



БУДУЩЕЕ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

ИТОГИ СИМПОЗИУМА РАМС, ПРОШЕДШЕГО В РАМКАХ VII КОНГРЕССА НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ ФТИЗИАТРОВ



■ **Серебренникова Н.В.**

Директор по международному сотрудничеству, РАМС, канд. полит. наук

В эпоху глобальных перемен всем и каждому хочется заглянуть вперед, в будущее. Медицинские сестры фтизиатрической службы не исключение. В ноябре им представилась очередная возможность обсудить свои профессиональные достижения, узнать о новых рекомендациях ВОЗ по преодолению ТБ и обсудить важнейшие вопросы взаимодействия с врачами.

Участниками сестринского симпозиума стали более 120 специалистов из разных уголков России – от Петроза-

водска до Иркутска и Республики Саха (Якутия) и каждому было о чем рассказать. Предваряя специализированную часть симпозиума, Валентина Антонова Саркисова, президент РАМС, поделилась с коллегами международными и российскими перспективами расширения роли специалистов, рассказала о недавних политических переменах и новых возможностях.

Медицинским сестрам фтизиатрии такие новые возможности отлично знакомы. За десятилетие международного проекта они научились не только использовать имеющиеся, но и создавать новые. Так, если год назад многие впервые услышали о введении эксперимента по видеоконтролируемой терапии ТБ в Томской области, то теперь об особенностях организации ВКЛ рассказывали уже новые регионы – Воронеж, Архангельск, Владимир, Тюмень, Кемерово, Иваново. И в каждом – свои особенности, свои подходы, свои тонкости, связанные с организацией процесса. Но все без исключения специалисты высказывались в поддержку ВКЛ – это

удобнее для пациентов и служит хорошим инструментом мотивации. Больные, которых пока не включили в группу ВКЛ, просят и ждут, стараются соблюдать все требования терапии, чтобы пройти отбор в такую группу. Такое лечение требует кристальной репутации пациента – отсутствие отказов от лечения, перерывов. В группах ВКЛ все соблюдается строго. Это уже подтверждается данными исследований. Так, медицинские сестры Ивановского противотуберкулезного диспансера смогли установить, что в группе ВКЛ отрывы в лечении отсутствовали, в то время как в контрольной группе они составили 27%. Исследование, о результатах которого доложила Самедова Анжела Хутаевна, проводилось в соответствии со всеми требованиями, предъявляемыми к научной работе. В течение 2017 года пациенты, отобранные для участия в проекте, были разделены на экспериментальную и контрольную группы, в контрольной группе лечение было традиционным (ежедневное посещение диспансера для приема препара-

тов), а в экспериментальной была предложена ВКЛ – связь с медицинской сестрой посредством мессенджера «Скайп». Результаты оказались внушительными. Кроме отсутствия отрывов от лечения, пациенты экспериментальной группы продемонстрировали более высокую эффективность лечения (на 8% выше, чем в контрольной группе).

Самое интересное началось по окончании доклада – специалисты активно обменивались опытом и интересовались особенностями организации процесса. Кто является оператором и ведет наблюдение при ВКЛ – медицинская сестра или другой специалист? В какое время осуществляется связь с пациентом – в рабочее или в вечернее? В ряде регионов пришли к необходимости вечерних выходов на связь – многие пациенты работают, и для них, по понятным причинам, выход на связь в рабочее время чреват лишним и нежелательным вниманием коллег.

О новых организационных решениях во фтизиатрии рассказали представители фтизиатрической службы Тюменской области, где был реализован проект «Универсальная медицинская сестра». Мы такого специалиста стали называть универсальным, в зарубежных странах это традиционная схема работы. В отделениях нет отдельных должностей процедурных и перевязочных сестер. Есть просто медицинские сестры – одни работают в день, другие остаются на сутки. Наибольший объем терапии приходится именно на дневное время, и здесь старшая медсестра определяет для каждой группы пациентов, с которыми предстоит работать. Причем количество пациентов, распределенных между специалистами, может и не совпадать – учитывается тяжесть состояния, наличие сопутствующих заболеваний и объем необходимой помощи. Оказалось, что новая система расстановки кадров эффективней, она позволила высвободить ставки, т.е. сэкономить ресурсы. Сейчас другие подразделения Тюменского областного противотуберкулезного диспансера планируют аналогичную реформу.

