

В 2016 году ГБУЗ «Тамбовский областной онкологический клинический диспансер» отпраздновал семидесятилетие со дня основания.

Тамбовский областной онкологический клинический диспансер

Академик Вельяминов во вступительной речи на 1 Всероссийском съезде по борьбе с заболеванием раком (1914г., апрель) говорил: «Если припомнить, что в нашем обширном отечестве целые области лишены почти всякой врачебной помощи, что у нас даже в городах не хватает больничных коек, требовать или даже ожидать от государства или общественных учреждений субсидий на борьбу со злокачественными заболеваниями и возведении специальных раковых институтов по-моему опрометчиво».

Надо заметить, Тамбовская губерния стояла в числе немногих (Петербург, Москва, Киев, Варшава), где имелись отдельные койки и палаты для раковых больных. С 1869 г. инкурабельные больные содержались в отделении для «неизлечимых и неоперабельных больных». С 1890–в приюте Св. Елизаветы для неизлечимых больных. Учредителем основным спонсором строительства и, частично, содержателем его был местный купец Л.В. Вышеславцев. Рассчитан приют был на 60 больных, по назначению – типичный хоспис, довольно роскошное по тем временам двухэтажное здание, даже с некоторыми архитектурными изысками, лишь спустя 110 лет потребовавшее капитального ремонта. По составу больных большую часть – около 20-30 человек составляли пациенты с различного рода параличами, 10-15 человек – с третичным сифилисом. Онкологических больных в приюте постоянно находилось около 5 человек. Правда, как пишет в своем отчете за 1892 старший доктор « по числу поступающих больные со злокачественными опухолями (преимущественно в области лица) занимают

второе место, но они, благодаря истощению всего организма развивающимся новообразованием, живут недолго и дают громадный процент смертности, почему наличное число их всегда незначительно». Денег на лекарства уходило немного. Использовались дешевые антисептики и перевязочный материал. Гигиенические процедуры в прошлом относились к лечению. В дневниках историй болезни больных приюта в графе «лечение» чаще всего был или прочерк, или «ванна», лишь в последних записях, и то не всегда – порошки с опиумом.

Кстати, распространенное мнение, что в царское время врачи писали меньше, в корне неверно. Истории болезни больных, годами лежавших в приюте для неизлечимых, представляют собой целые тома. Дневниковые записи, пусть и в одну строчку, имелись на каждый день. Особое уважение вызывают протоколы патологоанатомических вскрытий, написанные на прекрасной латыни.

Пионером хирургической онкологии (а это было единственным методом лечения онкобольных в то время) в Тамбовской больнице и во всей губернии следует считать доктора медицинских наук Э.Х. Икавица. Он первым в Тамбове произвел ряд гинекологических (в том числе онкологических) операций, в частности, в 1885 году надвлагалищную ампутацию матки, резекцию кишечника в 1886 году, экстирпацию матки, вылушивание зоба. После себя Икавиц оставил 127 научных работ, из них 69 – по онкологии.

В 1890 в губернии был построен первый хоспис – приют Св. Елизаветы для неизлечимых больных.

В конце 19 века в Тамбовской земской больнице по онкологическим показаниям проводят иссечение опухолевых язв кожи с пластикой, клиновидное иссечение опухолей при раке нижней губы либо с пластикой по Шоперту Брунсу, «вылушивание лимфатических желез» при раке нижней губы, отделение половины языка «гальванокаустической петлей» и удаление

всего языка с временной резекцией нижней челюсти. Производились гастроэнтеростомии, резекции желудка (1903г.), ампутации или резекции прямой кишки, ампутации грудной железы (с 1881г., а с 1886 года удаление подмышечных лимфоузлов). Применялись практически все известные в настоящее время операции при раке женских половых органов.

Оказание медицинской помощи онкобольным как отдельное направление в здравоохранении области, как и по всей стране, было организовано приказом Совнаркома от апреля 1945 года. О понимании значимости данной проблемы говорит уже сама дата его принятия – апрель 1945 года, когда в разгаре была Великая Отечественная война, шла битва за Берлин, а половина страны лежала в руинах.

Согласно данному постановлению по всей стране начала организовываться сеть онкодиспансеров.

1 марта 1946 года в Тамбовской области также был организован онкодиспансер, сначала на базе имевшегося онкологического отделения областной больницы, а в 1947 году ему было выделено собственное помещение бывшего двухэтажного общежития медработников областной психиатрической больницы.



Первым главным врачом онкологического диспансера и организатором онкологической помощи населению Тамбовской области стал Тихон Митрофанович Гроздов.

Первоначальная коечная мощность диспансера составила 70 коек, выполнялись оперативные вмешательства, рентгенотерапия и кюри -терапия, симптоматическое лечение. Была сформирована онкологическая сеть области, выделены онкокабинеты, в некоторых районах - онкоотделения с рентген-терапевтическими аппаратами. Имелся пансионат на 25 коек. По мере укрепления материально-технической базы страны и в связи с ростом онкозаболеваемости расширялся и онкодиспансер.



Коллектив Тамбовского областного онкологического диспансера.

