследований. Так как пациент часто испытывает тревогу и стресс, медицинская сестра не только оказывает эмоциональную и психологическую поддержку, но и выслушивает его страхи и опасения, дает возможность высказаться и поделиться переживаниями. Создает доверительную атмосферу, чтобы

пациент чувствовал себя уверенно, а для расслабления и комфортного пребывания пациента в отделении есть место для отдыха (рис. 4).

Медицинская сестра осуществляет непосредственную подготовку к проведению процедуры. Перед процедурой важно убедиться, что пациент правильно подготовился – соблюдал рекомендации относительно приема пищи, лекарств, жидкости и гигиенических процедур. При необходимости медицинская сестра помогает пациенту удалить волосы с исследуемого поля и принять душ. Для этого



Рис. 4. Зона отдыха для пациента

в каждой палате отделения находится санузел, оснащенный душевой кабиной, внутри которой имеется противоскользящий коврик для предотвращения рисков падения.

В день операции перед медицинской сестрой стоят определенные задачи:

- идентифицировать пациента (по ФИО и дате рождения);
- выполнить компрессионное бинтование нижних конечностей;
- попросить пациента опорожнить мочевой пузырь;
- доставить пациента в операционный блок.

Медицинская сестра вместе с историей болезни доставляет пациента в операционный блок на каталке.

После операции при транспортировке пациента необходимо строго придерживаться определенных правил, соблюдение которых позволит избежать многих серьезных осложнений:

- осуществлять транспортировку пациента должны два сотрудника – медицинская сестра и младшая медицинская сестра;
- необходимо проверить правильность положения пациента;
- проверить его основные жизненные показатели, осмотреть повязку на операционной ране.

Медицинская сестра после проведения лимфосцинтиграфии осуществляет наблюдение за пациентом:

- проверяет общее состояние пациента (самочувствие, жалобы, признаки аллергической реакции на радиофармпрепарат);
- измеряет артериальное давление и проводит термометрию;
- контролирует место инъекции радиоактивного маркера (отёк, покраснение, болезненность).

Все данные наблюдения за пациентом вносятся в карту динамической оценки пациента, для последующего отслеживания лечащим врачом и организации ухода.

Медицинская сестра рекомендует пациенту:

- усиленный питьевой режим (ускоряет выведение радионуклидов);
- частое мочеиспускание (для снижения лучевой нагрузки);
- исключение из рациона продуктов, способствующих задержке жидкости в организме (солёные блюда, копчёности, маринады);
- избегание физических нагрузок в первые 24 часа;
- соблюдение гигиены – тщательное мытьё рук после туалета (из-за возможного выделения радионуклидов с мочой).

Одна из важнейших целей медицинской сестры осуществлять контроль всех изменений состояния пациента и его физиологических потребностей в течении суток, не пропустить ухудшение общего состояния пациента, возникновение осложнений.

Несмотря на то, что медицинская сестра не проводит лечение пациента самостоятельно, её совместная, командная, работа с лечащим врачом является залогом быстрого выздоровления пациента и предупреждения осложнений. От медицинской сестры зависит организация оказания помощи пациентам и эффективность работы врачей.

Необходимо отметить, что в диспансере имеются все условия для максимального комфорта пациентов при проведении гигиенических процедур и для ранней активизации пациентов в раннем послеоперационном периоде.

Вся работа медицинских сестер отделения стандартизирована, на все сестринские манипуляции разработаны СОПы, инновационный подход в работе повышает эффективность работы медицинской сестры при оказании новых инновационных методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермаков А.В. Методика непрямой лимфосцинтиграфии с использованием радиофармпрепарата «Технефит 99mTc» для определения путей лимфооттока и биопсии сторожевых лимфатических узлов при хирургическом лечении больных раком молочной железы и меланомой кожи /А.В. Ермаков, А.Д. Зикиряходжаев, Т.Н. Лазутина, А.В. Леонтьев, Н.Н. Волченко, М.М. Беляков, А.Д. Каприн, А.А. Костин //Злокачественные опухоли. –2016. – № 3; С. 67-79.
2. Панченков Р.Т. Лимфостимуляция /Р.Т. Панченков, И.В. Ярема, Н.Н. Сильманович. – М.: Медицина. – 1986; 237 с.
3. Прилепо Ю.В. Способ диагностики метастазирования при раке молочной железы или меланоме /Ю.В. Прилепо //Патент РФ – № 2195871– 2003.
4. Романов И.С. «Сторожевые» лимфатические узлы при плоскоклеточном раке головы и шеи /И.С. Романов, А.А. Оджарова, Д.Л. Ротин, М.И. Нечушкин //Вестник оториноларингологии. – 2007. – № 6; С. 14-17.
5. Свешников К.А. Скорость движения лимфы в здоровой и травмированной конечностях /К.А. Свешников, Н.С. Русейкин //Современные проблемы науки и образования. – 2008. – № 2; С. 22-28.

REFERENCES

1. Ermakov A.V. Methodology of indirect lymphoscintigraphy using the radiopharmaceutical "Technetium 99mTc" to determine lymph drainage pathways and biopsy of sentinel lymph nodes in surgical treatment of patients with breast cancer and skin melanoma /A.V. Ermakov, A.D. Zikiryakhodzhaev, T.N. Lazutina, A.V. Leontyev, N.N. Volchenko, M.M. Belyakov, A.D. Kaprin, A.A. Kostin //Malignant tumors. – 2016. – No. 3; pp. 67-79. (In Russian)
2. Panchenkov R.T. Lymphostimulation /R.T. Panchenkov, I.V. Yarema, N.N. Silmanovich. –M.: Medicine. – 1986; 237 p. (In Russian)
3. Prilepo Yu.V. Method for diagnosing metastasis in breast cancer or melanoma /Yu.V. Prilepo //Patent of the Russian Federation – No. 2195871 – 2003. (In Russian)
4. Romanov I.S. Sentinel lymph nodes in squamous cell carcinoma of the head and neck /I.S. Romanov, A.A. Odzharova, D.L. Rotin, M.I. Nechushkin //Bulletin of Otolaryngology. – 2007. –No. 6; pp. 14-17. (In Russian)
5. Sveshnikov K.A. Lymph flow velocity in healthy and injured limbs /K.A. Sveshnikov, N.S. Ruseikin //Modern problems of science and education. – 2008. – No. 2; pp. 22-28. (In Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Титова Татьяна Анатольевна, медицинская сестра онкологического отделения (опухолей молочной железы) № 2 ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: tito.missis232@gmail.com

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

INFORMATION ABOUT AUTHOR

Titova Tatyana Anatolyevna, nurse, oncology department (breast tumors) No. 2, State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: tito.missis232@gmail.com

CONFLICT OF INTEREST

The author claim no conflict of interest.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: 8 (495) 274-22-22 (многоканальный)
E-mail: podpiska@panor.ru

DOI: 10.33920/med-05-2511-08

УДК: 614.2

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЯ РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ В МЕТОДИКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ БИОПСИИ СИГНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОФАРМПРЕПАРАТА У ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОЗОМ «РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»



Ю.А. Волкова

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»,
443031, г. Самара, Россия

Резюме. В статье представлен метод выполнения биопсии сигнальных лимфатических узлов с применением радиологического препарата для тех пациенток, у которых в анамнезе отсутствуют метастазы в лимфатические узлы, с целью проведения органосохраняющей операции и предотвращения осложнений со стороны лимфатической системы.

Ключевые слова: рак молочной железы, подмышечная лимфодиссекция, сигнальные лимфатические узлы, биопсия сигнальных лимфатических узлов, радионуклидная или радиоизотопная диагностика, радиофармпрепарат, гамма-камера.

THE ROLE OF NURSE OF THE RADIONUCLIDE DIAGNOSTICS DEPARTMENT IN THE METHODOLOGY OF PERFORMING SENTINEL LYMPHNODE BIOPSY USING A RADIOPHARMACEUTICAL IN PATIENTS WITH A DIAGNOSIS OF BREAST CANCER

Yu. A. Volkova

State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", 443031,
Samara, Russia

Abstract. This article presents a method for performing sentinel lymph node biopsy using a radiopharmaceutical in patients with no history of lymph node metastases, with the aim of performing organ-preserving surgery and preventing lymphatic complications.

Key words: breast cancer, axillary lymph node dissection, sentinel lymph node biopsy, radionuclide or radioisotope diagnostics, radiopharmaceutical, gamma camera.

For correspondence: Volkova Yu. A. State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: VolkovaYA@samaraonko.ru

Information about author:

Volkova Yu. A. – <https://orcid.org/0009-0003-6175-1027>

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями среди женского населения. Благодаря диспансеризации и онконастороженности женщин во время проведения личной гигиены, РМЖ стали диагностировать на более раннем этапе, что привело к увеличению количества пациентов с отсутствием метастаз в лимфатических узлах, для которых радикальная подмышечная лимфодиссекция считается лишней процедурой и может привести к тяжелым осложнениям и долгой реабилитации [1].

РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Лимфедема – это самый серьезный из всех побочных эффектов после операции по удалению лимфоузлов, она может быть необратимой. Проявляется лимфедема отеком пальцев, ладоней и кистей руки или даже всей руки из-за скопления лимфы. Раньше полная подмышечная лимфодиссекция была популярной операцией, когда онкология была более радикальной. Многие исследователи считают удаление лимфоузлов стадирующей операцией. Она нужна, чтобы понять, насколько распространилось заболевание и выбрать тактику лечения. Сейчас такую операцию делают при пораженных сигнальных лимфоузлах и при выраженных клинических показаниях, когда до начала лечения есть пораженные лимфатические узлы, которые не исчезают после химиотерапии [2].

Биопсия сигнальных лимфатических узлов с применением лимфотропного радиофармпрепарата

Хирургическая онкология не стоит на месте, в повседневную практику внедрены органосохраняющие операции, благодаря которым можно сохранить не только орган – железу, но и лимфоузлы, если применить метод биопсии сигнальных

(сторожевых) лимфатических узлов (БСЛУ). По определению «сторожевой» (сигнальный) лимфатический узел (СЛУ) является первым на пути оттока лимфы, он как бы стоит на страже здоровья женщины и сигнализирует о том, что если метастазы в нем отсутствуют, то дальнейшее поражение лимфатической системы маловероятно. Самым распространенным методом БСЛУ является радиоизотопный метод [3].