Обсудили собравшиеся и роль медсестры в профилактике ТБ. Татьяна Кудряшова, медицинская сестра противотуберкулезного кабинета Вельской ЦРБ (Архангельская область) подели-

лась очередными успехами своей работы с представителями администрации района, руководителями образовательных и дошкольных организаций и даже ГИБДД! Сегодня у жителя Вельского района просто нет шансов не узнать о ТБ, его симптомах и мерах профилактики – информационными материалами и приглашением на флюорографию его обязательно обеспечат! Кстати, кампании по отказу от курения с опорой на ГИБДД могут оказаться очень действенной мерой!

А коллеги из Республики Саха (Якутия) представили доклад об использовании традиционной культуры в профилактическом лечении пациентов детского противотуберкулезного санатория. Марианна Илларионова представила красочную презентацию о том, как специалисты изменили меню санатория и ввели национальные блюда, какие физические упражнения и танцы были добавлены в комплексы ЛФК и как для укрепления здоровья можно использовать народный музыкальный инструмент Якутии – хомус.

Подробные рекомендации по ведению больных ТБ с сопутствующими хроническими заболеваниями были представлены тандемом специалистов Санкт-Петербургского НИИФ – Еленой Торкэтьюк, врачом-фтизиатром и Людмилой Кравцовой, медицинской сестрой отделения торакальной хирургии. Эта тема всегда волнует специалистов, которым на практике приходится сталкиваться с пациентами, имеющими помимо ТБ, МЛУ-ТБ целый букет заболеваний. И здесь важно выбирать приоритеты, ставить достижимые цели, а в процессе лечения – предельно внимательно относиться к реакции разных органов и систем на химиопрепараты, чтобы спасая от ТБ, не нанести пациенту вреда.

Перед участниками симпозиума выступила и Керри Тюдор, руководитель ТБ проекта Международного совета медсестер. Керри входит в состав различных рабочих и экспертных групп, работает вместе с ВОЗ, участвует в обсуждении новых рекомендаций, которые вот-вот будут опубликованы. Подходы к лечению ТБ меняются, взят курс на максимальный отказ от инъекционных препаратов. Схемы лечения МЛУ-ТБ – стандартные, длительностью 18–20 месяцев. Режимы укороченных курсов терапии строго регламентированы



наличием тестов на чувствительность к препаратам и возможностью обеспечить регулярный и тщательный мониторинг побочных эффектов.

Поделилась Керри и информацией о работе наших коллег – в Китае, Замбии, Уганде. В каждой из этих стран бремя ТБ весьма велико, в каждой медицинские сестры заняты совершенствованием практики и внедрением перемен, обусловленных имеющимися ресурсами. Примечательно, что повсеместно медицинские сестры, во-первых, совершенствуют обучение коллег по этой теме, а во-вторых, активно занимаются обучением и дистанционной поддержкой пациентов. В Китае, например, взят на вооружение мессенджер QQ (аналог WhatsApp), с помощью которого пациентов объединяют в группы – с медсестрой, врачом и излечившимися пациентами. Таким образом, вокруг больного создается группа поддержки, в которой одни могут дать профессиональный совет, а другие поддержать морально и вселить веру в победу – ведь у них это уже получилось. Такие группы получили название «Утренний свет» и уже работают в разных провинциях Китая.