Главный врач Т.М. Гроздов. 1957год

В 1953 году была построена одноэтажная щитовая пристройка, в которой разместились пансионат и лаборатории диспансера, в 1955 году – каньон для аппарата ГУТ –СО-200, замененного в 1958 году на ГУТ-СО-400.

В 1962 году под руководством нового главного врача Мостовского Ю.И. к существующему зданию было пристроено двухэтажное крыло, в которое была переведена хирургическая служба и часть поликлиники.



Коллектив Тамбовского областного онкологического диспансера.

Главный врач Ю.А. Мостовский. 1958год.



В 1982 году при следующем главном враче -Тархове А.Н. обветшавшая одноэтажная пристройка была заменена на двухэтажную кирпичную, в которой было открыто онкогинекологическое отделение и расширено хирургическое. Также был расширен в 1975 году каньон, и установлено новое оборудование для лучевой терапии (Луч-1 и Агат-В, замененные впоследствии на АГАТ-С и АГАТ-ВУ).

С 2001 году главным врачом ГБУЗ «ТООКД» является В.В. Милованов.

В 2004 году был построен новый лучевой каньон, оснащенный линейным ускорителем СЛ75-5-МТ.



В 2007 году открыт новый хирургический корпус онкодиспансера, что позволило несколько расширить коечный фонд (до 210 коек), разделить и

специализировать хирургическое отделение, выделить отделение химиотерапии, разместить 16-срезовый компьютерный томограф, открыть кабинет УЗИ. На первом этаже организована часовня, освященная Феодосием.



В 2008 году устаревший АГАТ-С заменен на современный канадский аппарат Тератрон Эквинокс.

В 2011 году область была включена в Национальную онкологическую программу. В рамках этой программы в 2012 году построен и введен в эксплуатацию новый лучевой корпус с каньоном. В новом корпусе обеспечены комфортные условия пребывания больных и работы персонала. Проведено масштабное переоснащение учреждения современным диагностическим и лечебным оборудованием, в том числе в рамках программы модернизации здравоохранения.



Современное состояние Тамбовского областного онкологического клинического диспансера.

Тамбовский областной онкологический клинический диспансер является учреждением государственного типа. Он рассчитан на 295 коек. В структуру ГБУЗ «ТООКД» входят:

1. Поликлиническое отделение на 400 посещений в смену. На 2 этаже расположен аптечный пункт для обеспечения льготной категории граждан.
2. Радиотерапевтическое отделение на 60 коек (15 из них- дневного пребывания).
3. Онкогинекологическое отделение на 30 коек.
4. 2 отделение хирургического профиля на 40 коек (абдоминальной хирургии).
5. 1 отделение хирургического профиля на 40 коек (опухолей головы, шеи и молочной железы).
6. Отделение реанимации и анестезиологии на 6 коек.
7. Отделение лучевой диагностики и эндоскопии и объединенная клинико - цитологическая лаборатория.
8. Приемное отделение. Расположено на 1 этаже, где осуществляется госпитализация пациентов.
9. Отделение радионуклидной диагностики.
10. Химиотерапевтическое отделение № 1 – 41 койка
11. Химиотерапевтическое отделение № 2 – 84 койки

На территории клинического диспансера расположен ПЭТ – центр, который выявляет новообразования на ранней стадии.

Поликлиническое отделение.

В поликлинике ведется прием врачами-онкологами, маммологом, онкогинекологом, лор-онкологом, онкоурологом, хирург-онколог, проводятся амбулаторные операции (до 10-12 в день) при предраковых заболеваниях и небольших поверхностных раках, электрокоагуляция новообразований, криотерапия.



Радиотерапевтическое отделение.



Отделение оснащено двумя новыми линейными ускорителями электронов (Elekta Synergy и Unigue Varian), аппаратом внутриволостной гамма-терапии Multi Source HDR и аппаратом для близкофокусной рентгенотерапии Xtrahl.





Открыт кабинет гипертермии с аппаратом ЕНУ2000. Используются методики крупно фракционного, средне фракционного лечения и лечение обычными фракциями в пред, послеоперационном режиме и в виде самостоятельного лечения. Большая часть процедур осуществляется в режиме конформной терапии. Используется комбинация лучевого лечения с введением химиопрепаратов, а также с гипертермией.



Онкогинекологическое отделение.

Онкогинекологическое отделение было организовано в 1982 году. Первым заведующим стала выдающийся врач-онколог Ю.М. Будник, ученица первого главного врача онкодиспансера Т.М. Гроздова, проработавшая в диспансере более 40 лет и недавно отметившая свой 90-летний юбилей.

В



онкогинекологическом отделении производятся все основные виды операций при раке тела, шейки матки и придатков, активно внедряются методы эндо видеохирургических операций.



2 онкологическое отделение.

Предназначено для лечения больных с опухолевыми заболеваниями преимущественно абдоминальной локализации и пищевода.



За последние несколько лет была значительно улучшена материально-техническая база отделения. В отделение высокий профессиональный уровень врачей и сестёр. Выполняются сложные комбинированные, расширенные, сочетанные операции, операции из разряда высокотехнологической медицинской помощи, операции на пищеводе, желудке, кишечнике, поджелудочной железе, печени, забрюшинном пространстве, почках. Применяется видеолапароскопия, радиочастотная термоабляция, ультразвуковой скальпель, аргон плазменная коагуляция, производятся малоинвазивные операции с использованием ультразвуковой навигации, производится стентирование при опухолевых стенозах пищевода.