Радиоизотопная диагностика – раздел радиологии, предмет изучения которого заключается в использовании радиоактивных изотопов и меченых ими соединений для распознавания заболеваний. При радионуклидных исследованиях пациенту вводят радиоактивный изотоп или меченое им соединение радиофармпрепарат (РФП), который избирательно накапливается в исследуемом органе или системе органов. Радиоактивная метка испускает гамма-лучи, которые регистрируются гамма-камерой.

Методика заключается в следующем: перед операцией пациенткам по периметру опухоли вводят лимфотропный РФП, который избирательно проникает в лимфатические капилляры, достигает лимфатических узлов и накапливается в них. Оценка состояния регионарных лимфатических коллекторов и поиск сторожевых лимфатических узлов производится посредством сцинтиграфии в режиме статика с использованием гамма-камеры до операции и портативного гамма-сканера во время операции. Лимфатические узлы удаляются и исследуются вне операционного поля. Если в результате срочного гистологического исследования не обнаруживается метастатическое поражение сторожевого узла, как правило, нет необходимости в проведении радикальной лимфодиссекции.

Остановимся подробнее на этапе введения РФП и обнаружении СЛУ при помощи гамма-камеры, за этот этап от-

ветственность несет отделение радионуклидной диагностики.

Структура отделения и профессиональная подготовка среднего медицинского персонала

В составе отделения – четыре медицинские сестры процедурного кабинета и старшая медицинская сестра, которая не отстранена от работы в процедурном кабинете. Все медицинские сестры взаимозаменяемы, согласно составленному старшей медицинской сестрой графику ежедневно они выполняют свои функциональные обязанности. Одна медицинская сестра работает на посту и занимается приемом пациентов, вносит соответствующие данные в документацию и ведет разъяснительную работу с пациентами. Разъяснительная работа включает:

- подробное объяснение хода предстоящей процедуры;
- характеристику ощущений во время введения препарата;
- правила поведения после процедуры.

Вторая медицинская сестра работает в процедурном кабинете и выполняет разведение и внутривенное введение РФП пациентам. Две другие медицинские сестры работают на двух гамма-камерах. Каждый следующий день медицинские сестры меняются функционалом работы, согласно составленному старшей медицинской сестрой графику, с целью равномерного распределения лучевой нагрузки.

Сестринский персонал отделения радионуклидной диагностики имеет высокий уровень профессиональной подготовки. Прежде чем приступить к работе в отделении они проходят цикл обучения по программе «Радиационная безопасность при эксплуатации источников ионизирующего излучения» – это, своего рода, допуск к работе с источниками ионизирующего излучения. Кроме того, проходят первичную специализацию по программе «Радиоизотопная диагностика. Лучевая терапия», а затем каждые пять лет повышение квалификации. При выполнении манипуляций в процедурном кабинете медицинские сестры соблюдают правила асептики, знания по которым получают, проходя цикл обучения «Во-

просы эпидемиологии и профилактики ИСМП (инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)».

ВВЕДЕНИЕ ЛИМФОТРОПНОГО РАДИОФАРМПРЕПАРАТА

Процедура начинается с идентификации пациентки и объяснением ей хода и сути исследования. При этом медицинская сестра должна учитывать способности пациентки к восприятию информации. При резком снижении у пациентки памяти, зрения или слуха необходимо контролировать проведение исследования, либо давать пациентке информацию в письменном виде, напоминать о необходимых действиях. Пациентка приглашается в процедурный кабинет, ей предлагается присесть на кушетку.

Медицинская сестра процедурного кабинета проводит элюирование генератора короткоживущих радионуклидов с замкнутой коммуникационной системой. В своей работе она опирается на СанПиН 2.6.1.2523-09 «Лаборатории радиоизотопной диагностики. Санитарно-гигиенические нормы». Полученный раствор пертехнетата натрия, медицинская сестра помещает в защитный свинцовый контейнер. Замеряет полученную активность во флаконе с пертехнетатом натрия в дозкалибраторе, затем набирает в одноразовый стерильный шприц раствор пертехнетата натрия, из расчета не более 100 МБк на одну дозу и разводит им РФП (Нанотоп), оставляет на 10 минут, вся работа по приготовлению РФП выполняется в защитном боксе. По истечении времени медицинская сестра процедурной набирает РФП инсулиновым шприцом, предварительно встряхивая флакон, затем осуществляет замер активности РФП в дозкалибраторе и сообщает дозу врачу. Помещает шприц с дозой в лоток, который расположен в защитном боксе за свинцовой ширмой. Готовит манипуляционный столик для выполнения инвазивного вмешательства.

Внутрикожное введение препарата в периареолярную область молочной железы осуществляет врач-радиолог, медицинская сестра процедурного кабинета ассистирует ему. Во время манипуляции врач-радиолог и медицинская сестра соблюдают правила асептики, которые

реализуются за счет применения в работе одноразовых средств защиты, медицинских изделий, кожных антисептиков, средств быстрой дезинфекции, стерильных ватных шариков в индивидуальной упаковке.

Для контроля дозы облучения сестринский персонал отделения обеспечен индивидуальными накопительными дозиметрами. Закончив работу в процедурном кабинете, медицинская сестра проходит пункт радиационного контроля загрязнения кожных покровов (контрольная установка РЗБ-05Ф), проводит дезактивацию кожных покровов, принимает душ и меняет спецодежду.

После введения РФП пациентка возвращается в хирургическое отделение и в течение часа активно работает руками и слегка пальпирует молочную железу, с целью лучшего прохождения препарата по лимфосистеме. Через час пациентка возвращается в отделение радионуклидной диагностики, её приглашают пройти в кабинет на исследование. В кабинете, где расположена гамма-камера, медицинская сестра-оператор проводит идентификацию пациентки, заносит данные из талона в программу гамма-камеры и просит пациентку лечь на стол гамма-камеры приняв боковое положение. Медицинская сестра предупреждает пациентку об отсутствии болевых ощущений во время прохождения исследования.

Сканирование области грудной клетки и визуализация СЛУ

Исследование проходит в два этапа, первый этап включает сканирование области грудной клетки в режиме «статика» в течение 3 мин. В случае визуализации лимфатического узла на экране монитора во время сканирования, которую подтверждает врач-радиолог, можно приступить ко второму этапу. Медицинская сестра процедурного кабинета готовит ручную гамма-метку. Излучение, исходящее от нее – гамма-лучи, фиксируется коллиматором гамма-камеры и визуализируется на мониторе.

Путем перемещения гамма-метки по коже пациентки, её изображение на мониторе совмещается с изображением лимфатического узла. Место приложения гамма-метки на коже (после совмещения изображений) отмечается красителем (маркером). Большая ответственность в этот момент лежит на медицинской сестре-операторе, которая должна как можно точнее и доступнее объяснить медицинской сестре, управляющей ручной гамма-меткой под коллиматором гамма-камеры, в каком направлении перемещать гамма-метку, чтобы произошло совмещение изображения (метки с сигнальным лимфатическим узлом). После совмещения и разметки, пациентка идет на операционный стол, а врач-хирург получает результат сканирования и примерное расположение СЛУ и может приступить к работе, применив во время операции портативный гамма-сканер.

Таким образом, БСЛУ является безопасной и надежной операцией, обеспечивающей точную оценку состояния подмышечных лимфатических узлов. Методика позволяет применить минимальное хирургическое вмешательство и провести органосохраняющую операцию, обойдя стороной такие осложнения как лимфедема. Прежде чем провести операцию, необходимо выяснить наличие метастаз в лимфатических узлах и проходимость лимфатических узлов – для этого и существует лимфосцинтиграфия с применением специализированных РФП. Сестринский персонал готовит РФП с соблюдением всех правил радиационной безопасности, ассистирует врачу-радиологу во время введения РФП, осуществляет введение данных в программу статика и проведения сканирования в данной программе и, после того как врач подтвердил визуализацию СЛУ, выполняет разметку узлов. В комплексе все вышеназванные мероприятия ведут к оказанию специализированной онкологической помощи пациентам и обеспечивают более высокое качество их жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исмагилов А.Х. Биопсия сигнальных лимфатических узлов: история и современность. Опухоли женской репродуктивной системы /А.Х. Исмагилов, Н.Г. Аснина, Г.А. Азаров. – 2018. – №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/biopsiya-signalnyh-limfaticeskikh-uzlov-istoriya-i-sovremennost>

2. Бит-Сава Е.М. Биопсия сигнальных лимфатических узлов у больных раком молочной железы после неoadъювантной химиотерапии /Е.М. Бит-Сава, М.Г. Анчабадзе, М.А. Моногарова, В.М. Моисеенко //Российский онкологический журнал. – 2018. – №3-6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/biopsiya-signalnyh-limfaticeskikh-uzlov-u-bolnyh-rakom-molochnoy-zhelezy-posle-neoadyuvantnoy-himioterapii>
3. Старкова М.В. Диагностическая значимость биопсии сторожевого лимфатического узла у больных ранним раком молочной железы /М.В. Старкова, А.Д. Зикиряходжаев, Т.И. Грушина, В.С. Суркова, Е.Н. Славнова, А.В. Леонтьев //Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2019. – 8(6); С. 422-427.