В африканских клиниках проблемы иного характера, которые удалось решить с минимальными затратами. В Замбии медбрату удалось договориться о постройке навеса на улице для организации места сбора мокроты вне стен учреждения. Погодные условия сделать это позволяют, так зачем же рисковать, собирая образцы в помещении. В Лесото медицинским сестрам удалось добиться, чтобы скрининг на ТБ и ВИЧ проходили все пациенты, обратившиеся за любой медицинской помощью. Они же обучили своих коллег тому, какие симптомы требуют более пристального внимания. Кроме того, медсестрами был разработан регистр образцов мокроты, взятых на анализ. Клиника ведет такой регистр и сверяется с лабораторией. Усовершенствовав коммуникацию между этими службами, нашим коллегам удалось существенно сократить время на получение



«Утренний свет» – так китайские медсестры назвали специальные группы в мобильном приложении QQ, которые объединяют больных с группой поддержки - врачом, медсестрой и успешно излечившимся пациентом

результатов и идентификацию пациентов, нуждающихся в лечении. В Уганде удалось приблизить пункты лечения ТБ и МЛУ-ТБ к месту проживания пациентов (ранее лечением МЛУ занималась только одна центральная клиника), реорганизовать прием пациентов так, чтобы время ожидания они проводили на свежем воздухе, а пребывание в помещении было максимально снижено.

Специалисты стали использовать приложение WhatsApp для создания групп поддержки.

Из отдаленных стран и регионов участники перенесли поближе к границам России. Любовь Сазанова, главная медицинская сестра филиала ТБ больницы № 1 МСЧ-42 ФСИН, рассказала о поездке в Баку – разумеется, поездке не туристической. Дело в том, что в Баку создан Сотрудничающий центр ВОЗ по проблемам преодоления ТБ в тюрьмах. За несколько лет в стране удалось реализовать грандиозные реформы тюремной медицины. В частности, появилось новое оснащение, новая лаборатория, современная система приточно-вытяжной вентиляции. Все заключенные проходят через скрининг на ТБ при поступлении в учреждение, ежегодно и по своему обращению при наличии жалоб на самочувствие. В ТБ клинике 23 отделения – лечебные, паллиативное, диспансерное. Диагностика ТБ у поступившего больного занимает 5 дней: в понедельник берут анализы, в среду проводится консилиум и назначается лечение тем, у кого ТБ чувствительный, в четверг

консилиум по случаям лекарственно-устойчивого ТБ. Через пять дней пребывания пациенты начинают получать терапию по схемам, рекомендованным ВОЗ. Не оставлены без внимания и те больные, срок пребывания которых в заключении подошел к концу. Они прикрепляются к пунктам лечения, где за каждое посещение и прием лекарственных препаратов предоставляется продуктовый набор. Надо ли говорить, что количество отрывов от лечения сократилось – с 97% до 3%!

Перед участниками симпозиума выступила и Татьяна Федоткина, руководитель специализированной секции РАМС «Сестринское дело во фтизиатрии». Мы вспомнили, как все начиналось – и тогда все действительно было впервые и вновь! Мы первыми осваивали новые принципы работы, оттачивали коммуникацию с пациентами, учились работать с особенно трудными – имеющими зависимость, ведущими асоциальный образ жизни. Мы уже десятилетие назад искали поддержки у волонтерских организаций и фондов, а еще стремились к новой информации, разрабатывали документы, изучали методологию сестринских исследований.

При поддержке проекта нам не единожды удалось побывать на международных форумах и встретиться с коллегами из других стран, и вот уже в который раз мы смогли собраться на большой научной площадке, где вопросы фтизиатрической помощи обсуждают ведущие специалисты здравоохранения. И на этот раз Татьяне Юрьевне была оказана особая честь – впервые доклад медицинской сестры был включен не только в программу сестринского симпозиума, но и в программу главного пленарного заседа-



ния конгресса. Не скроем, всех нас переполняло чувство гордости за пройденный путь! Председатель сессии – Пётр Казимирович Яблонский, руководитель Санкт-Петербургского НИИФ, главный внештатный специалист-торакальный хирург РФ, председатель Национальной ассоциации фтизиатров узнавал о работе медицинских сестер с большим интересом, как и вся врачебная аудитория! Казалось, что в самом зале заседаний стало теплее! А по завершению доклада посыпались

вопросы и даже предложения – в том числе в адрес РАМС о поддержке медицинских сестер, работающих в тюремной медицине. А еще нас буквально атаковали врачи из разных клиник и даже из разных стран. Всем хотелось узнать больше о работе Ассоциации, фтизиатрической секции и обязательно отвезти домой своим медицинским сестрам замечательную литературу по ТБ, разработанную и опубликованную в рамках международного проекта РАМС.