1 онкологическое отделение.

Исключительно в онкодиспансере производятся все виды операций при раке молочной железы (300-350 в год), раке гортани (40-45), раке слизистой полости рта, нижней и верхней челюсти, радикальные операции на регионарных лимфоузлах, при раке и меланоме кожи.



Отделение реанимации и анестезиологии.

Применяются современные методы анестезии: мульти модальная, ингаляционная с использованием современных анестетиков, тотальная внутривенная, нейро-аксиальная и их комбинации. В палатах реанимации и интенсивной терапии получают лечение больные с нарушением жизненно важных функций организма после больших травматичных оперативных вмешательств, для восстановления и поддержания которых необходимо проведение обширного комплекса мероприятий, осуществление которых возможно только в условиях отделения реанимации.



Отделение оснащено современной анестезиологической, дыхательной, следящей аппаратурой, оборудованием для проведения интенсивной терапии, реанимации. В отделении работают 7 врачей анестезиологов-реаниматологов, имеющих большой опыт работы по специальности, анестезиология-реаниматология, аттестованных на высшую и первую квалификационную категорию.

Объединенная клинико-цитологическая лаборатория

Основной задачей лаборатории является своевременное и качественное выполнение диагностических исследований. Осуществление мероприятий по повышению квалификации врачей и среднего медперсонала отделения. Проведение плановых занятий со средним и младшим медицинским персоналом. Ведение учётно-отчетной документации в соответствии с утвержденными формами.



Объединенная клинико-цитологическая лаборатория имеет в своем составе:

Клинико-диагностическая лаборатория (КДЛ) состоит из 6 отделов:

1. Биохимический.
2. Общеклинический.
3. Гематологический.
4. Иммунологический.
5. Экспресс отдел.
6. Молекулярно-генетический отдел.

Обслуживает больных стационара ГБУЗ «ТООКД» на 295 коек и поликлинику на 150 посещений в день.

Отделение радионуклидной диагностики.

Радионуклидная диагностика – один из современных методов лучевой диагностики для оценки функционального состояния различных органов и систем организма, с помощью диагностических радиофармпрепаратов, меченных радионуклидами. Одним из методов радионуклидной диагностики является сцинтиграфия различных органов и систем – метод радионуклидного исследования внутренних органов, основанный на визуализации с помощью сцинтилляционной гамма – камеры распределения введенного в организм радиофармацевтического препарата. В отделении радионуклидной диагностики также проводится комбинированная однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ). Данное обследование позволяет производить совершенную функциональную диагностику всех внутренних органов, в том числе скелета, щитовидной железы и даже кровоснабжения органа и определять патологию за полгода до проявления симптомов.



Химиотерапевтическое отделение № 1

Отделение было открыто 8 октября 2007 года. В 2017 году отделение отпраздновало 10-летний юбилей.



В химиотерапевтическом отделении № 1 осуществляется лечебная деятельность с применением химиотерапевтических препаратов, в исключительных случаях – симптоматическое лечение. В отделении проводится суточное введение лекарственных средств, а также лечение тяжелых пациентов, которым требуется круглосуточное наблюдение медицинского персонала. При необходимости проводятся диагностические исследования. В химиотерапии используются препараты, повреждающие клетки рака. Эти препараты перемещаются по организму с кровью и повреждают любые быстро растущие клетки, в том числе опухолевые и некоторые здоровые клетки. Доступно множество препаратов химиотерапии. Если состояние ухудшается во время или после терапии одним препаратом химиотерапии, или возникают существенные побочные явления, можно попробовать альтернативный препарат. Врачи учитывают

множество факторов, выбирая вид химиотерапии для конкретного пациента.

Эти факторы включают:

- то, насколько агрессивна опухоль или как быстро она растет
- типы химиотерапии, которые уже применялись
- побочные явления химиотерапии
- другие заболевания
- предпочтения пациента.



Химиотерапевтическое отделение № 2

Является структурным подразделением ГБУЗ «Тамбовский областной онкологический клинический диспансер». Отделение достаточно молодое, оно было открыто 6 мая 2020 года. Химиотерапевтическое отделение № 2 было открыто с целью улучшения оказания онкологической помощи