REFERENCES

1. Ismagilov A.Kh. Sentinel lymph node biopsy: history and modernity. Tumors of the female reproductive system /A.Kh. Ismagilov, N.G. Asnina, G.A. Azarov. – 2018. – No. 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/biopsiya-signalnyh-limfaticeskikh-uzlov-istoriya-i-sovremennost> (In Russian)
2. Bit-Sava E.M. Sentinel lymph node biopsy in breast cancer patients after neoadjuvant chemotherapy /E.M. Bit-Sava, M.G. Anchabadze, M.A. Monogarova, V.M. Moiseenko // Russian Journal of Oncology. – 2018. – No. 3-6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/biopsiya-signalnyh-limfaticeskikh-uzlov-u-bolnyh-rakom-molochnoy-zhelezy-posle-neoadyuvantnoy-himioterapii> (In Russian)
3. Starkova M.V. Diagnostic significance of sentinel lymph node biopsy in patients with early breast cancer /M.V. Starkova, A.D. Zikiryakhodzhaev, T.I. Grushina, V.S. Surkova, E.N. Slavnova, A.V. Leontiev //Oncology. Journal im. P.A. Herzen. – 2019. – 8 (6); pp. 422-427. (In Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Волкова Юлия Александровна, старшая медицинская сестра отделения радионуклидной диагностики ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: VolkovaYA@samaraonko.ru

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

INFORMATION ABOUT AUTHOR

Volkova Yulia Aleksandrovna, senior nurse of the radionuclide diagnostics department of the State Budgetary Healthcare Institution "Samara Regional Clinical Oncology Dispensary", 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: VolkovaYA@samaraonko.ru

CONFLICT OF INTEREST

The author claim no conflict of interest.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: 8 (495) 274-22-22 (многоканальный)
E-mail: podpiska@panor.ru

DOI: 10.33920/med-05-2511-09

УДК: 614.2

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПРОЛЕЖНЯМИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ (АБДОМИНАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ) № 2



Е. С. Стрижкова

ГБУЗ «Самарский областной
клинический онкологический
диспансер», 443031, г. Самара, Россия

А. Ю. Михайлова

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»,
443031, г. Самара, Россия

Резюме. В статье отражена тема ухода за пролежнями и важность оказания помощи пациентам с нарушением целостности кожных покровов.

Ключевые слова: онкологическая служба, сестринское дело, медицинские сестры, пролежни, уход за пациентами с пролежнями.

PRESSURE ULCER CARE IN ONCOLOGY DEPARTMENT (ABDOMINAL ONCOLOGY) NO. 2

E. S. Strizhkova, A. Yu. Mikhailova

Samara Regional Clinical Oncology Dispensary, 443031, Samara, Russia

Abstract. This article discusses the topic of pressure ulcer care and the importance of providing assistance to patients with skin integrity issues.

Key words: oncology services, nursing, nurses, pressure ulcers, care for patients with pressure ulcers.

For correspondence: Strizhkova E. S., Mikhailova A. Yu. State Budgetary Healthcare Institution «Samara Regional Clinical Oncology Dispensary», 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: strizhkovaes@samaraonko.ru, e-mail: 8.insomnia@mail.ru

Information about authors:

Strizhkova E. S. — <https://orcid.org/0009-0007-7323-1589>

Mikhailova A. Yu. — <https://orcid.org/0009-0003-3844-0271>

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

*«Уход за больными — одно из изящных искусств: я чуть не сказала "самое изящное из изящных искусств"»
Флоренс Найтингейл*

Онкологическое отделение (абдоминальной онкологии) № 2 было открыто 1 марта 2023 года. В нём оказывается специализированная хирургическая помощь пациентам со злокачественными и доброкачественными новообразованиями верхних отделов пищеварительного тракта, органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Это сложные операции, после которых пациенты могут быть ограничены в подвижности и длительное время проводить в лежачем положении. Вследствие этого появляется риск возникновения пролежней [1, 2].

Пролежни — распространённое осложнение, существующее в стационарах различных медицинских организаций. В данной статье мы хотим рассказать о мерах по предотвращению осложнений в отделении абдоминальной онкологии № 2, которые проводятся медицинскими работниками [3].

Особенности ухода за пациентами с пролежнями в онкологическом отделении (абдоминальная онкология) № 2

Определение и распространённость. Пролежни — это язвенно-некротическое повреждение кожи, которое возникает у лежачих пациентов и вызвано нарушением кровообращения в областях, подверженных длительному давлению, трению или сдвигу тканей.

Пролежни достаточно распространены и возникают примерно у 15 % госпитализированных пациентов, чаще в отделениях интенсивной терапии. В отделении абдоминальной онкологии часто пребывают тяжёлые и лежачие пациенты, поэтому риск возникновения пролежней велик. Необходимо отметить, что данная патология развивается в 2–3 раза реже, если за пациентом осуществляется правильный уход.

Классификация пролежней. Классификация пролежней в клинической практике представляет пять этапов:

1 этап. При надавливании на поражённое место возникает покраснение, которое

моментально исчезает — это говорит о том, что микроциркуляция кровеносных сосудов происходит без изменений. Реактивная гиперемия и покраснение кожных покровов имеют обратимый тип.

2 этап. После надавливания сохраняется эритема (покраснение кожи) — это означает, что участок кожи имеет микрососудистые травмы, воспаление или тканевую отёчность. На кожном покрове формируются явные признаки повреждения (волдыри и др.). Именно на этом этапе пролежни начинают причинять пациенту первые болевые ощущения.

3 этап. Полное повреждение кожного покрова, достигающее в глубину до границы основной ткани. Края ран имеют чёткие контурные границы. Наблюдается отёчность и эритема. Дно раны заполнено грануляционной тканью, красного или жёлтого цвета распадающихся тканей.

4 этап. Повреждены подкожные ткани. Жировой некроз вызван воспалением и тромбозом мелких сосудов. Зона пролежней, как правило, имеет хорошо разграниченные очертания. Дно раны может быть покрыто чёрным некрозом (омертвление тканей).

5 этап. Расширенный некроз, с распространением на фасции (плотная оболочка, покрывающая мышцы) и мышечные ткани. Повреждаются суставы и кости, образуя глубокие свищи чёрного цвета (рис. 1).

Причины возникновения пролежней. Пролежни развиваются из-за сдавления кожи между двумя точками — как правило, между поверхностью кровати и костными выступами. Наибольшее давление возникает в области пяток, крестца, затылка, локтей, вертелов бедренных костей (бугорков бедренной кости вблизи сочленения с тазобедренной костью). Основная причина развития пролежней — это ограничение подвижности при параличе, коме, травмах, онкологических болезнях, длительном периоде после операции, продолжительном пребывании в реанимации или отделении интенсивной терапии. Факторами также могут служить сопутствующие заболевания (ожирение, сердечная недостаточность, сахарный диабет и др.); общее тяжёлое состояние организма, старческий возраст; состояние, возникающие в послеоперационном

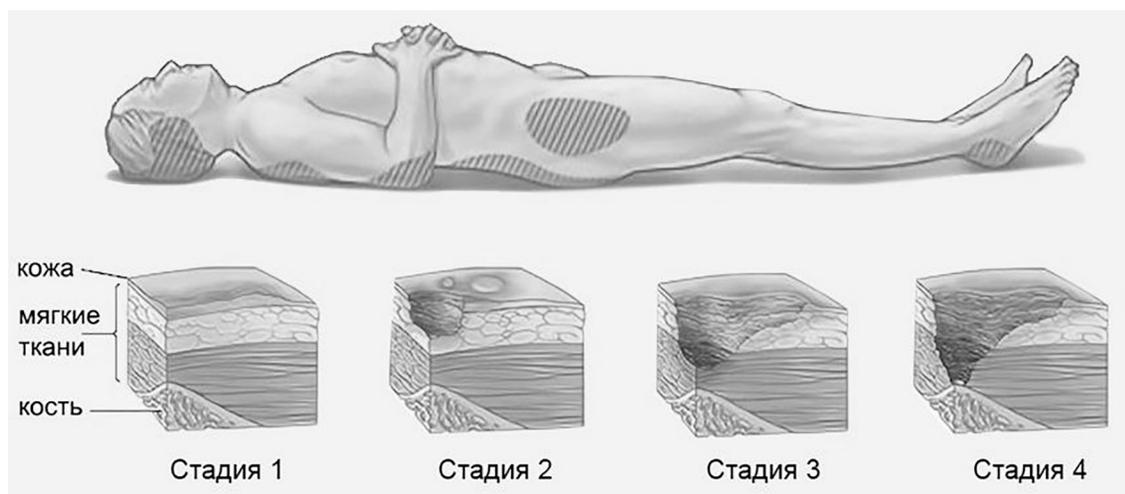


Рис. 1. Стадии образования пролежней

периоде (болевого синдром, слабость, анемия, снижение или отсутствие активных движений, обезвоживание, истощение, недержание мочи и кала и др.); а также недостаточный гигиенический уход, складки на постельном белье и одежде пациента, перегрев или переохлаждение.

Профилактика пролежней. В Самарском онкологическом диспансере каждое отделе-

ние работает по ГОСТ 56819–2015 «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней». Оценка риска развития пролежней производится в том случае, если пациент находится в лежачем положении 2 дня — используется шкала Нортон, с помощью которой медицинские сестры определяют риск развития пролежней (отметка проводится ежедневно) (рис. 2).

Лист оценки риска образования пролежней

ФИО пациента		Дата рождения						Отделение						Номер палаты					
		оценка риска образования пролежней																	
		Дано	Дано	Дано	Дано	Дано	Дано	Дано	Дано	Дано	Дано	Дано	Дано	Дано	Дано	Дано	Дано	Дано	
Показатель Физическое состояние	Состояние	Балл	Балл	Балл	Балл	Балл	Балл	Балл	Балл	Балл	Балл	Балл	Балл	Балл	Балл	Балл	Балл	Балл	
	Хорошее	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Удовлетворительное	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Тяжелое	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	Крайне тяжелое	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Психическое состояние	Ясное	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Апатия	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Спутанное	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	Ступор	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Активность	Ходит самостоятельно	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Ходит с посторонней помощью	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Нуждается в каталковом кресле-коляске	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	Лежачий больной	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Подвижность	Полная	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Частично ограниченная	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Значительно ограниченная	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	Обездвиженность	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Недержание	Нет	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Иногда	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Недержание мочи	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	Недержание мочи и кала	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Итого баллов																			
Подпись ответственной медицинской сестры																			

Оценка результата по шкале Д.Нортон:

≤ 12 баллов - вероятно образование пролежней;
 ≤ 14 баллов - имеется опасность образования пролежней.
 >14 баллов - опасность образования пролежней невелика.

Рис. 2. Лист оценки риска образования пролежней

О выявлении малейших признаков формирования пролежней медицинская сестра сообщает лечащему врачу. Заводится лист наблюдения за пролежнями, где два раза в день (утром и вечером) производится отметка об уходе и наблюдении за состоянием кожных покровов пациента. Там же отмечается подвижность пациента и, если она ограничена, фиксируются смены положения тела через каждые 2 часа (рис. 3).