Что ж, проект практически завершен, принес замечательные плоды, укрепил позиции медицинских сестер фтизиатрии, позволил создать целую группу лидеров, каждый из которых работает, развивается, не стоит на месте. А нам очень хочется верить, что несмотря на окончание проекта, по прошествии года медицинские сестры фтизиатрии встретятся на этой площадке вновь – уже при весомой поддержке руководителей своих клиник!

ОСТАНОВИТЬ ТУБЕРКУЛЕЗ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ И ЗАДАЧИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ



Сазанова Л.А.

Главная медицинская сестра, филиал Туберкулезная больница № 1 Федеральное казенное учреждение здравоохранения МСЧ-42 ФСИН России

Одна из задач здравоохранения в рамках недавно принятых целей в области устойчивого развития заключается в том, чтобы к 2030 году покончить с эпидемией

туберкулеза. Не ограничиваясь этим, ВОЗ поставила задачу к 2035 году добиться снижения смертности от туберкулеза на 95% и снижения заболеваемости туберкулезом на 90%, что соответствует сегодняшним показателям в странах с низкой заболеваемостью ТБ. Эта задача актуальна для всей системы оказания помощи, особенно для учреждений, входящих в пенитенциарную систему, где статистика заболеваемости значительно выше общих показателей распространенности ТБ.

С тем чтобы укрепить роль медицинской сестры в оказании помощи осужденным с ТБ, МЛУ-ТБ, Ассоциацией медицинских сестер России при поддержке Международного совета медсестер была организована стажировка с целью изучения опыта Азербайджана в ликвидации ТБ в тюрьмах.

На базе пенитенциарной системы Азербайджана в городе Баку создан тренинг-центр ЕРБ ВОЗ для обучения сотрудников учреждений и медицинских работников пенитенциарной системы. 80 представителей из разных стран прошли обучение в тренинг-центре за период с 2012 года.

Международный курс на тему «Совершенствование контроля над ТБ в тюрьмах стран с высоким бременем МЛУ/ШЛУ-ТБ в эпоху новых противотуберкулезных препаратов и режимов лечения» проходил в мае этого года. Такие тренинги проводятся регулярно, и я надеюсь, что стану не единственной медицинской сестрой из России, кому довелось в таком обучении участвовать. Потому что тренинг действительно был проведен на высочайшем уровне!



В качестве преподавателей были приглашены ведущие мировые эксперты в области борьбы с туберкулезом с МЛУ и ШЛУ. Для обучения на тренинг-курс собрались представители России, Белоруссии, Казахстана, Азербайджана, Шри-Ланки, Филиппин и Эль-Сальвадора!

Задачи и направления деятельности ВОЗ, представленные на цикле, созвучны с приоритетными направлениями деятельности МЗ РФ по совершенствованию противотуберкулезных мероприятий: обеспечение политической приверженности, финансирования и руководства для планирования и предоставления основных услуг высокого качества; скрининг для активного выявления больных туберкулезом и латентной ТБ инфекции в группах повышенного риска и обеспечение соответствующего лечения; оптимизация профилактики и лечения туберкулеза с лекарственной устойчивостью; обеспечение наблюдения, мониторинга и оценки программ и управление данными; инвестиции в исследования и новые инструменты; поддержка глобальной профилактики, ухода и контроля туберкулеза.

От обсуждения политических стратегий и задач участники перешли к сугубо практическим вопросам выявления и лечения ТБ, организации скрининга, диагностики, лечения ВИЧ и ТБ, применения новых лекарственных препаратов. За период курса мы посетили лечебно-исправительные учреждения Азербайджана для более де-

тального знакомства с работой по выявлению, диагностике и лечению ТБ.

Выявление и лечение ТБ в пенитенциарной системе Азербайджана и за ее пределами

Бассейн инфекции туберкулеза в пенитенциарной системе складывается из больных туберкулезом, пришедших из гражданского сектора, заболевших в результате трансмиссии ТБ в тюрьмах и активации латентной ТБ инфекции в активный туберкулез. Группы риска по туберкулезу – целевая группа для массового скрининга – это население тюрем и других учреждений, характеризующихся скоплением людей.