населению. Рассчитано на 84 койки, в котором оказывается специализированная медицинская помощь пациентам, со всеми локализациями злокачественных опухолей, не требующим круглосуточного наблюдения со стороны медицинского персонала. Ежедневно в отделении проводится лекарственная терапия 80-90 пациентам. Проводится консультирование и лечение пациентов следующими злокачественными новообразованиями: рак молочной железы, легкого, желудка, поджелудочной железы, рака толстой и прямой кишки, а также яичников, тела матки, почки, мочевого пузыря, предстательной железы и др. Лечение для каждого конкретного пациента, назначается мультидисциплинарным консилиумом, с использованием передовых медицинских технологий и методов, эффективность и безопасность, которых подтверждена научными исследованиями. Ежегодно в отделении проводится более 4000 курсов противоопухолевой лекарственной терапии. Проводится «классическая» химиотерапия (с использованием цитостатических препаратов), гормонотерапия, онкоиммунотерапия, а также самая современная таргетная терапия – терапия, направленная на мишени в клетке опухоли. Эти мишени определяются молекулярно – генетическими исследованиями, которые проводятся в лаборатории онкодиспансера. Использование новых методов лечения позволяет нашим пациентам не ухудшать качество жизни. Лечение в дневном стационаре имеет ряд преимуществ: закончив лечение, пациент оставшуюся часть дня находится в домашней обстановке, соблюдая рекомендации лечащего доктора, оставаясь в большей степени адаптированным к условиям жизни. В отделении созданы все условия для работы сотрудников и пребывания в нем пациентов. Оборудование и оснащение палат соответствует профилю отделения и санитарным нормам (все палаты светлые, хорошо вентилируемые с широкими проемами дверей). В палате имеется умывальник. Освещение палат соответствует санитарным нормам. Коридор отделения обеспечивает свободное передвижение каталок.

Процедурный кабинет оснащен оборудованием, которое позволяет осуществлять правильное и безопасное разведение химиотерапевтических препаратов. Кабинет снабжен хорошей вентиляционной системой и кондиционером, который регулирует температурный режим хранения лекарственных средств. Окна защищены от попадания света и солнечных лучей жалюзи. Отделение имеет в установленном порядке обязательный для персонала и пациентов внутренний распорядок, который обеспечивает пациентам соблюдение лечебно-охранительного режима, который предусматривает создание благоприятных условий для эффективного лечения, физического и психического покоя, уверенности пациента в быстрейшем и полном выздоровлении. Отделение включает в себя:

- кабинет заведующего
- кабинет старшей медицинской сестры
- 2 кабинета для приема врача - онколога
- процедурный кабинет
- пост палатной медицинской сестры
- 6 палат
- кабинет кастелянши
- 2 туалета
- служебное помещение

Медицинский персонал химиотерапевтического отделения № 2:

- заведующий отделением
- 1 старшая медицинская сестра
- 3 врача (с высшей категории)
- 2 медицинских сестры процедурного кабинета
- 2 палатных медицинских сестер
- 1 кастелянша

- 2 уборщика служебных помещений



Задачи химиотерапевтического отделения № 2:

1. Проведение неoadьювантной химиотерапии (до операции). Целью является уменьшение размеров опухоли, чтобы во время операции ее было проще удалить. Когда химиотерапию проводят до удаления опухоли, врач также может лучше понять, как опухоль реагирует на лечение.

2. Проведение адьювантной химиотерапии (после операции). Этот тип терапии проводится у пациентов без признаков опухоли после операции. Адьювантная химиотерапия используется, чтобы уничтожить клетки опухоли, которые могли остаться после операции или распространиться, но которые нельзя выявить доступными методами обследования. Если допустить рост этих клеток, из них могут сформироваться новые опухоли.
3. Дальнейшее внедрение средств биологической терапии, новых видов иммунотерапии, моноклональных антител, ингибиторов металлопротеиназ, киназ, ангиогенеза, дифференцирующих агентов.
4. Предварительное определение наличие или мишени опухолевого роста (ферментов, рецепторов, онкогенов, антигенов) с целью определения чувствительности к химиотерапии.
5. Проведение паллиативной химиотерапии при диссеминированном опухолевом процессе.
6. Использование таргентных препаратов при более ранних стадиях.

Психологические особенности работы отделения.

Можно предположить, сколь ответственна и трудоемка работа персонала в отделении, где проходят лечение и реабилитацию онкологические пациенты, по своей сути она напоминает работу персонала в клинике, ориентированной на паллиативную медицину. Сложности обслуживания

онкологических пациентов в терминальной стадии определяются целым рядом факторов, травмирующих психику самого персонала.

В период пребывания в отделении следующими за первичной адаптацией выступают психические нарушения у пациентов с метастазами в головной мозг или явлениями выраженной общей интоксикации. Следует отметить, что спрятать этот патогенный фактор от пациентов отделения невозможно.

На терминальном этапе персонал сталкивается с агональными состояниями, которые протекают зачастую с выраженными нарушениями сознания. Наконец, самым травматичным является для персонала постоянная, не просто встреча со смертью, но психологическое участие в ней.

Специфика работы осложняется еще и тем, что персонал не может абстрагироваться от пациентов. Можно ли оставаться равнодушным, когда пациент зовет на помощь, чтобы почувствовать поддержку, чтобы преодолеть страх. Нельзя обойти молчанием и следствие тех стрессовых факторов, которые воздействуют на персонал. Страх индуцирует страх. Нужно уметь совладать со своими эмоциями, и противостоять страху.

Психологическая поддержка онкологических пациентов.