С целью профилактики пролежней в отделении абдоминальной онкологии внедрён систематический трёхэтапный уход, включающий:

Мытьё тела: использование специальных гигиенических средств (жидкого мыла, пенки, салфеток).

Увлажнение кожи кремами и мазями.

Защита:

- исключение наличия на постели крошек, складок;
- исключение длительного контакта кожи с мокрым бельем;
- подкладывание под костные выступы гелевых подушек;
- изменение положения тела пациента каждые 2 часа, при этом тело

пациента нельзя сдвигать — только приподнимать, перекачивать и т. п.;

- при изменении положения тела пациента кожные покровы вокруг мест возможного формирования пролежней не травмировать;
- при недержании мочи и кала использовать эффективные моче- и калоприемники, впитывающие прокладки, простыни, памперсы и др. (рис. 4).

Одним из важных этапов в борьбе с пролежнями является обучение родственников правилам ухода за больным. Необходимо рассказать о технике изменения положения тела, в том числе с использованием технических приемов и специальных вспомогательных средств, объяснить особенности гигиены больного, обучить правильному уходу за кожными покровами.

Лечение пролежней. В случае возникновения у пациента пролежней, медицинские сестры докладывают об этом старшей медицинской сестре и лечащему врачу. Старшая медицинская сестра вносит

Лист регистрации противопротлежневых мероприятий

Дата	Время															
Размещение пациента в постели																
Флуэра																
На левом боку																
На правом боку																
Спина																
На спине																
Массаж кожи около участка риска																
Гигиенические процедуры																
Применение противопротлежневых средств																
Обучение самоуходу																
Подпись ответственной медицинской сестры																

Гигиенические процедуры: 1 – полная санитарная обработка; 2 – частичная санитарная обработка.	Применение противопротлежневых средств: 1 – матрац; 2 – валики, противопротлежневые подушки.	Обучение самоуходу: 1 – обучен; 2 – пациент не обучаем.
--	---	--

Рис. 3. Лист регистрации противопротлежневых мероприятий

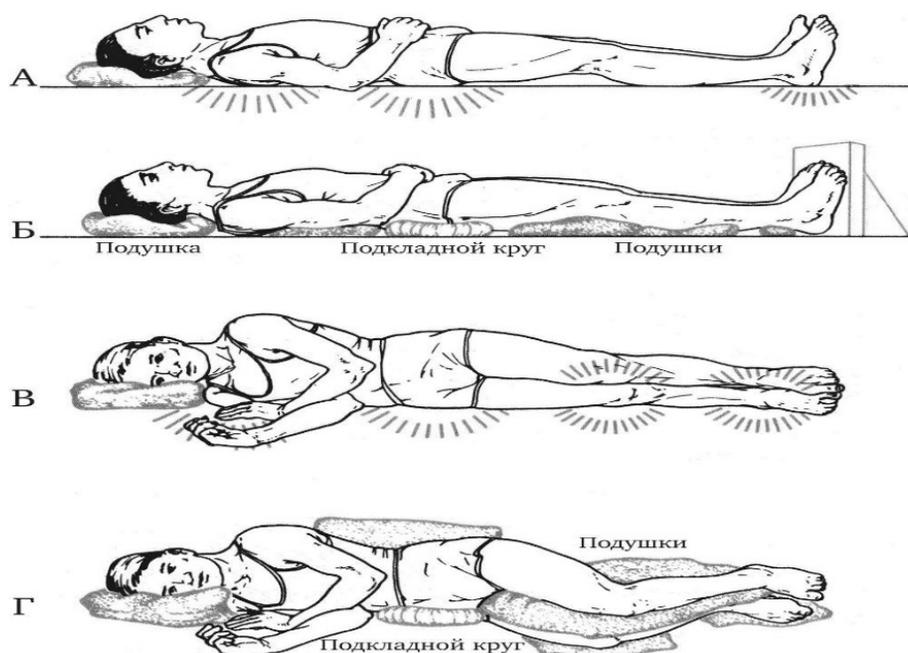


Рис. 4. Изменение положения тела пациента

эту информацию в журнал нежелательных событий. Лечащий врач назначает комплексное лечение:

- исключение длительного сдавливания;
- восстановление кровоснабжения;
- проведение местной обработки язв и терапии основного заболевания.

Также очень важен адекватный уход, включающий:

- соблюдение асептики (инфицирование пролежней сильно замедляет заживление);
- соблюдение правил гигиены;
- периодическое изменение положения тела пациента;
- контроль за повреждающими поверхностями вокруг пролежня (например, швами на нательном белье);
- наложение защитных повязок и послеоперационных наклеек;

- адекватное питание пациента, достаточное потребление жидкости и белка.

Таким образом, медицинские сестры абдоминальной онкологии своевременно и адекватно оценивают вероятность развития пролежней, а также вовремя и правильно проводят профилактические мероприятия:

- смену положения тела пациента каждые 2 часа;
- использование противопролежневых средств и средств гигиены (пенки, крема);
- организацию питания пациента и потребление им необходимого количества белка.

Каждая медицинская сестра в отделении понимает необходимость быть внимательными к пациентам, подмечать их состояние и потребности, что поможет избежать возникновения осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басков А. В. Профилактика и хирургическое лечение пролежней / А. В. Басков. — Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». — 2024; 213 с.
2. Дибиров М. Д. Пролежни: профилактика и лечение / М. Д. Дибиров // Амбулаторная хирургия. — 2016; С. 55–63.
3. СОП ГБУЗ СОКОД 023 «Порядок действий медицинской сестры при проведении противопролежневых мероприятий».

REFERENCES

1. Baskov A.V. Prevention and surgical treatment of bedsores /A.V. Baskov. — Moscow: Publishing group «GEOTAR-Media». — 2024; 213 p. (In Russian)
2. Dibirov M.D. Bedsores: prevention and treatment /M. D. Dibirov //Outpatient surgery. — 2016; pp. 55–63. (In Russian)
3. SOP SBHI SRCOD 023 «Procedure for actions of a nurse when carrying out anti-bed sore measures» (In Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Стрижкова Екатерина Сергеевна, старшая медицинская сестра онкологического отделения (абдоминальная онкология) № 2 ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: strijkovaes@samaraonko.ru

Михайлова Анастасия Юрьевна, медицинская сестра клиническая онкологического отделения (абдоминальная онкология) № 2 ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: 8.insomnia@mail.ru

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Strizhkova Ekaterina Sergeevna, Senior Nurse, Oncology Department (Abdominal Oncology) No. 2, Samara Regional Clinical Oncology Dispensary, 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: strijkovaes@samaraonko.ru

Mikhaylova Anastasia Yuryevna, Clinical Nurse, Oncology Department (Abdominal Oncology) No. 2, Samara Regional Clinical Oncology Dispensary, 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: 8.insomnia@mail.ru

CONFLICT OF INTEREST

The authors claim no conflict of interest.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: 8 (495) 274-22-22 (многоканальный)

E-mail: podpiska@panor.ru

DOI: 10.33920/med-05-2511-10

УДК: 614.2

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С КОЛОСТОМОЙ



Т.Г. Агешина

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, Россия

Резюме. В последние годы в России отмечается устойчивая тенденция к увеличению числа людей, перенесших оперативные вмешательства с формированием кишечной стомы, что обусловлено прежде всего неуклонным ростом заболеваемости колоректальным раком, а также другими заболеваниями толстой кишки. Важным для поддержания качества жизни пациентов с колостомой является сестринский уход.

Ключевые слова: медицинская сестра, пациент, онкозаболевания толстой кишки, сестринский уход, колостома.

NURSING CARE FOR PATIENTS WITH COLOSTOMY

T. G. Ageshina

State Budgetary Healthcare Institution «Samara Regional Clinical Oncology Dispensary», 443031, Samara, Russia

Abstract. In recent years, Russia has seen a steady increase in the number of people undergoing surgical procedures involving the formation of a colostomy, primarily due to the steady increase in colorectal cancer and other colon diseases. Nursing care is essential for maintaining the quality of life of patients with a colostomy.

Key words: nurse, patient, colon cancer, nursing care, colostomy.

For correspondence: Ageshina T. G. State Budgetary Healthcare Institution «Samara Regional Clinical Oncology Dispensary», 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: AgeshinaTG@sama-raonko.ru

Information about author:

Ageshina T. G. <https://orcid.org/0009-0002-7376-6931>

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

По данным всемирной организации здравоохранения число стомированных пациентов на 100 000 населения составляет 100–150 человек. В России число стомированных пациентов достигает 100–140 тыс., из них 38,0–45,0 % человек — пациенты трудоспособного возраста [1, 2].

В Самарском областном клиническом онкологическом диспансере пациенты с диагнозом «колоректальный рак» проходят лечение в онкологическом отделении (абдоминальная онкология) № 1. Отделение развернуто на 50 коек. В от-

делении оказывается специализированная медицинская помощь пациентам со злокачественными и доброкачественными новообразованиями органов брюшной полости. Специализация данного структурного подразделения — колоректальный рак. Помимо традиционных хирургических вмешательств врачами-онкологами отделения выполняются операции по поводу рака прямой и ободочной кишки лапароскопическим доступом, используется методика трансанальной эндоскопической микрохирургии при ворсинчатых опухолях и ранних формах рака прямой кишки,

а также реконструктивно-восстановительные операции, направленные на ликвидацию кишечной стомы. Роль медицинской сестры в лечебном процессе пациентов с кишечными стомами развивается и возрастает. Медицинская сестра помогает пациентам адаптироваться к состоянию, связанному с наличием стомы, обеспечивая правильный уход за ней. Медицинская сестра постоянно находится в контакте с пациентом, как на дооперационном этапе, так и после хирургического лечения.