Систематический скрининг для выявления активного туберкулеза применяется в ПС Азербайджана с 2012 года. Включает проведение скрининга на входе, массового скрининга и скрининга по обращению. Алгоритм скрининга состоит из симптоматического скрининга и рентгенологического исследования грудной клетки.

Скрининг «на входе» состоит из симптоматического скрининга и рентгенологического исследования грудной клетки. При проведении сим-

птоматического скрининга используется вопросник, который состоит из 4 блоков с информацией о ранее имеющемся заболевании туберкулезом, принимаемом лечении, о жалобах пациента. По результатам опроса врачом оценивается риск заболевания. Всех подозрительных на ТБ, выявленных в результате и симптоматического, и рентгенологического скрининга, диагностируют на туберкулез. В качестве первоначального диагностического теста используется молекулярно-генетический метод исследования мокроты – Xpert MTB/RIF.

Алгоритм для массового скрининга также состоит из симптоматического скрининга, рентгенологического исследования грудной клетки. Но в качестве диагностического теста используется микроскопия мазка и финальный диагностический тест: жидкий посев (MGIT), тестирование на лекарственную чувствительность к противотуберкулезным препаратам. Для людей, живущих с ВИЧ и ранее излеченных по поводу туберкулеза, скрининг проводится 2 раза в год перед проведением противорецидивного лечения.

В диагностическом алгоритме используются быстрые молекулярные тесты, в результате чего больной подключается к эффективному лечению в течение 5 дней. Лечение проводится в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Случаи с положительным ТБ изолируются в медицинские части до получения результата первоначального диагностического теста.

Больные направляются в специализированное лечебное учреждение (СЛУ) особым транспортом, оборудованным УФ-облучателем и приточно-вытяжной вентиляцией.

Эффект систематического скрининга в ПС Азербайджана наблюдается в значительном снижении годовых показателей регистрации туберкулеза, случаев с положительным мазком и случаев устойчивых к Рифампицину. Большое количество эффективных бактерицидных препаратов в режиме лечения, отсутствие видимых патологий

Эффективность лечения лекарственно чувствительного ТБ в пенитенциарной системе Азербайджана превышает 93%, рифампицин-устойчивого ТБ – достигает 80%.

на рентгенографии грудной клетки и ИМТ $\geq 18,5$ кг/м в начале лечения достоверно увеличивает шансы на выздоровление среди всех случаев.

Опыт Азербайджана по продолжению лечения больных после освобождения заслуживает отдельного внимания. Совместная работа в этом направлении ведется с неправительственными организациями и гражданским сектором. Прерывание лечения туберкулеза после освобождения приводит к возобновлению и продолжению бацилловыделения, «вырабатывается» устойчивость к препаратам, что способствует появлению больных с первичным лекарственно устойчивым туберкулезом, туберкулезный процесс в организме прогрессирует и приводит к инвалидизации и смерти.

С 2009 года в Азербайджане подписан Меморандум о взаимопонимании между ГМУ МЮ, МЗ и МККК по прослеживанию лечения лекарственно устойчивого туберкулеза у больных после освобождения из мест заключения. С 2011 года подписан Меморандум о сотрудничестве между ГМУ МЮ, НТП МЗ и ОО «Сагламыга хидмят» (неправительственная организация, созданная в Азербайджане для оказания материальной, моральной и социальной помощи больным ТБ после освобождения из мест лишения свободы) по прослеживанию лечения всех форм туберкулеза и чувствительного, и устойчивого к противотуберкулезным препаратам больных.

Основной целью проекта является использование потенциала неправительственных организаций способствовать долечиванию больных ТБ после освобождения из мест заключения посредством материальной, моральной и социальной поддержки.