Ни одна система здравоохранения не может успешно работать без квалифицированных медицинских сестер, играющих огромную роль в доведении медицинских услуг до каждого конкретного пациента. Искусство

сестринского дела заключается в гармоничном сочетании творческого подхода и научной обоснованности процедур, пособий, словесных воздействий и бесед в процессе ухода за пациентом. Медицинская сестра - одно из основных лиц, создающих уют и положительный психотерапевтический фон лечебного учреждения. Поведение медсестры должно доказывать пациенту, что для него в больнице делается все необходимое, подтвердить это фактами и добиться у пациента доверия и симпатии. Мягкое обращение с пациентом обязательно должно сочетаться с неуклонно твердым проведением больничного режима, с требованием соблюдать дисциплину. Медицинская сестра должна показывать пример исполнительности, выдержанности, дисциплинированности. Создание положительного психологического климата в отделении или палате в большей степени зависит от медсестры. Именно она лучше, чем врач, знает особые поведенческие реакции того или иного пациента и его родственников. Во многом от нее зависит создание или повышение авторитета врача, что можно рассматривать как одну из медицинских процедур или назначений: насколько убедителен авторитет врача в глазах пациента, настолько зачастую эффективна терапия, ее переносимость. Абсолютно такая же тактика относительно среднего и младшего персонала должна быть выработана врачом. Благодаря большому опыту и стажу работы врачей и медицинских сестер атмосфера в отделении всегда доброжелательная, что способствует общему пониманию друг друга и пациентов.



Специфика работы отделения химиотерапии № 2

Проведение химиотерапии - сложный и ответственный процесс. Это, в первую очередь, обусловлено свойственным химиопрепаратам малым

терапевтическим индексом, т.е. незначительной разницей в терапевтической и токсической дозе. Одна из главных особенностей для медицинской сестры, проводящей химиотерапию - понимание, что многие из используемых цитостатиков при попадании в подкожную клетчатку вызывают некроз окружающих тканей. К ним относятся дактиномицин, доксорубицин, митомицин с, винкристин. Выраженным раздражающим действием обладают дакарбазин, этопозид, и др. **Экстравазация** — процесс случайного попадания лекарственных препаратов внутривенно и/или в подкожную клетчатку в месте сосудистого доступа (внутривенного или внутриартериального). Экстравазация сопровождается различными симптомами: от небольшого отека и локальной гиперемии кожи до тяжелых глубоких некрозов мягких тканей и костей. При некрозе пациенту потребуется длительное лечение. Иногда необходимо хирургическое вмешательство: некрэктомия, восстановление сухожилий. Специфического лечения экстравазации нет, поэтому следует с максимальным вниманием относиться профилактике этого редкого, но, в отдельных случаях, тяжелого осложнения инфузионной терапии. С появлением на отечественном рынке качественных изделий методика проведения инфузионной терапии с помощью, установленной в периферический сосуд канюли с каждым годом получает все большее признание медицинских работников и пациентов. Она имеет ряд преимуществ. Так, методика позволяет экономить время персонала, затрачиваемое на венопункции при частых внутривенных инъекциях, что так же минимизирует психологическую нагрузку на пациента, не ограничивает его двигательной активности и комфорта. Однако эта процедура требует повышенной осторожности от медицинского персонала и пациента, так как связана с вмешательством в целостность сердечно-сосудистой системы и несет высокий риск осложнений. Многократные венозные пункции и введение противоопухолевых препаратов со временем приводят к значительным техническим трудностям

в получении адекватного венозного доступа и к ограничению возможностей дальнейшей химиотерапии. При отсутствии периферических вен возникает необходимость установки центрального венозного катетера (подключичного или яремного). Длительность стояния центрального венозного катетера ограничена во времени, требует тщательного медицинского ухода и ухудшает качество жизни пациента. На сегодняшний день разработан специальный метод для более удобного проведения инфузии - имплантируемая конструкция - порт.

Что такое порты Цельсайт?

Порты Цельсайт представляют собой полностью имплантируемые системы, обеспечивающие простое и надежное введение лекарственных препаратов. Они могут быть использованы как для болюсных инъекций, так и для длительных инфузий.