Колостома — искусственное отверстие на передней брюшной стенке, сформированное для сохранения пассажа каловых масс по кишечной трубке при невозможности дефекации через прямую кишку. Кишечная стома может быть наложена на постоянное время или временно — с дальнейшим восстановлением целостности кишечника. Колостомы различаются по форме:

выпуклые стомы, у которых край кишки выступает за уровень кожи на 1–2 см, такая форма является нормой для сформированной колостомы,

плоские стомы, у которых край кишки находится на одном уровне с кожей передней брюшной стенки, такая форма стомы может доставлять определенные проблемы при уходе и использовании калоприемными мешками,

втянутые стомы, у которых край кишки не выступает над поверхностью кожи, такие стомы считаются патологией; уход за такой стомой проблематичен, как и использование калоприемников (может

потребоваться повторная операция для создания нормальной выпуклой стомы).

В зависимости от вида стомы медицинские сестры организуют и проводят соответствующий уход за ними. Медицинская сестра наглядно объясняет пациенту, в чем заключается особенность, именно его стомы. Это необходимо для психологического комфорта пациента и дальнейшей его социализации в позднем послеоперационном периоде (рис. 1, 2).

После формирования колостомы пациент лишен возможности управлять деятельностью собственного кишечника, осуществлять произвольную функцию удержания каловых масс и газов, в связи с чем ему рекомендуют пользоваться калоприемником. Обучение правильной гигиене и уходу за колостомой осуществляется на протяжении всего периода госпитализации пациента. В первые дни послеоперационного периода медицинская сестра самостоятельно осуществляет уход за стомой, подробно объясняя пациенту, что и как она делает и для чего это необходимо. Таким образом, постепенно пациент психологически адаптируется к новым реалиям жизни. С 5–7 дня послеоперационного периода медицинская сестра привлекает пациента к уходу за стомой: совместно они осуществляют уход, пациент привыкает к новым ощущениям, приобретает практические навыки по уходу. С 8 дня пациент обеспечивается всем необходимым для проведения процедуры ухода за стомой



Рис. 1. Медицинская сестра проводит уход за стомой

и самостоятельно проводит мероприятия. Медицинская сестра оценивает качество ухода, указывает пациенту на ошибки и недочеты, при необходимости повторно его обучает. Благодаря такой системе подготовки пациента по уходу за стомой, при выписке из стационара, он спокойно продолжает уход за стомой в домашних условиях, что позволяет в разы снизить риск развития осложнений. Если пациент психологически не готов к уходу за стомой к обучению привлекаются его родственники. Благодаря медицинским сестрам пациенты, к моменту выписки, способны самостоятельно осуществлять уход за колостомой под чутким контролем среднего медицинского персонала.

Формирование противоестественного заднего прохода в виде стомы вносит существенные ограничения в жизнь человека и значительно снижает её качество, что приводит к инвалидизации и высокому уровню социальной дезинтеграции пациента. Медицинские сестры заинтересованы устранить эти стрессовые ситуации с помощью качественного обучения пациентов и их родственников новым особенностям жизни. При уходе за стомированными пациентами медицинская сестра старается предоставить пациенту максимальную независимость и комфорт, используя принципы пациентоцентричности.

Медицинская сестра находится рядом с пациентом как до, так и после операции, поэтому именно от неё во многом зависит не только уход за стомированными пациентами, но и, в конечном итоге, выздоровление пациента и дальнейшее качество его жизни с кишечной стомой.

Особенностью раннего послеоперационного периода для стомированных пациентов является то, что кишечная стома начинает функционировать не сразу. Опорожнение кишечника с помощью кишечной стомы — процесс, который нельзя отрегулировать. Медицинские сестры, совместно с лечащим врачом, подробно объясняют пациенту порядок действий и, в обязательном порядке, предоставляют памятки по питанию, поведению в дальнейшей жизни с целью максимальной социализации пациента в обществе.

Для наилучшего ухода за кишечной стомой и ускорения выздоровления пациента необходимо определять проблемы пациентов при организации медицинской помощи в условиях стационара и разрабатывать практические рекомендации для ухода. С целью диагностики послеоперационных осложнений, таких как: мацерация, изъязвление кожных покровов, появление парастомальных грыж, пролапса колостомы, медицинская сестра совместно с лечащим врачом проводит обработку послеоперационной раны, смену асептических повязок, обработку стомы. Во время проведения перевязки медицинская сестра оценивает жизнеспособность стомы, её функционирование, состояние кожных покровов вокруг стомы, а также осуществляет опорожнение, замену калоприемника, обучая этим действиям пациента.

Для улучшения качества жизни стомированного пациента необходимы средства по уходу за стомой и кожей вокруг нее. К ним относятся: калоприемники, паста-герметик, абсорбирующий порошок, нейтрализатор запаха, разные специальные кремы, жидкости для снятия адгезива, аксессуары (тампоны для стомы, ирригационная система для опорожнения кишечника). Выбор средств ухода за стомой зависит от вида стомы, её расположения, консистенции каловых масс, особенности кожи вокруг стомы и предпочтений самого пациента.

Медицинская сестра должна подробно объяснить пациенту правила использования средств по уходу за стомой, а также объяснить, в чем преимущества того или иного средства. Данная работа проводится медицинской сестрой во время пребывания пациента в стационаре. При выписке из стационара пациент должен владеть всеми необходимыми знаниями об уходе за стомой, должен уметь самостоятельно пользоваться средствами для ухода.

Важно объяснить пациенту, в чем состоят особенности питания при колостоме. Специальной диеты, подходящей для всех стомированных пациентов, нет, пищу необходимо подбирать индивидуально. В качестве ориентира можно подчеркнуть несколько общих принципов. Пациенту

следует избегать употребления в пищу:

- блюд со слабительным действием (жирные блюда, чернослив, груши, инжир, свежие фрукты);
- продуктов, вызывающих метеоризм (ржаной хлеб, бобовые, капуста, грибы, свежее молоко, газированные напитки);
- ароматических овощей (перец, редис, лук, чеснок — вызывают зловоние);
- холодных напитков.

Пищу необходимо принимать регулярно, а также принимать достаточное количество жидкости (не меньше 1–1,5 литра в день).

В период госпитализации пациенты получают брошюры, в которых подробно указаны рекомендации по питанию пациентов с кишечной стомой. Контроль за питанием осуществляется ежедневно с отметкой о функционировании кишечника в динамической карте наблюдения за пациентом.

Нередко в послеоперационном периоде у пациентов возникают осложнения, связанные с использованием калоприемника. Задача медицинской сестры состоит в том, чтобы вовремя заметить осложнения, сообщить врачу и обеспечить пациенту необходимый уход.

Медицинские сестры владеют знаниями по возможным осложнениям при использовании калоприемника, таким как:

- аллергические реакции на клеевую основу;
- мацерация и инфицирование кожи;
- грибковые инфекции.

При выписке из стационара врач и медицинская сестра объясняют о возможных осложнениях пациентам и их родственникам, рассказывают о правилах поведения при возникновении того или иного осложнения. При обучении пациентам подробно объясняют, что наиболее частыми причинами мацерации кожи вокруг стомы являются:

1. Плохая фиксация пластины к коже возле стомы — кожа вокруг стомы требует постоянного внимания. Для ухода за ней требуются специальные средства (очиститель, защитный крем, защитная пленка).

2. Неправильно подобранный размер отверстия пластины — если размер стомы

изменился (на полное формирование стомы приходится от 4–6 недель) — это может привести к подтеканию содержимого под клеевую основу и приводить к мацерации.

3. Изгибы или складки на поверхности кожи в месте наклеивания пластины — это исправляется применением специальных выравнивающих средств (пасты, геля), которые создают ровную поверхность для фиксации пластины к коже.

4. Нарушение техники фиксации пластины — вес содержимого калоприемника создает усилие на клеевую пластину и способствует быстрому её отклеиванию. Угол наклеивания калоприемника индивидуален и требует подбора.

5. Нерегулярное опорожнение калоприемника — калоприемник необходимо опорожнять, когда его содержимое занимает от трети до половины объема. Несоблюдение этого правила может приводить к попаданию содержимого под клеевую основу и вызывать раздражение кожи.

Также в период госпитализации пациенты могут посещать Школу стомированных пациентов, которая проводится еженедельно. Школа позволяет в наиболее ранние сроки пройти психологическую адаптацию к жизни со стомой.

Осложнения в послеоперационном периоде могут быть не связаны с использованием калоприемника. Они возникают из-за наличия и функционирования стомы кишечника на передней брюшной стенке. Эти осложнения могут стать причиной серьезного беспокойства пациентов и, как правило, требуют врачебного вмешательства. За пациентами с такими осложнениями требуется особый уход, одним из основных составляющих которого является постоянное сестринское наблюдение:

Перистомальный дерматит (раздражение кожи в области стомы).

Дерматит наблюдается довольно часто и является следствием механического раздражения (частая смена калоприемников, неосторожная обработка кожи) или химического воздействия кишечного отделяемого (протекание под пластину, плохо подобранный, негерметичный калоприемник). Проявления дерматита: покраснение кожи, пузырьки, трещинки,

мокнущие, сочащиеся язвочки на коже возле стомы. Раздражение кожи вызывает зуд, жжение, иногда сильные боли. Возможна аллергическая реакция кожи на приспособления и средства по уходу за стомой, если реакция очень выражена, следует на некоторое время отказаться от применения приклеиваемых калоприемников. В таких случаях вопрос о выборе типа калоприемника должен решать врач. Нередко причиной кожных осложнений бывает недостаточный уход за кожей в зоне наложения стомы. В случае раздражения кожи вокруг стомы необходима консультация колопроктолога или специалиста по реабилитации стомированных пациентов.

Кровотечение из стомы.

В большинстве случаев кровотечение из стомы вызвано повреждением слизистой оболочки кишки вследствие неаккуратного ухода за стомой или использования грубых материалов. Край тесного отверстия в пластине, жесткий фланец калоприемника также могут травмировать кишку и вызвать кровотечение. Кровотечение, как правило, прекращается самопроизвольно. Но если оно затяжное и обильное, необходимо обратиться к врачу.

Стеноз (сужение стомы).

Стома должна быть проходима, свободно пропускать указательный палец пациента. Сужение обычно вызвано воспалением в зоне стомы в раннем послеоперационном периоде. Если сужение достигает степени, мешающей опорожнению кишки, необходимо делать операцию с целью расширения отверстия. При сужении стомы не следует принимать слабительные без консультации врача-хирурга.

Ретракция (втянутость стомы).

