

2017, № 3 (14)

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Лаптева Е.С., к.м.н., зав.кафедры гериатрии, проведевтики и управления в сестринской деятельности СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова

Подопригора Г.М., к.м.н., доцент кафедры гериатрии, проведевтики и управления в сестринской деятельности СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова

Цуцунава М.Р., BSc, MS, ассистент кафедры гериатрии, проведевтики и управления в сестринской деятельности СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова, выпускающий редактор

Аристидова С.Н., зав.уч.ч.кафедры гериатрии, проведевтики и управления в сестринской деятельности СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова

Дмитриева Е.А.,
гл.медсестра СПб ГБУ ГП № 34,
промоутер

Кузнецова В.В., ст.акушерка родильного отд. НИИ АГ им. Д.О.Отта СЗО РАМН, промоутер

ISSN 2413-6271

Учредитель:
АНО «Независимое информационное
агентство »НИАГара» (г.СПб, с 2004 г.)

Спонсор выпуска –
ПРОО МР СПб

ЖУРНАЛ ЗАРЕГИСТРИРОВАН
В РИНЦе (Российский Индекс
Научного Цитирования –
Science Index)

Журнал выходит с 2013 г.

На первой странице обложки –

Пушкова Э.С., глав.врач Городского гериатрического медико-социального центра, главный гериатр Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга, председатель Проблемной комиссии по социальной геронтологии Межведомственного научного совета по геронтологии и гериатрии РАМН и Министерства здравоохранения РФ; заведующая кафедрой сестринского дела и социальной работы СПб МАПО, Учёный секретарь Геронтологического общества РАН и член Учёного совета СПб МАПО.
Годы деятельности: 1968-2004

Журнал зарегистрирован Управлением
Федеральной службы по надзору в
сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций
по Северо-Западному федеральному
округу ПИ № ТУ 78-01371

ISSN 2413-6271

2017, № 3 (14)

**СПЕЦИАЛИСТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД**

СОДЕРЖАНИЕ

НОВОСТИ В ОТРАСЛИ	3
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОО «МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ САНКТ–ПЕТЕРБУРГА	
О научно-практической конференции «Технологии сестринского ухода в работе медицинской сестры паллиативной помощи.....	4
МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ	
Воронова Е.А., Подлужная М.Я., Смиронова К.А. Комплексный подход к организации паллиативной помощи детям в региональных условиях	5
Ленских О.В. Психотерапевтические аспекты в геронтологии.....	7
Цуцунава М.Р. Этический аспект паллиативной помощи или о том, можно ли воспитать нравственную личность в эпоху гламура.....	11
ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ	
Цуцунава М.Р., Вишнякова М.Э. «Не много ли шума из ничего?» или о гигиене рук медицинского работника (зарубежный опыт).....	15
МАТЕРИАЛЫ XIII НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПУШКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ» (29–30 НОЯБРЯ)	

О ПЕРСПЕКТИВАХ БАКАЛАВРА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

В соответствии с приказом от 15 июня 2017 г. N 328н «О внесении изменений в квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки", утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. n 707Н, перечень должностей бакалавра по специальности «Сестринское дело» включает следующие должности: медицинская сестра общей практики, медицинская сестра по паллиативной помощи, медицинская сестра по профилактике, медицинская сестра по реабилитации".

1 НОЯБРЯ 2017 Г. ВСТУПИЛ В ДЕЙСТВИЕ НОВЫЙ СТАНДАРТ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ

Настоящий стандарт устанавливает комплексную медицинскую технологию "Инфологическая модель. Профилактика пролежней" при риске развития пролежней. Стандарт предназначен для применения медицинскими организациями и учреждениями федеральных, региональных и муниципальных органов управления здравоохранением, другими медицинскими организациями различных организационно-правовых форм, врачами и медицинскими сестрами, социальными работниками, ухаживающими за больными родственниками.