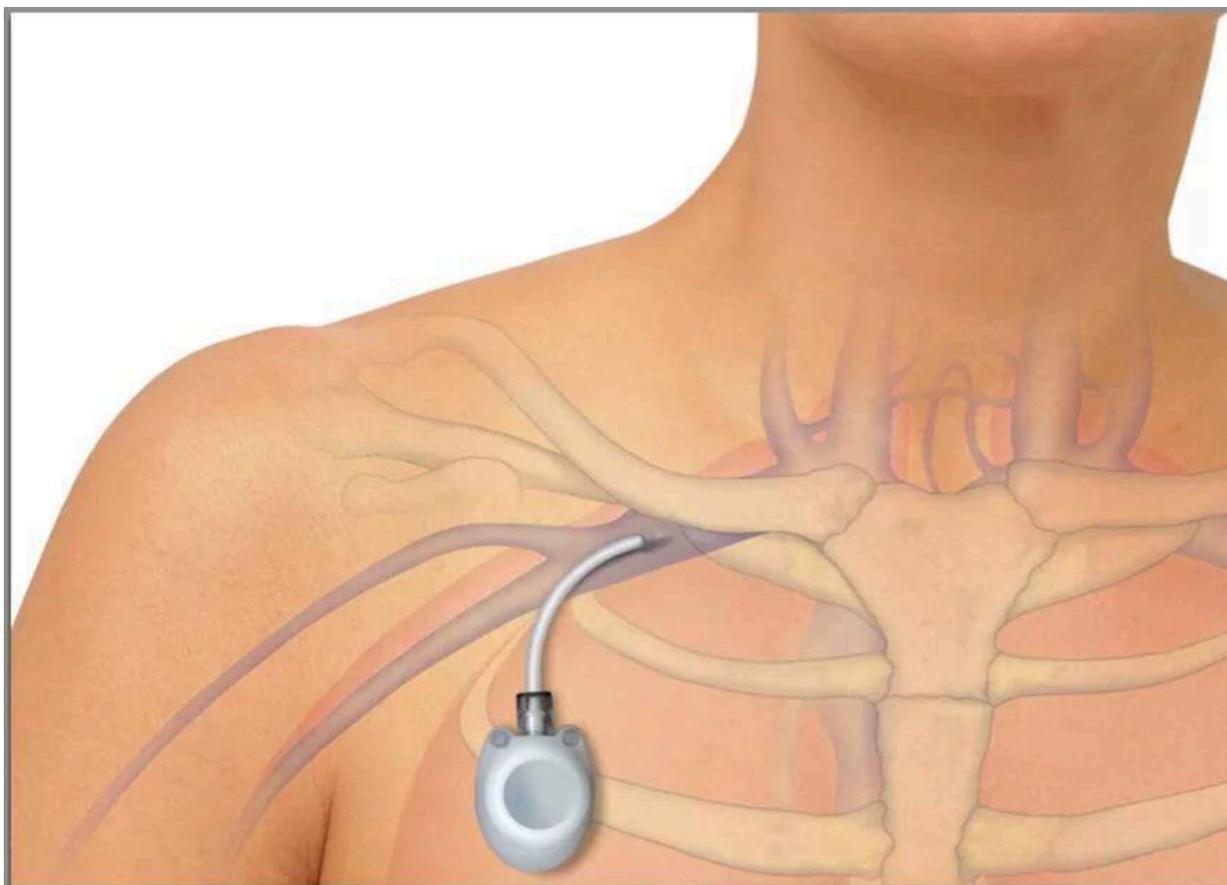
Порты Цельсайт незаменимы при:

- внутривенной химиотерапии онкогематологических пациентов;
- внутривенной терапии антибиотиками;
- назначении анти - вирусного лечения ВИЧ-инфицированным пациентам;
- длительном парентеральном питании;
- 46 ч непрерывной химиотерапии;
- длительном обезболивании.

Через порты Цельсайт можно проводить переливание или взятие крови. Они значительно расширяют возможности амбулаторного лечения и лечения в домашних условиях. Наиболее ответственные моменты моей работы, как медсестры включают: обучение пациентов и их родственников

специальному уходу за катетерами, промывание 1 раза в месяц порт системы .

Как выглядит порт Цельсайт:



1. Силиконовая мембрана;
2. Покрытие из специального материала;
3. Титановая камера;
4. Муфта, соединяющая канюлю порта с катетером;
5. Катетер силиконовый или полиуретановый;
6. Канюля порта.

Дистальный конец катетера (5) вводится в большую полую вену, непосредственно над правым предсердием. Проксимальный конец катетера прикрепляется к маленькой титановой камере (3) с канюлей (6). Титановая камера запаяна в специальную форму (2) из биосовместимых инертных материалов (специальная эпоксидная смола или пластик). Это покрытие облегчает имплантацию порта под кожу и обеспечивает пациенту комфорт. Центральная часть камеры состоит из очень плотной силиконовой мембраны (1). Соединение выходной канюли порта и катетера закрепляется специальной фиксирующей муфтой (4).

Иглы

Для любой инфузии, введения гепарина или же промывания порта необходимо использовать только специальные иглы (сурекан). Обычные иглы (иглы для подкожных инъекций) деформируют силиконовую мембрану порта, что ухудшает его работу. Иглы со специальным срезом проходят через мембрану без каких-либо ее повреждений, тем самым обеспечивая длительное функционирование порта.





Игла «Сурекан»



Помпа для 46-ч инфузии.

Анализ работы старшей медицинской сестры в химиотерапевтическом отделении № 2.

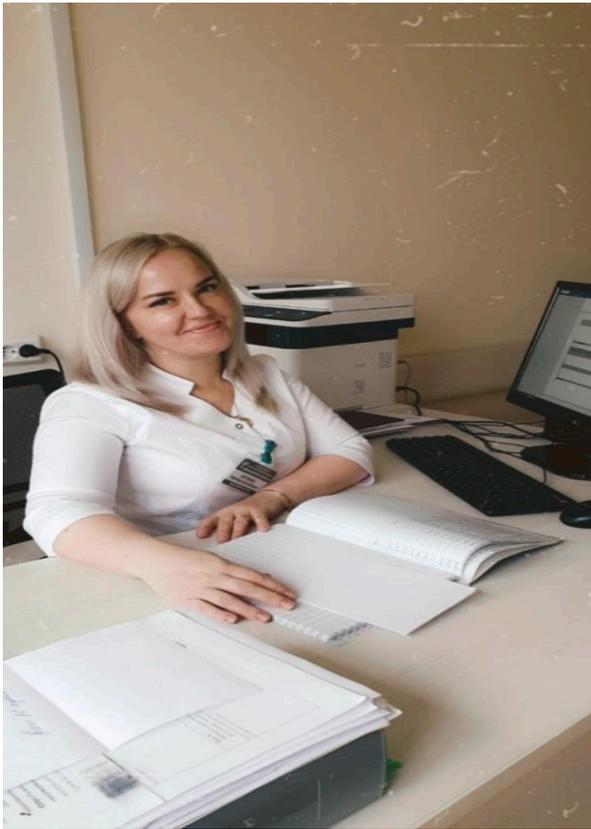
В должности старшей медицинской сестры я нахожусь с момента открытия отделения, а именно 6 мая 2020 года. Мой непосредственный руководитель заведующий отделением. Я осуществляю руководство над средним и младшим персоналом.