Это расположение стенки кишки ниже уровня кожи, циркулярное или частичное. Наличие воронкообразного углубления

значительно затрудняет уход за стомой и требует применения специальных калоприемников с конвексной (вогнутой) пластиной и дополнительных средств ухода (специальные пасты для выравнивания поверхности кожи и её защиты). В случае неэффективности этих мероприятий предпринимают хирургическое лечение.

Пролапс (выпадение стомы).

Небольшое (3–4 см) выпадение слизистой встречается довольно часто, но, как правило, не сопровождается нарушением состояния пациента и функции стомы. Полное выпадение всех слоев кишечной стенки нарушает функцию опорожнения, затрудняет уход за стомой, может привести к ущемлению кишки. Выпадение увеличивается в положении стоя, при кашле, при физической нагрузке. В лежачем положении выпадение слизистой иногда вправляется; выпавшую кишку в большинстве случаев можно вправить обратно рукой. В случае повторного или постоянного выпадения необходимо обратиться к врачу.

В комплекс реабилитационных мероприятий стомированных пациентов также входит ношение стомического абдоминального бандажа для профилактики образования грыж в области стомы. Правила ношения бандажа пациент узнает в послеоперационном периоде от медицинской сестры и врача. Медицинская сестра должна осуществить подбор бандажа в соответствии с окружностью живота пациента, объяснить ему необходимость использования бандажа и правила его ношения.

Медицинская сестра внимательно наблюдает за состоянием пациента, его внешним видом, пульсом, дыханием, температурой, работой органов желудочно-кишечного тракта, мочеиспусканием, кожными покровами для раннего выявления осложнений. В случае ухудшения состояния пациента она сообщает об этом врачу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мильбергер А. В. Особенности сестринского ухода за пациентами с колостомой в раннем послеоперационном периоде /А. В. Мильбергер //МЦНП «Новая наука». — 2021; 131 с.
2. Мухина С. А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: Учебное пособие /С. А. Мухина, И. И. Тарновская. — Изд. 2-е. — 2017; — 286 с.

REFERENCES

1. Milberger A.V. Features of nursing care for patients with a colostomy in the early post-operative period /A.V. Milberger // MCNP «New Science». — 2021; 131 p. (In Russian)
2. Mukhina S.A. Practical guide to the subject «Fundamentals of Nursing»: Textbook /S.A. Mukhina, I.I. Tarnovskaya. — 2nd ed. — 2017; — 286 p. (In Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Агешина Татьяна Геннадиевна, старшая медицинская сестра онкологического отделения (абдоминальная онкология) № 1 ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: AgeshinaTG@samaraonko.ru

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

INFORMATION ABOUT AUTHOR

Ageshina Tatyana Gennadievna, senior nurse of the oncology department (abdominal oncology) No. 1 of the State Budgetary Healthcare Institution «Samara Regional Clinical Oncology Dispensary», 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: AgeshinaTG@samaraonko.ru

CONFLICT OF INTEREST

The author claim no conflict of interest.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: 8 (495) 274-22-22 (многоканальный)
E-mail: podpiska@panor.ru

DOI: 10.33920/med-05-2511-11

УДК: 614.2

ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ № 1



Ю.Ю. Ковальчук

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, Россия

Резюме. Приём пациента в онкологическое отделение, особенно с диагнозом злокачественное образование молочной железы — это сложный и много-этапный процесс, где медицинская сестра играет ключевую роль. Её функции распространяются далеко за рамки простого заполнения документационных форм.

Ключевые слова: медицинская сестра, пациент, госпитализация, новообразования молочной железы, пациент-ориентированный подход.

PATIENT-CENTERED APPROACH TO HOSPITALIZATION OF A PATIENT WITH BREAST TUMOR TO ONCOLOGY DEPARTMENT BREAST TUMOR NO. 1

Yu. Yu. Kovalchuk

State Budgetary Healthcare Institution «Samara Regional Clinical Oncology Dispensary», 443031, Samara, Russia

Abstract. Admission to an oncology department, especially one diagnosed with breast cancer, is a complex and multi-step process, where the nurse plays a key role. Their responsibilities extend far beyond simply filling out forms.

Key words: nurse, patient, hospitalization, breast cancer, patient-centered approach.

For correspondence: Kovalchuk Yu. Yu. State Budgetary Healthcare Institution «Samara Regional Clinical Oncology Dispensary», 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: KovalchukYYU@samaraonko.ru

Information about author:

Kovalchuk Yu. Yu. — <https://orcid.org/0000-0001-5407-8047>

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Медицинская сестра является первым звеном в цепи обеспечения качественного медицинского обслуживания,

оказывая непосредственную помощь пациенту и обеспечивая точность и полноту медицинской документации [1–3] (рис. 1).



Рис. 1. Процесс заполнения медицинской документации по вновь поступившему пациенту

Процесс начинается с момента прибытия пациента в приёмное отделение. Медицинская сестра приёмного отделения тщательно проверяет все анализы и обследования пациента, оформляет историю болезни в системе ЕМИАС, регистрирует пациента, собирает анамнез, измеряет его жизненно важные показатели.

Далее пациент поднимается в отделение и знакомится с клинической медицинской сестрой, которая, в дальнейшем, будет обеспечивать полноценное медицинское сопровождение пациента до выписки из стационара. Медицинская сестра знакомит пациента с правилами внутреннего распорядка, режимом работы отделения, оснащением палаты, расположением манипуляционных кабинетов в отделении (рис. 2, 3).

Медицинская сестра клиническая осуществляет утренний обход совместно с врачом, докладывает врачу о состоянии пациента, о количестве и качестве отделяемого по дренажам, температуре за сутки, смене режима двигательной активности и т. п.

Сестринский уход начинается еще до операции, медицинская сестра создает доверительные отношения с пациентами, рассказывает о том, что будет происходить в ранний послеоперационный период и о правилах поведения пациента. Меди-

цинская сестра готовит своего пациента к операции не только психологически, но также проводит простые сестринские манипуляции: подготовку операционного поля, гигиенический душ перед операцией, раннюю профилактику тромбоэмболии. Благодаря этим не сложным манипуляциям пациенты не чувствуют себя в стрессе.

С целью повышения качества ухода за послеоперационным пациентом медицинская сестра, в бригаде с сотрудником отдела транспортировки, сопровождает пациента из палаты пробуждения в послеоперационную палату. В ходе транспортировки медицинская сестра контролирует состояние пациента, контролирует отделяемое по дренажам и проводит беседу с пациентом для выяснения степени его пробуждения после анестезиологического пособия. Медицинская сестра знает особенности физиологических потребностей пациента, его психологические страхи, она минимизирует дискомфорт пациента от перенесенной операции.

Сестринский уход за пациентами в послеоперационном периоде — необходимое условие для качественного восстановления человека, который перенёс хирургическое вмешательство. В послеоперационном периоде пациент находится в недееспособном состоянии, он не может ухаживать за собой. Его

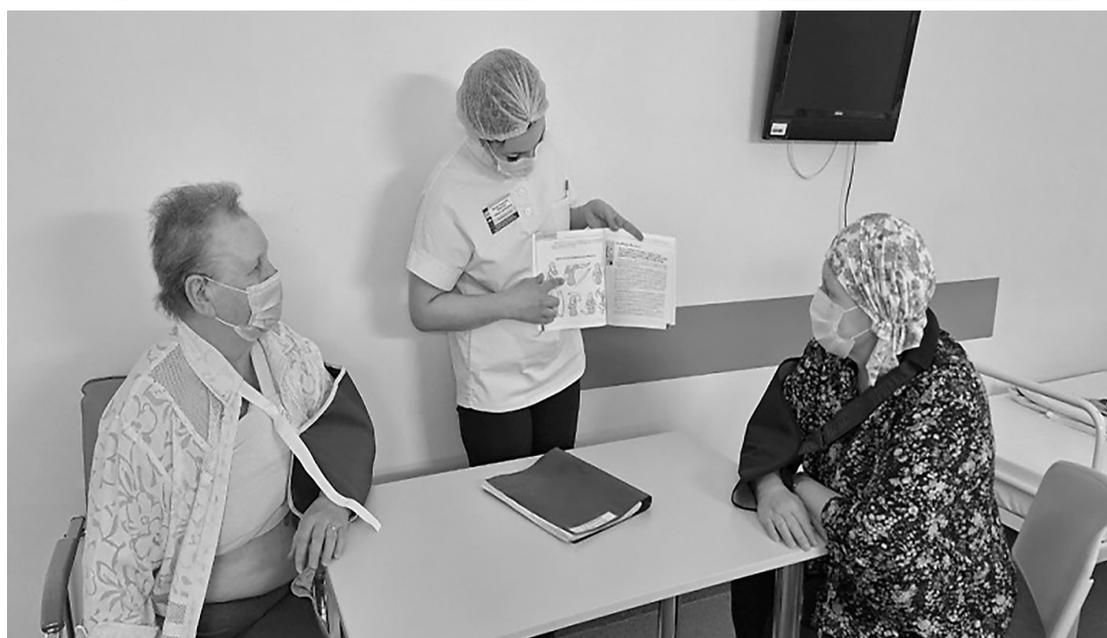


Рис. 2, 3. Ознакомление вновь поступивших в отделение пациентов с распорядком дня и месторасположением кабинетов

организм ослаблен, а он сам нуждается в профессиональном уходе. Организация должного ухода за пациентом после операционного вмешательства — ответственное и непростое дело. Необходимо обеспечить и поддерживать асептические условия в палате, проводить необходимые

медицинские и гигиенические процедуры, оказывать психологическую поддержку пациенту и его родственникам.

Ни для кого не секрет как важна гигиена в профилактике инфекций, связанных с послеоперационным периодом (чистка зубов, мывание лица и туалет наружных

половых органов). Со всем этим помогает пациенту справиться медицинская сестра. Пациент-центричный подход в отделении имеет динамический характер. Ежедневно медицинская сестра проводит физикальное обследование пациента, проводит его опрос на тему жалоб, особенностей состояния — все полученные данные заносятся в карту динамической сестринской оценки пациента, проводится анализ состояния пациента для принятия решения о дальнейшем сестринском уходе, который проводит медицинская сестра или делегирует частично младшему медицинскому персоналу по уходу.