Модель разработана для решений таких задач как, в частности:

- определения алгоритмов профилактики пролежней;
- внедрение современной методологии оценки степени риска развития пролежней, составление программы профилактики, снижение частоты развития пролежней и предупреждение инфекции пролежней у больных с различными видами патологии, приводящей к ограничению подвижности или полной неподвижности;
- унификации расчетов затрат на медицинскую помощь больным с риском развития пролежней;
- осуществления контроля объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой больному в медицинской организации, в том числе в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. В настоящем стандарте используется унифицированная шкала оценки убедительности доказательств применения медицинских технологий в соответствии с ГОСТ Р 56034-2014.

В ПРЕДЫДУЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА (№ 13) НА СТР. 1 ДОПУЩЕНА ОШИБКА: «ГЛАВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №17» КОРОЛЬКОВА НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА». ПРАВИЛЬНО: «... КОРОЛЬКОВА НАТАЛЬЯ МИХАЙЛОВНА». РЕДАКЦИЯ ПРИНОСИТ ИЗВИНЕНИЯ ЗА ДОПУЩЕННУЮ ОШИБКУ.

20-21 НОЯБРЯ 2017Г. В СПБ ПРОШЛА РЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ТЕХНОЛОГИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ»

Перед конференцией стояла задача проанализировать современное состояние паллиативной помощи, затронуть наиболее острые вопросы и проблемы в данной области, определить направления развития, которые смогли бы положительно повлиять на оказание паллиативной помощи. В частности, был затронут вопрос о необходимости сиделки в стационарах у постели тяжелых пациентов. Прозвучали высказывания как за, так и против. Необходимость введения новой должности аргументировалась высокой загруженностью медицинской сестры, вследствие чего страдает уход при оказании медицинской помощи пациентам. В противовес этому прозвучали доводы о том, что данные функции необходимо делегировать младшей медицинской сестре и санитарке, т.е. лицам, прошедшим специальное обучение по уходу за пациентом и имеющим право на оказание медицинской услуги. Проблема с укомплектованностью данными кадрами остается во многих лечебных учреждениях города нерешенной. Также поднимался вопрос о правовом обеспечении оказания паллиативной помощи. Очень часто возникают ситуации, когда сами медицинские работники не защищены, не знают своих прав, что чревато привлечением к ответственности и к судебным процессам.

Ключевым направлением дискуссии стал вопрос об этическом поведении персонала, проблемах коммуникации. Необходимо проявлять сочувствие, эмпатию, уметь вести диалог с пациентом и его родственниками. Проблема на сегодняшний день состоит в том, что медицинский персонал избегает общения с пациентами и не только по причине загруженности, но и из-за неумения, а также боязни. Среди предложений было выдвинуто, в частности, предложение о введении дополнительных образовательных программ для медицинских сестер в пени-тенциарной системе

В первый день проходило пленарное заседание и были заслушаны доклады по данной тематике. Во второй день прошли круглые столы, а также состоялась демонстрация фильма «Памяти Пушкиной Элеоноры Соломоновны». Все участники конференции были сертифицированы.

Организаторы конференции:

- Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
- Союз профессиональных медицинских организаций
- Профессиональная Региональная Общественная Организация «Медицинских Работников Санкт-Петербурга»
- ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И. Мечникова МЗ РФ (кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности)

С приветственной речью к собравшимся обратилась:

Бубликова И.В. — главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению Правительства СПб и Северо-Западного Федерального Округа, директор медицинского колледжа № 1

Силин А.В. — и. о. проректора по учебной работе, науке и инновационной деятельности ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И. Мечникова МЗ РФ, д.м.н., профессор

Двойников С.И. — главный внештатный специалист, эксперт Минздрава России по управлению сестринской деятельностью, заведующий кафедрой сестринского дела ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор.

Гажева А.В. — ученый секретарь ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, вице-президент Союза медицинских профессиональных организаций, Генеральный директор «Ассоциация специалистов с высшим сестринским образованием», кандидат медицинских наук

Подопригора Г.М. — Президент ПРОО «МРСП», доцент кафедры гериатрии, пропедевтики, и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И. Мечникова МЗ РФ, кандидат медицинских наук.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕГИОНАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Воронова Е.А., Подлужная М.Я., Смиронова К.А.

Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера

Резюме: описан опыт организации паллиативной помощи детям в Пермском крае, основанный на междисциплинарном подходе, помощь обеспечивают врачи-специалисты, психологи, социальные работники и др., осуществляется духовная поддержка.