Мой рабочий день начинается с измерения температуры тела сотрудников отделения и далее внесением данных в «Журнал термометрии химиотерапевтического отделения № 2». Предоставляю заведующему отделением сведения для формирования заявки на лекарственные средства и изделия медицинского назначения в соответствии с утвержденным тарифом и перечнем, а также для проведения ежемесячного анализа расходов отделения. Веду учетно – отчетную документацию, табель учета рабочего времени сотрудников отделения, учет прихода, ежедневного расхода и осуществляю хранение лекарственных средств, изделий медицинского назначения, перевязочных и дезинфицирующих средств. Составляю графики работы, ежегодных отпусков, ежемесячный отчет по расходу движения медикаментов в отделении. Также контролирую своевременное прохождение персоналом отделения ежегодных профилактических медицинских осмотров, слежу за наличием у всех сотрудников медицинских книжек и сведений о проведенных прививках. Составляю план и контролирую график проведения вакцинации сотрудников отделения, заполняю соответствующую отчетную документацию. Осуществляю контроль за четким исполнением медицинскими сестрами врачебных назначений, своевременным и качественным оформлением медицинской и статистической документации сестринским персоналом. Несу персональную ответственность за учет и хранение первичной медицинской документации – форма 003/у. Формирую ежегодные планы повышения квалификации среднего медицинского персонала отделения, подаю списки в

отдел кадров. При приеме на работу, я знакомяю сотрудника с функциональными обязанностями отделения и провожу инструктаж по технике безопасности, охране труда и противопожарной безопасности. Осуществляю контроль за соблюдением средним и младшим медицинским персоналом отделения правил внутреннего трудового распорядка, а также осуществляю контроль за соблюдением пациентами правил лечебно – охранительного режима отделения. Принимаю меры по своевременному ремонту медицинского оборудования и санитарно – технического инвентаря.

Я всегда могу заменить медицинскую сестру, когда она находится в отпуске. Периодически подтверждаю свою профессиональную квалификацию в установленном порядке (один раз в 5 лет). Соблюдаю принципы деонтологии и медицинской этики. В своей работе я руководствуюсь Конституцией Российской Федерации, действующим законодательством Российской Федерации, Тамбовской области, приказами Управления здравоохранения области, Уставом диспансера, коллективным договором, правилами внутреннего трудового распорядка, приказами и распоряжениями главного врача, положением об отделении, должностной инструкцией.

В должности старшей медицинской сестры не только выполняю свои профессиональные обязанности, но и стараюсь, как можно больше передать свой накопленный опыт, навыки, знания своим медицинским сотрудникам, помогая им также в совершенстве овладеть данной профессией.



Заключение

Наибольшие надежды в клинической онкологии возлагаются на химиотерапию. Это - то лечебное направление, которое развивается и совершенствуется столь быстро и успешно, что стало основным вопросом терапии у большого числа онкологических пациентов. В последние годы наблюдаются новые тенденции в организации службы здравоохранения, особенно это касается взглядов на медицинскую помощь, оказываемую медицинской сестрой. Во всем мире и в нашей стране, в частности, идет постоянная работа по реформированию сестринского дела: с одной стороны – это совершенствование профессиональной подготовки медсестры, а с другой - более рациональное использование потенциала медсестры в практическом здравоохранении. И в этой связи возрастает значение профилактического направления работы среднего звена медицинских работников.

За период работы в отделении химиотерапии освоила постановку внутривенных катетеров с инъекционным портом; освоила на практике технику работы с портом Цельсайт, технику разведения и введения высокодозированных цитостатических препаратов: таксол, гемзар, навельбин, герцептин и тд. Таким образом, анализируя практическую деятельность за отчётный период и опираясь на приведенные выше тезисы, можно сделать следующие выводы: медицинской сестре необходимо постоянно повышать свою квалификацию для того, чтобы более целенаправленно и со знанием дела осуществлять лечебно-профилактические мероприятия; планомерно повышать уровень своих знаний путём знакомства с медицинской литературой, повышать свою квалификацию, делиться полученными знаниями с коллегами; осваивать материально-техническую базу (ПК, интернет), что будет способствовать доступности новой профессиональной информации и улучшению качества обслуживания пациентов.

Лично для себя считаю необходимым:

1. Повышать профессиональную подготовку: плановая и систематическая учеба по специальности.
2. Безупречно выполнять свои должностные обязанности и совершенствовать свои навыки в выбранной специальности.
3. Постоянно повышать качество медицинского обслуживания пациентов.
4. Активно помогать пациентам адаптироваться в отделении, перед предстоящим трудным лечением.
5. Вести активную санитарно- профилактическую работу среди пациентов и их родственников.
6. Принимать участие в проведении занятий в отделении и внутрибольничных конференциях.
7. Обучать новых сотрудников особенностям работы в отделении.