Еще одним важным элементом в повышении качества ухода является подготовка помещения к приёму послеоперационного пациента и поддержание в нём асептических условий. Медицинская сестра контролирует качество проведения уборки в палате, где будет размещаться послеоперационный пациент, проводит обеззараживание воздуха, контролирует смену постельных принадлежностей. Все вышеназванные мероприятия по подготовке помещения к приёму послеоперационного пациента осуществляет младший медицинский персонал под четким контролем медицинской сестры, которая действует на основании рекомендаций врача и нормативных документов.

Одной из важных задач медицинских сестер отделения является также психологическая поддержка пациентов. В отделении разработан план сестринских конференций по уходу и поддержке пациентов после оперативного лечения.

Первые дни после хирургической операции — самое трудное время для пациента. Пациент испытывает сильные болевые ощущения. Медицинская сестра

определяет болевые ощущения по шкале боли (рис. 4).

У пациента могут возникнуть ощутимые страхи по поводу восстановления после операции работы органов и двигательной активности, особенно, если процесс восстановления проходит сложно. В этот период крайне важны поддержка, участие, дружелюбное отношение к пациенту всего медицинского персонала. Медицинская сестра, зная особенности каждого своего пациента, выстраивает персональный план ухода, благодаря пациент-центричному подходу повышается качество жизни послеоперационного пациента онкологического профиля.

В отделении используются передовые технологии, направленные на улучшение качества ухода. Например, система вызова медперсонала (рис. 5).

По нажатию экстренной кнопки пациентом медицинская сестра обеспечивает ему своевременную помощь — это позволяет оперативно реагировать на любые потребности пациента, что особенно важно для пациентов с онкологическими заболеваниями. Наличие современного оборудования также облегчает работу медицинских сестер, повышая эффективность и безопасность предоставляемых сестринских услуг.

Таким образом, роль медицинской сестры, работающей с пациентами, страдающими опухолями молочной железы, невероятно важна. Её вклад в сбор данных, оформление документации и оказание медицинской помощи не только обеспечивает качественное лечение, но и создаёт атмосферу поддержки и комфорта для пациентов в трудный период их жизни.



Рис. 4. Шкала боли

СЕСТРИНСКАЯ ПРАКТИКА

Инструкция по использованию экстренной кнопки «Вызов медицинского персонала»

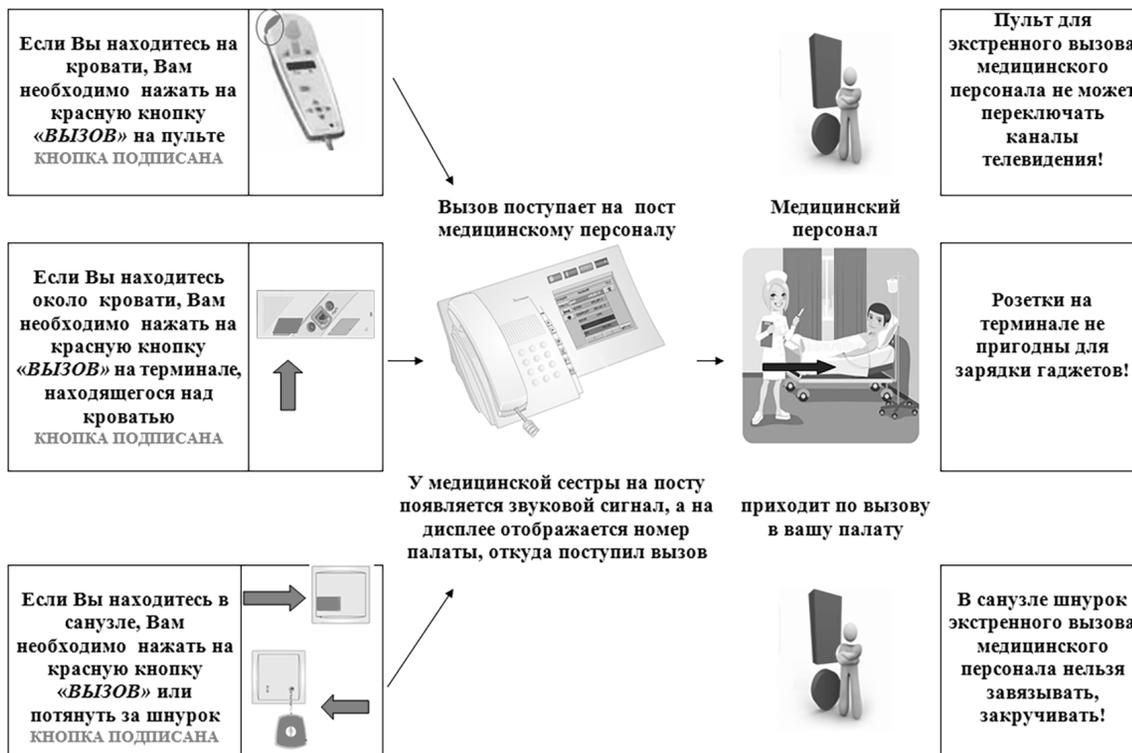


Рис. 5. Инструкция по использованию экстренной кнопки «Вызов медицинского персонала»

Комбинация профессионализма, внимательности и использования современных технологий гарантирует высокий уровень медицинского обслуживания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стандарт медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием молочной железы //Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2006. — № 6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/standart-meditsinskoy-pomoschi-bolnym-so-zlo-kachestvennym-novoobrazovaniem-molochnoy-zhelezy>
2. Букина Н. Ф. Роль среднего медицинского работника в профилактике рака молочной железы среди женского населения /Н. Ф. Букина. Новороссийск. — 2023; 42 с.
3. Зимакова И. В. Возможности ранней диагностики рака молочной железы в условиях смотровых кабинетов и фельдшерско-акушерских пунктов /И. В. Зимакова, М. И. Семенов //Смоленский медицинский альманах. — 2018. — № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-ranney-diagnostiki-raka-molochnoy-zhelezy-v-usloviyah-smotrovyyh-kabinetov-i-feldshersko-akusherskih-punktov>

REFERENCES

1. Standard of medical care for patients with malignant neoplasms of the mammary gland //Problems of standardization in health care. — 2006. — No. 6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/standart-meditsinskoy-pomoschi-bolnym-so-zlo-kachestvennym-novoobrazovaniem-molochnoy-zhelezy> (In Russian)
2. Bukina N.F. The role of mid-level health workers in the prevention of breast cancer among the female population /N.F. Bukina. Novorossiysk. — 2023; 42 p. (In Russian)
3. Zimakova I.V. Possibilities of early diagnosis of breast cancer in examination rooms and feldsher-obstetric stations /I.V. Zimakova, M. I. Semenov //Smolensk medical

almanac. — 2018. — No. 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-ranney-diagnostiki-raka-molochnoy-zhelezy-v-usloviyah-smotrovyyh-kabinetov-i-feldsher-sko-akusherskih-punktov> (In Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Ковальчук Юлия Юрьевна, старшая медицинская сестра онкологического отделения (опухолей молочной железы) № 1 ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: KovalchukYYU@samaraonko.ru

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

INFORMATION ABOUT AUTHOR

Kovalchuk Yulia Yuryevna, senior nurse of the oncology department (breast tumors) No. 1 of the State Budgetary Healthcare Institution «Samara Regional Clinical Oncology Dispensary», 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: KovalchukYYU@samaraonko.ru

CONFLICT OF INTEREST

The author claim no conflict of interest.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: 8 (495) 274-22-22 (многоканальный)

E-mail: podpiska@panor.ru

DOI: 10.33920/med-05-2511-12

УДК: 614.2

ЭТАПЫ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОМ СВОЕЙ БОЛЕЗНИ



Г.Р. Бадретдинова
ГБУЗ «Самарский областной
клинический онкологический
диспансер»,
443031, г. Самара, Россия



Л.Р. Матяшова
ГБУЗ «Самарский областной
клинический онкологический
диспансер»,
443031, г. Самара, Россия

Резюме. В статье рассказывается об оказании помощи пациенту в облегчении физических страданий, поддержке в духовном поиске и психологических переживаниях.

Ключевые слова: медицинская сестра, пациент, онкозаболевание, психологическая поддержка.

STAGES OF A PATIENT'S EXPERIENCE OF HIS ILLNESS

G.R. Badretdinova, L.R. Matyashova

State Budgetary Healthcare Institution «Samara Regional Clinical Oncology Dispensary», 443031, Samara, Russia

Abstract. This article discusses helping patients alleviate physical suffering, support their spiritual search, and manage psychological distress.

Key words: nurse, patient, cancer, psychological support.

For correspondence: Badretdinova G.R., Matyashova L.R. State Budgetary Healthcare Institution «Samara Regional Clinical Oncology Dispensary», 443031, Samara, Solnechnaya, 50, e-mail: BadretdinovaGR@samaraonko.ru, e-mail: liliyamat76@mail.ru

Information about authors:

Badretdinova G.R. — <https://orcid.org/0000-0002-4738-3315>

Matyashova L.R. — <https://orcid.org/0009-0009-2077-420X>

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

*«Волю дай отчаянью.
Та скорь, что не рыдает,
закравшись в душу, сердце разры-
вает» Уильям Шекспир («Макбет»)*

Отделение выездной патронажной паллиативной помощи онкологическим больным организовано в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Самарский областной клинический он-

кологический диспансер Приказом № 86 от 27.11.2009 года. Датой открытия считается 01.07.2010 года.

Целью отделения является качественное и своевременное оказание специализированной медицинской паллиативной помощи на дому.

Функции отделения:

- проведение паллиативных хирургических вмешательств;

- фармакотерапия болевого синдрома и другойотягающей симптоматики;
- повышение качества жизни пациентов;
- оказание психологической помощи пациентам и их родственникам;
- обучение родственников навыкам ухода за инкурабельными пациентами.

Отделение обеспечено выездными бригадами. На линию в смену выезжает бригада: врач — медицинская сестра (взаимозависимые манипуляции), медицинская сестра — младшая медицинская сестра по уходу за больными, психолог.