Ключевые слова: дети, паллиативная медицинская помощь, организация

В настоящее время в России активно развивается паллиативная медицинская помощь. Прописана нормативно-правовая база, обосновываются организационные технологии оказания её инкурабельным больным, отрабатываются в целом вопросы организации этого нового вида помощи. Вместе с тем решение этой проблемы в основном нацелено на взрослое население. Паллиативная медицинская помощь детям представлена в России и отдельных её регионах значительно слабее, фактически находится на стадии формирования, несмотря на издание МЗ Российской Федерации приказа N 193н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям»

Цель работы: оценить состояние паллиативной медицинской помощи детям в Пермском крае. Материалы и методы: проанализированы региональная нормативно-правовая база, обобщен трех – летний опыт работы.

Паллиативная медицинская помощь детскому населению наследует основные подходы и принципы в оказании помощи всем терминальным больным. [4] Однако она обладает целым рядом особенностей, которые дают основание выделять её в отдельную область [1]. Назовем основные особенности: дети погибают реже, чем взрослые; спектр заболеваний отличается у них от таковых у взрослых; имеются особенности в диагностике, лечении и уходе, в общении с ребенком и его семьей, трудности в работе персонала и др.[3] До недавнего времени этот вид помощи предназначался для инкурабельных онкологических пациентов. В настоящее время паллиатив вышел за рамки онкологии и на сегодняшний день он охватывает всех пациентов, страдающих тяжелыми хроническими прогрессирующими заболеваниями, независимо от возраста, нозологической группы и места пребывания пациента. В МКБ-10 включено около 600 диагнозов, которые могут быть расценены как заболевания, требующие оказания паллиативной медицинской помощи. При этом только в 10% случаев потребность в паллиативе обусловлена онкозаболеванием, 90% пациентов могут жить свыше 18 лет. Следовательно, чрезвычайно важно, для формирования паллиативной медицинской помощи иметь четкое представление об их численности.

С этой целью в Пермском крае формируется регистр детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. Однако критерии отбора таких детей пока не отработаны, что затрудняет их выявление и определение истинной потребности в этом виде помощи. На данный момент в регистр внесено 445 детей, что составляет 18,4% от числа имеющих инвалидность из этого числа в г. Перми проживает 197 детей, в Пермском крае – 248 детей. Определена структура заболеваний, которыми страдают эти

дети. К числу ведущих относятся: врожденные пороки развития, доля которых составляет (50,5%), затем следуют болезни системы центральной нервной системы (30,7%), онкопатология (9,4%), болезни обмена (6,4%) и другие заболевания (3%). Семь детей нуждаются в вентиляционной поддержке, у троих имеется трахеостома, 28 - на зондовом питании.

Учитывая количество и особенности выявленных детей, в Пермском крае взят старт на начало организации паллиативной педиатрической помощи.

Исходя из сложившейся ситуации в регионе, Министерством здравоохранения Пермского края было принято решение об открытии отделения паллиативной помощи детям. Первое самостоятельное отделение круглосуточного пребывания на 12 коек было создано на базе детской клинической больницы №13 г. Перми в августе 2014 года и функционирует в настоящее время. Отделение предназначено для круглосуточного пребывания детей из Пермского края и г. Перми в возрасте от 1 года до 18 лет. Усилия сотрудников в основном направлены на обеспечение качества жизни путем облегчения страданий ребенка и его семьи, избавления от боли и других тяжелых проявлений заболевания, оказания психологической, социальной помощи, духовной поддержки. Отделение паллиативной помощи не предполагает излечение и не подменяет реабилитационный или консультативный центр. Главная цель – облегчение страданий, улучшение качества жизни.

Работа отделения организована в соответствии с требованиями «Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям». В штатном расписании предусмотрены должности врачей, медицинских сестер, работает в отделении специалист по массажу, младший медицинский персонал. Помимо медицинских работников есть педагог-воспитатель, медицинский психолог, социальный работник, духовное попечение осуществляет православный священник. Коллектив отделения – это мультидисциплинарная команда специалистов, которая позволяет удовлетворять не только физические потребности, но и психологические, духовные и социальные. В отделении реализуется главный принцип паллиативной помощи – интегрированный междисциплинарный подход к ведению инкурабельных пациентов. Обстановка в отделении максимально приближена к домашней. Палаты одно и двух местные, возможно совместное пребывание одного из родителей.