Характеристика

Прохорова Наталия Альбертовна, 21.03.1984 года рождения. Проживает по адресу: Тамбовская область, Тамбовский район, с. Бокино, пер. Дорожный, 34- 17. В 2001 году окончила среднюю общеобразовательную школу № 8. В 2004 году окончила Тамбовский базовый медицинский колледж по специальности – «сестринское дело» и присвоена квалификация – «медицинская сестра». 19. 08.2004 была принята на работу в ГУЗ «Тамбовская Областная Больница» на должность процедурной медицинской сестры 1 кардиологического отделения. За время работы проявила себя как ответственный работник, внимательна к пациентам, аккуратна в работе. 18.02.2008 года была принята в ГУЗ «Тамбовская психиатрическая больница» на должность медицинской сестры диспансерного психоневрологического отделения. 9. 11. 2010 года принята в ГБУЗ «Тамбовский Областной Онкологический Клинический Диспансер» в химиотерапевтическое отделение № 1 на должность процедурной медицинской сестры. 23.07. 2012 года присвоена 1 квалификационная категория по специальности «сестринское дело». За время работы зарекомендовала себя не только как дисциплинированный и аккуратный работник, но и как инициативный, способный взять на себя ответственность в принятии решений по сложным вопросам, находящиеся в ее компетенции. Очень ответственный работник, доброжелательна, внимательна к пациентам, трудолюбива, обладает высокой работоспособностью. Владеет всеми необходимыми навыками, лечебными манипуляциями, соблюдает правила асептики и антисептики, выполняет все требования санитарно - эпидемиологического режима. Принимает участие в семинарах, лекциях, ежемесячно проводимых в онкологическом диспансере. Пользуется уважением у своих коллег. Параллельно с работой закончила в 2012 году ТГУ им. Г. Р. Державина - факультет психология. В работе применяет свои навыки и знания, полученные за время обучения в Университете. В 2017 году получила высшую квалификационную

категорию. В 2019 году принимала участие в конкурсе «Лучший средний медицинский работник» Тамбовской области и заняла I место в номинации «Лучшая медицинская сестра». 6 мая 2020 года было открыто химиотерапевтическое отделение № 2, в котором по настоящее время работает старшей медицинской сестрой. В должности старшей медицинской сестры не только выполняет свои профессиональные обязанности, но и передает свой накопленный опыт, навыки, знания своим медицинским сотрудникам, помогая им также в совершенстве овладеть данной профессией. Общий медицинский стаж – 17 лет 9 месяцев.



ПОЧЕТНАЯ ГРАМОТА

Награждается

Прохорова

Наталья Альбертовна

*медицинская сестра процедурной
химиотерапевтического кабинета*

*за профессиональное мастерство и добросовестное
исполнение должностных обязанностей*

и в связи с Всемирным Днем медицинской сестры

Главный врач
ГБУЗ «ГООКД»

Председатель
профсоюзного
комитета



Милоданов В.В.

Езова Е.Н.

2013г



ДИПЛОМ

III Степени

Награждается Победитель

Конкурса Профессионального Мастерства

« Лучшая Медицинская Сестра -- 2014 »

Грохарева Наталья Альбертовна

Главный врач ГБУЗ



Председатель Профсоюзного комитета

M
Милованов В.В.

Саша
Попова С.В.



ДИПЛОМ

НАГРАЖДАЕТСЯ

*медицинская сестра процедурной
химиотерапевтического отделения
государственного бюджетного
учреждения здравоохранения*

«Тамбовский областной онкологический клинический диспансер»

*Прохорова Наталья Альбертовна,
победившая в номинации*

«Лучшая медицинская сестра»

областного конкурса

«Лучший средний медицинский работник - 2019»

*Начальник управления
здравоохранения
Тамбовской области*

М.В.Лапочкина

г. Тамбов, 2019



Главному врачу ГБУЗ
«Тамбовский областной онкологический
клинический диспансер»
Милованову Владимиру Васильевичу

БЛАГОДАРНОСТЬ

С мая 2019 года я прохожу лечение у Прохоровой Наталии Альбертовны – старшей медицинской сестры химиотерапевтического отделения №2 Тамбовского областного онкологического клинического диспансера.

Наталия Альбертовна – чуткий сотрудник, который вкладывает много своих сил в каждого пациента, она является медицинским работником по призванию и находится на своем месте.

Мне хочется выразить глубокую признательность Наталии Альбертовне за высокий профессионализм, качественную работу и внимательное, доброжелательное отношение. Благодаря её работе формируется положительное отношение ко всему медицинскому персоналу Вашего учреждения.

Желаю Вам, Владимир Васильевич и Наталии Альбертовне крепкого здоровья, успехов во всех начинаниях, счастья, благополучия, процветания и долгих лет жизни.

С уважением,
заслуженный деятель искусств РФ,
заслуженный работник культуры РФ,
профессор, директор
ТОГБПОУ «Тамбовский колледж искусств»

 – Ю.А.Толмачев