Врач отвечает за разработку и корректировку плана лечения, основываясь на клинических данных и рекомендациях. Он также проводит консультации с пациентом и его семьей, объясняя возможные варианты ухода и поддерживая их в трудные моменты.

Медицинская сестра играет важную роль в наблюдении за состоянием пациента, управлении симптомами и обеспечении комфорта. Она часто становится связующим звеном между пациентом и врачом, собирая информацию о состоянии здоровья, изменениях в самочувствии и потребностях пациента. Это позволяет врачу принимать более обоснованные решения о лечении и уходе. Медицинские сестры, обладая уникальными знаниями и навыками, выступают также связующим звеном между пациентом и врачом. Они не только осуществляют уход за пациентами, но и активно участвуют в планировании и реализации лечебных мероприятий [1–4].

Командная работа выездной бригады включает в себя регулярные обсуждения случаев, когда медицинская сестра и врач могут обмениваться мнениями и находить оптимальные решения для улучшения качества жизни пациента, учитываются психологические и эмоциональные аспекты, предоставление поддержки не только пациенту, но и его близким. Совместные усилия специалистов помогают обеспечить пациенту достойный уход, облегчить его страдания и поддержать его в последние моменты жизни.

Когда человек узнает о своем онкодиагнозе, он переживает сильные эмоции: страх, тревогу, гнев, печаль. Медицинская сестра помогает пациенту справиться с его

эмоциями. Она проводит индивидуальные беседы с пациентом, выслушивает его переживания и помогает ему справиться со своими чувствами, также поддерживает родственников пациентов, помогая им понять и принять сложную ситуацию. Её работа направлена на улучшение психологического состояния пациента. В условиях, когда пациент сталкивается с тяжелыми физическими и эмоциональными страданиями, важно, чтобы медицинская команда работала слаженно и эффективно.

Этапы переживания пациентом своей болезни

Как показывает опыт работы с пациентами, почти каждый из них где-то слышал или читал о периодах переживания тяжелого заболевания, независимо от того, онкология это или какое-то другое заболевание, угрожающее жизни. Периоды переживания включают:

- отрицание или шок;
- гнев, агрессия;
- торг;
- депрессию;
- принятие.

Каждый из этих этапов требует особого подхода, поэтому понимание содержания переживания болезни важно для налаживания контакта с пациентом.

Первая стадия — отрицание. В этот момент человек не может поверить в реальность происходящего. Важно дать ему время и поддержку, чтобы он смог принять возникшую ситуацию.

Вторая стадия — гнев и агрессия. Это стадия крушения надежд и жизненных планов. В этот момент человек может испытывать злость на близких людей, врачей, общество, судьбу или самого себя. Важно помочь человеку направить эту злость на борьбу с болезнью.

Третья стадия — торг. Это попытка договориться с судьбой. В этот момент есть риск выбора неправильного лечения. Важно понимать, что это нормальная реакция на стресс.

Четвёртая стадия — депрессия. Это самая тяжёлая стадия, когда у человека могут возникнуть суицидальные мысли и намерения. Важно быть рядом с человеком и поддерживать его.

Пятая стадия — принятие. Это стадия, когда человек принимает свою ситуацию

и выходит на новый уровень своего психологического развития.

Прохождение отдельных стадий у разных людей значительно различается. Следует отметить, что через все эти стадии проходят и члены семьи, узнав о неизлечимой болезни близкого человека. Важнейшей стадией преодоления страха смерти, по мнению ряда авторов, является отрицание. Отрицание действует подобно морфию — не устраняя причины заболевания, оно уменьшает боль. Страх смерти является естественным состоянием человека. При работе со страхом смерти при онкологических заболеваниях самое главное — позволить человеку выговориться. Позволить сказать вслух все то, что происходит внутри, рассказать обо всех опасениях, тревогах, страхах, болях, переживаниях.

Важно понимать, что вышеперечисленные этапы не являются строгой последовательностью и каждый человек проходит их индивидуально.

Психологическая помощь онкологическим больным на последней стадии заболевания требует деликатного и комплексного подхода, реализуемого в команде врач — медицинская сестра. Врач, обладая знаниями о физиологических процессах и прогнозе заболевания, может предоставлять пациенту реалистичную информацию о его состоянии, не лишая надежды. Правильная коммуникация с тяжелобольным пациентом требует сочетания честности, эмпатии и уважения личности. Это помогает пациенту снизить уровень стресса и тревоги, улучшить качество жизни и принять важные решения с ясностью и уверенностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Введенская Е. С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца /Е. С. Введенская. — Н. Новгород: Издательство НГМА. — 2011; 356 с.
2. Колайкова О. И. Психоэмоциональная помощь при онкологии /О. И. Колайкова // Скиф. — 2023. — № 10 (86). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihuemotsionalnaya-pomosch-pri-onkologii>
3. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования /Р. Кочюнас. — М.: Академический проект. — 2022; 222 с.
4. Липтуга М. Е. Паллиативная помощь: краткое руководство /М. Е. Липтуга, И. В. Поляков, Т. М. Зеленская. — Санкт-Петербург: Искусство России. — 2001; 160 с.

REFERENCES

1. Vvedenskaya E. S. Palliative care: being with the patient until the end /E. S. Vvedenskaya. — N. Novgorod: NGMA Publishing House. — 2011; 356 p. (In Russian)
2. Kolaykova O. I. Psychoemotional assistance in oncology /O. I. Kolaykova //Skif. — 2023. — No. 10 (86). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihuemotsionalnaya-pomosch-pri-onkologii> (In Russian)
3. Kochyunas R. Fundamentals of psychological counseling /R. Kochyunas. — Moscow: Academicheskyy proekt. — 2022; 222 p. (In Russian)
4. Liptuga M. E. Palliative care: a brief guide /M. E. Liptuga, I. V. Polyakov, T. M. Zelenskaya. — Saint Petersburg: Art of Russia. — 2001; 160 p. (In Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Бадретдинова Гульсиня Рашитовна, старшая медицинская сестра отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи онкологическим больным ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: BadretdinovaGR@samaraonko.ru

Матяшова Лилия Равильевна, медицинская сестра процедурной отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи онкологическим больным ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», 443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, e-mail: liliyamat76@mail.ru

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Gulsinya Rashitovna Badretdinova, Senior Nurse, Department of Mobile Home-Based Palliative Care for Cancer Patients, Samara Regional Clinical Oncology Dispensary, Solnechnaya, 50, Samara, 443031, e-mail: BadretdinovaGR@samaraonko.ru

Matyashova Liliya Ravilevna, Nurse, Procedural Department of Mobile Home-Based Palliative Care for Cancer Patients, Samara Regional Clinical Oncology Dispensary, Solnechnaya, 50, Samara, 443031, e-mail: liliyamat76@mail.ru

CONFLICT OF INTEREST

The authors claim no conflict of interest.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: 8 (495) 274-22-22 (многоканальный)

E-mail: podpiska@panor.ru

ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ

WWW.PANOR.PD Издательский Дом
ПАНОРАМА
WWW.PANOR.RU НАУКА И ПРАКТИКА



**ЗНАК КАЧЕСТВА
В ОТРАСЛЕВОЙ
ПЕРИОДИКЕ**

Свыше 20 лет мы издаем для вас журналы. Более 85 деловых, научных и познавательных журналов 10 издательств крупнейшего в России Издательского Дома «ПАНОРАМА» читают во всем мире более 1 миллиона человек.

Вместе с вами мы делаем наши журналы лучше и предлагаем удобные вам варианты оформления подписки на журналы Издательского Дома «ПАНОРАМА».

ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЫ ИД «ПАНОРАМА», В ТОМ ЧИСЛЕ НА ЖУРНАЛ «МЕДСЕСТРА», С ЛЮБОГО МЕСЯЦА

✓1 ПОДПИСКА НА НАШЕМ САЙТЕ (НА БУМАЖНЫЕ И / ИЛИ ЭЛЕКТРОННЫЕ ВЕРСИИ)

Подпишитесь в пару кликов на нашем сайте panor.ru

Мы принимаем практически любой способ оплаты: с р/счета, через Robokassa, через квитанцию Сбербанка, пластиковой картой и т.д.



✓2 ПОДПИСКА ЧЕРЕЗ
АГЕНТСТВО
«УРАЛ-ПРЕСС»

— По «Каталогу периодических изданий. Газеты и журналы» агентства «Урал-Пресс» (индекс 46105). Подписка на бумажные и/или электронные версии. Просто позвоните в «Урал-Пресс». Доставлять издания будет курьер агентства вашего города. **Подробнее — на сайте uralpress.ru**

✓4 ПОДПИСКА ЧЕРЕЗ
НАШУ РЕДАКЦИЮ
(НА БУМАЖНЫЕ И / ИЛИ
ЭЛЕКТРОННЫЕ ВЕРСИИ)

Для оформления подписки позвоните по тел. 8 (495) 274-2222 (многоканальный) или отправьте заявку в произвольной форме на адрес: podpiska@panor.ru

В заявке укажите название журнала, на который вы хотите оформить подписку, наименование вашей компании и банковские реквизиты, Ф.И.О. получателя, телефон и e-mail для связи.

Вас интересует международная подписка, прямая доставка в офис по Москве или оплата кредитной картой? Просто позвоните по указанному выше телефону или отправьте e-mail по адресу podpiska@panor.ru.



✓3 ПОДПИСКА ЧЕРЕЗ
ПОЧТУ РОССИИ

— На сайте Почты России podpiska.pochta.ru

— По официальному каталогу Почты России «Подписные издания» (индекс П7143) во всех почтовых отделениях России. Доставку осуществляет «Почта России».

✓5 ПОДПИСКА ЧЕРЕЗ
АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ АГЕНТСТВА

ООО Агентство «Книга-сервис», ООО «АДП-информ», ООО «Прессинформ» и другие.

ВЫПИСЫВАЙТЕ, ЧИТАЙТЕ, ПРИМЕНЯЙТЕ!

В стоимость РЕДАКЦИОННОЙ ПОДПИСКИ уже включены затраты по обработке, упаковке и отправке выписанных журналов, что делает подписку через редакцию **ОСОБЕННО ВЫГОДНОЙ!**

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: 8 (495) 274-2222 (многоканальный)

e-mail: podpiska@panor.ru; panor.ru