С момента открытия в отделении получили помощь около 300 детей. Среднее время пребывания на койке составило 26 дней. В 2015 г. на базе отделения была создана «Школа грамотного ухода», куда могут прийти не только мамы тех детей, которые находятся на лечении в отделении на данный период времени, но и те родители, которые уже выписаны домой. Тематика и расписание занятий размещены на сайте больницы. Занятия в школе проводят врачи, медицинские сестры, психолог, социальный работник, педагог-воспитатель. Родители обучаются приемам ухода, безопасного перемещения, гигиенического массажа, повышения педагогической компетентности, развивающих и коммуникативных игр.

В 2016 г. на базе детской клинической больницы №13 выделено, как структурное подразделение, выездная патронажная служба, главное предназначение которой оказание паллиативной медицинской помощи детям в амбулаторных условиях.

Следует отметить, что большую поддержку круглосуточному отделению и выездной службе паллиативной помощи оказывают общественные и благотворительные организации, волонтеры фондов «Дедморозим» и «Берегиня». Их участие и помощь

трудно переоценить. Для пациентов проводятся различные мероприятия - выступления артистов - иллюзионистов, организуются празднование дней рождения пациентов и др. В отделении делается все, чтобы дети не чувствовали себя обездоленными, а семьи, оказавшиеся в тяжелой жизненной ситуации, не ощущали себя одинокими.

Опыт работы отделения паллиативной помощи и выездной службы наглядно показал, что деятельность медицинских работников требует особых знаний и умений в общении и оказании помощи терминальным больным, требуется специальная подготовка. [2]

Заключение

В настоящее время на территории Пермского края активно формируется служба паллиативной помощи детскому населению. Были предусмотрены и соблюдены определенные этапы, условия, возможности. Разработаны и приняты региональные нормативно-правовые документы, составлен и пополняется регистр детей, нуждающихся в паллиативе; создано отделение с круглосуточными койками и выездная служба паллиативной педиатрической помощи; предусмотрено взаимодействие с другими организациями, общественностью, благотворительными фондами и др.

Для дальнейшего её развития в регионах, специалисты испытывают большую потребность в разработке документов на федеральном уровне, таких как: профессиональные стандарты для врачей и специалистов сестринского дела; клинические рекомендации, стандарты и протоколы ведения больных; критерии отбора пациентов, нуждающихся в паллиативе, оценка эффективности деятельности соответствующей службы и др. Это, несомненно, будет способствовать ускорению формирования паллиативной педиатрической паллиативной помощи.

Литература:

1. Воронова Е.А. Подлужная М.Я. Изучение уровня готовности специалистов сестринского дела к оказанию паллиативной медицинской помощи *Современные проблемы науки и образования*. 2012; 4: [URL:www.science-education.ru/104-6620](http://www.science-education.ru/104-6620)
2. Зелинская Д.И., Поливиченко Е.В. Паллиативная помощь детям в Российской Федерации. *Консилиум врачей*. 2014; 2 (28): 15-22.
3. Ключников С.О., Сонькина А.А. Паллиативная помощь в педиатрии – мировой опыт и развитие в России. *Педиатрия*. 2011; Том 90 (№ 4): 127-133.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ГЕРОНТОЛОГИИ

Ленских О.В.

ГОУСПО «Санкт-Петербургский «Медицинский колледж №1»

E-mail: voblenko@mail.ru

Изучены учебники для средней и высшей школы по дисциплине «Геронтология» на предмет преподавания основ психотерапии для применения в практической деятельности медицинских работников. Вывод: студентов не учат методам психотерапии для успешного лечения геронтологических пациентов.

Ключевые слова: образование, результаты обучения, психотерапия, геронтология, социальная геронтология, помощь.