Работа начинается с проведения просветительских сессий и предоставления информации о противотуберкулезных учреждениях гражданского сектора, где продолжится лечение. Выясняются сведения о родственниках и близких, у которых будет проживать больной, условиях проживания. Собирается информация личного характера (вредные привычки, образ жизни, профессия, возможности заработка и т. п.), готовятся медицинские и личные документы. Информация о намечаемом освобождении больного передается

в неправительственное учреждение по прослеживанию лечения. Противотуберкулезное учреждение по месту проживания информируется о предстоящем освобождении. Заблаговременно в пункт контролируемого лечения передаются противотуберкулезные препараты согласно лечебной схеме.

После больной сопровождается к координатору НТП МЗ. НТП обеспечивают поддержку при взятии на учет в противотуберкулезные учреждения гражданского сектора, ежемесячно доставляют лекарственные препараты и поощрительные продуктовые наборы в пункты контролируемого лечения. Координаторы НТП собирают образцы мокроты и доставляют в лабораторию СЛУ для мониторинга лечения. В функции НТП входит посещение больного на дому/в пункте контролируемого лечения, проведение бесед, психологическая поддержка и помощь в решении социально-бытовых, жилищных и иных проблем: покрытие «дорожных расходов» больных, поощрительные вознаграждения медработникам и обеспечение малоимущих больных одеждой, домашней утварью и предметами быта.

За период функционирования проекта 12 больным оказано содействие по получению пенсии по болезни, 5 больным оказано содействие по получению удостоверения личности, 4 больным оказано содействие по получению жилплощади, 2 больным оказано содействие по улучшению жилищных условий, 4 больным оказано содействие по улучшению бытовых условий. Результаты лечения освободившихся больных с лекарственно чувствительным туберкулезом около 90%. Результаты лечения освободившихся больных с лекарственно устойчивым туберкулезом – 68%.

Мероприятия инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях

Компоненты инфекционного контроля включают в себя: административные мероприятия, контроль воздушной среды и меры индивидуальной респираторной защиты.

Филогенетический анализ свидетельствует о неконтролируемом

уровне трансмиссии туберкулеза. Большинство случаев устойчивости к препаратам первого ряда обусловлено трансмиссией (R – 90%; H – 87%). Устойчивость к фторхинолонам обусловлена трансмиссией в 46%, к инъекционным препаратам – в 74% случаев. Установлено до 5 различных штаммов *M. tuberculosis* с множественной и широкой лекарственной устойчивостью у одного пациента с ВИЧ в результате трансмиссии.

Доказано, что положительные по мазку и посеву больные туберкулезом, получающие эффективную химиотерапию, не инфицируют находящихся с ними в тесном контакте лиц с отрицательной туберкулиновой пробой. После начала эффективной химиотерапии происходит быстрое снижение контагиозности больных, причем раньше элиминации микобактерий из мокроты.

Так как контагиозность больных драматически снижается в течение первых суток эффективной химиотерапии, нужны быстрые и достоверные тесты для идентификации и выявления лекарственной устойчивости *M. tuberculosis*, в том числе к фторхинолонам и инъекционным препаратам; контролируемое лечение в соответствии с доказательными протоколами и на основании быстрых и достоверных данных о лекарственной устойчивости. Необходима ревизия критериев для изоляции и разделения больных.

Ключевые административные мероприятия заключаются в скрининге на активный туберкулез среди всех поступающих в пенитенциарное учреждение, далее – не реже 1 раза в год. Оценка риска и зонирование медицинских пенитенциарных учреждений по степени риска и максимально возможное разделение потоков пациентов и персонала, пересмотр политики госпитализации в противотуберкулезное учреждение и реструктуризация, реконструкция учреждений с учетом необходимости обеспечивает безопасные условия для пациентов и персонала. Разработка диагностического алгоритма и внедрение быстрых методов идентификации *M. tuberculosis* и лекарственной устойчивости позволяет начать эффективную противотуберкулезную терапию.

Для снижения риска нозокомиальной инфекции крайне важно контроли-

ровать движение воздуха – инфекционного аэрозоля в зонах высокого риска, применять эффективные средства контроля среды обитания.