Илья Мечников, считающийся основателем отечественной геронтологии, писал: «Долгая жизнь ценна не сама по себе, а лишь в том случае, когда она совпадает с сохранением физических и умственных способностей» [2]. На сохранение «физических способностей» пожилого и старого человека сегодня направлены значительные силы здравоохранения; на сохранение интеллектуальных возможностей они направлены в наименьшей степени. Геронтологический пациент будет направлен и осмотрен психологом, психотерапевтом или скорее психиатром только в том случае если имеет выраженные патологические изменения умственной деятельности, чаще всего доставляющие проблемы либо родственникам, либо медицинскому персоналу. Это связано, прежде всего, с тем, что при обучении основам общей и социальной геронтологии, гериатрии психотерапевтической помощи пожилым и старым людям вообще не уделяется внимания. Чаще медицинские работники не знают, что многие проблемы пациента можно решить, владея простыми методами психотерапии. Не все медицинские специалисты с уверенностью понимают разницу между понятиями психолог, психотерапевт, психиатр. Априори считая, что старого и пожилого человека проще направить на консультацию и лечение к психиатру, нанося тем самым ему дополнительную психическую травму.

Основам психотерапии по дисциплине геронтология, особенно в среднем медицинском профессиональном образовании, необходимо учить при изучении основ геронтологии и гериатрии. Студенты высшей медицинской школы и среднего профессионального образования изучают такие предметы, как «Основы лечения больных психиатрического профиля» (врачи, фельдшеры) и «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Участие в лечебно-диагностическом процессе «Сестринский уход в психиатрии и наркологии» (медицинская сестра, медбрат). В этих разделах основное внимание уделено либо диагностике и лечению психически больного человека, либо уходу за ним по программе осуществления именно физического ухода. Основы психотерапевтических методов, которые могут успешно применяться в частности в геронтологии, не преподаются вовсе.

Изложенный выше материал и определил актуальность научного исследования.

Целью исследования было проанализировать учебную литературу по гериатрии и геронтологии для среднего и высшего медицинского образования, а также для студентов специальности «социальная работа» университетов с точки зрения обучения студентов психотерапевтическим аспектам в геронтологии.

При проведении исследования были решены следующие задачи:

1. изучено упоминание психологических и психотерапевтических методик в учебной литературе по геронтологии;
2. проанализированы полученные сведения.

При проведении исследования применялись методы изучения научных источников и анализ.

Для исследования были отобраны учебники и пособия для среднего и высшего образования медицинских колледжей и университетов, а также для специальности «социальной работник». Охват учебной литературы составил последние десять лет — 1997-2017 гг. В список вошли: В.Альперович «Социальная геронтология» (1997); Р.С.Яцемирская,

И.Г.Беленькая «Социальная геронтология» (1999); Е.Н.Хрисанова «Основы геронтологии» (1999); Н.Ю.Василенко «Социальная геронтология» (2003); А.Б.Погодина, А.Х.Хазимов «Основы геронтологии и гериатрии» (2007); «Сестринское дело: профессиональные дисциплины» Уч.пособие под ред. Г.П.Котельникова (2007); «Руководство по геронтологии и гериатрии» под ред. академика РАМН, профессора В.И.Ярыгина и профессора А.С.Мелентьева (2010); С.А.Филатова, Л.П.Безденежная, Л.С.Андреева «Геронтология» (2009) г; П.А.Воробьев «Основы геронтологии и гериатрии» (2014); М.Э.Елютина, Э.И.Чаканова «Социальная геронтология» (2015); О.О.Заварзина, С.В.Шмелева, Е.А.Петрова, В.А.Яковлев «Уход за пожилыми: основы геронтологии, геронтопсихологии и гериатрии» (2016); С.А.Филатова «Сестринский уход в гериатрии» (2017).

Просмотрено содержание учебников и разделы, касающиеся психического здоровья пожилых и старых людей. В учебниках по социальной геронтологии обнаружилось небольшие разделы по психогеронтологии, включающие психогеронтологические и психореабилитационные аспекты (например, М.Э.Елютина, Э.И.Чаканова «Социальная геронтология», 2015 г). На их изучение запланировано всего два академических часа лекций и столько же практической работы. В учебниках для среднего и высшего медицинского образования подобных разделов нет вообще.