На практическом занятии мы оценили эффективность механической вентиляции в помещении, рациональность размещения и дизайна приточных и вытяжных вентиляционных решеток (диффузоров); параметры вентиляции, определяющие комфортность пребывания персонала/пациентов (температура, влажность, шум, сквозняки); с помощью дымового теста оценили дифференциальное давление, эффективность перемешивания воздуха в помещении, наличие застойных зон; с помощью анемометра провели замеры скорости потока воздуха через вентиляционные решетки; рассчитали расход воздуха и кратность воздухообмена.

При оценке производительности воздухоочистителя рассчитали эквивалентный воздухообмен в час, обеспечиваемый одним устройством, оценили с помощью дымового теста эффективность перемешивания воздуха в помещении, наличие застойных зон; оценили комфортность применения устройства (шум, запах озона), доступность проведения периодического обслуживания; рассчитали необходимое количество подобных устройств на данное помещение для обеспечения достаточного снижения риска трансмиссии инфекций, распространяющихся через воздух.

Рекомендуемые параметры: направление от низкого к более высокому риску; кратность воздухообмена 6–12 в час или не менее 80 м³/ч; без рециркуляции. Причем удаление инфекционного аэрозоля из воздуха помещений происходит неравномерно, время, необходимое для удаления 99%, составляет 46 минут, а 99,9% – 69 минут при шестикратном воздухообмене в час.

Для создания безопасной больничной среды необходимо активное и осознанное участие всех заинтересованных сторон в проектировании строительства (реконструкции) зданий, вентиляционных и др. инженерных систем, перспективное планирование и обеспечение финансирования их квалифицированного обслуживания; внедрение в зонах высокого риска экранированных УФБИ-облучателей для верхней части помещений в режи-



ме 24/7; отказ от использования в зонах высокого риска воздухоочистителей-рециркуляторов; повышение культуры закупок, поставок, использования, обслуживания и сертификации оборудования лабораторий.

В условиях высокого риска инфицирования рекомендуется использовать респираторы класса защиты не ниже FFP2 (или № 95 по стандарту US 42CFR 84). Правильность надевания респиратора имеет большее значение, чем его класс защиты! Выбор модели/размера респираторов для закупки необходимо проводить с помощью фит-теста, который позволяет подобрать каждому сотруднику необходимую модель и размер респиратора, исключить утечку инфицированного воздуха в зону дыхания. Использование хирургической маски контактирующим больным снижает риск инфицирования окружающих на 50%.

Итоги тренинга и перспективы инноваций в Кемеровской области

В процессе обучения наша многонациональная группа не имела языковых барьеров. Дружественная атмосфера создала прекрасные взаимоотношения. Учеба проводилась ежедневно с 9:00 до 19:00. По пути из учебного центра в гостиницу мы бурно обсуждали увиденное, делились информацией.

Тренинг-курс подошел к концу, положив начало новым контактам и знакомствам, оставив море позитивных

впечатлений и знаний о борьбе с ТБ не только в Азербайджане, но и в Белоруссии и Казахстане. Важно отметить необходимость дальнейшего подобного обучения и обмена опытом как медицинских работников, так и сотрудников пенитенциарной системы на международном уровне в подобных тренинг-центрах, чтобы специалисты из нашей страны смогли детально познакомиться с мероприятиями и получить передовые рекомендации от мировых экспертов в области фтизиатрической помощи.

Заканчивая статью, хочу выразить глубокую благодарность организаторам моего участия в тренинге-курсе в городе Баку – Международному совету медсестер, Ассоциациям медицинских сестер России и Кузбасса.

За несколько месяцев, прошедших после знакомства с системой оказания помощи осужденным с ТБ в Азербайджане, нам уже удалось осуществить первые шаги на пути перемен. В частности, мы провели семинар для медицинских работников, определили мероприятия, из числа успешно себя зарекомендовавших в других странах, для реализации в Кемеровской области, обратились с соответствующим предложением к руководителю Учреждения ГУФСИН по Кемеровской области, приступили к подготовке совместной конференции с представителями практического здравоохранения. Нам предстоит большой путь, но мы полны решимости его пройти и достичь самых высоких результатов!