В руководстве под редакцией Г.П.Котельникова очень кратко излагаются психологические особенности пожилого и старого человека с выделением определенных основных психологических «жизненных позиций» и уделяется внимание суицидам пожилых и старых людей [5, С.421]. В руководстве под редакцией профессоров В.И.Ярыгина и А.С.Мелентьева, 2010 г уделено внимание характерологическим и поведенческим особенностям пожилых людей. У А.Б.Погодиной, А.Х.Хазимова в «Основах геронтологии и гериатрии» (2007) есть раздел «Социолого-психологическая адаптация к возрастным изменениям».

Слово «психотерапия» не встречается вовсе в просмотренной учебной литературе. Медсестра (медбрат) и социальный работник — это специалисты, которые чаще всего общаются с пожилым и старым человеком. Именно они первыми могут заметить суицидальные мысли геронтологического пациента, провести первую психотерапевтическую коррекцию.

Из проведенного анализа можно сделать вывод, что о понятии «обучение психотерапевтической помощи» студентов медицинских учебных заведений вообще нет ни слова. Тем более не говорится о том, что медсестра (медбрат) или врач может стать либо спутником, либо другом, либо наставником пожилого или старого человека, либо усилить лечебное воздействие при проведении различных лечебных процедур.

Психотерапия сегодня признана во всем мире. Все знают, это слово переводится — лечение души. Наука уходит своими корнями в далекое прошлое, начиная свое восхождение в медицинскую практику через шаманство, магию, исповедь, философию, «животный магнетизм» Месмера и постепенно в восемнадцатом веке приходит к научному пониманию «болезней души». Она обладает простыми методами воздействия на телесные и душевные страдания человека через его психику, которыми может овладеть врач любой специальности, медсестра любого профиля или социальный работник. Эти методы можно включать как в лечебный, так и в реабилитационный процессы. Такими методами являются:

1. внушение или суггестия, которое бывает прямым и косвенным. Оно включает не только слово, но и жесты, мимику, контакт. Это внушение подкрепляется строго определенными и конкретными условиями, при которых оно будет реализовано;
2. опосредованная психотерапия — один из вариантов косвенного внушения, когда медицинский персонал готовит пациента к простой, но «очень эффективной процедуре»;
3. личностно-ориентированная психотерапия — потенцирование лечебного эффекта, как врачом, так и остальным медицинским персоналом, принимающим участие в лечении пациента [4, С.231] .

К вышеизложенным методам можно добавить и хорошо известные: плацебо-терапию, арттерапию, трудотерапию. Для лучшего понимания проблем пациента медсестра (медбрат), врач, социальный работник могут использовать простые диагностические методы. Например, проективные методики, доказавшие свою эффективность в срочные диагностики психологического состояния пациента.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. в учебной литературе (учебниках по гериатрии, геронтологии), перечисляются, как правило, изменения во всех системах и органах геронтологического пациента и очень кратко излагаются психологические особенности пожилого и старого человека с выделением определенных основных «жизненных позиций», в основном, с точки зрения психологических изменений;
2. психотерапевтические основы, как метод оздоровления пожилого и старого пациента, которым могут овладеть врачи и средние медицинские работники любой специальности не излагаются вообще;
3. о применении проективных методик для экстренной диагностики душевного состояния пожилого и старого человека нигде не упоминается.

Заключение: целью научной работы было проанализировать учебную литературу для среднего профессионального медицинского образования, медицинских вузов или университетов, имеющих специализацию «социальный работник». Для достижения цели выполнены следующие задачи: отобраны и изучены учебники за десятилетний период с 1997 по 2017 год. На основании этого исследования получены результаты: о психотерапии, ее методах и применении у пожилых и старых людей для улучшения их душевного состояния и достижения положительного лечебного эффекта в учебниках упоминаний нет.

Можно дать следующие рекомендации:

1. в учебники по гериатрии и геронтологии необходимо ввести главы, посвященные психотерапевтическим методам воздействия на пожилого и старого пациента для его успешного лечения и наиболее успешного контакта между ним и медработником;
2. при получении специализации медицинскими работниками по гериатрии и геронтологии необходимо выделить определенное количество часов для обучения основам психотерапии.

Список литературы

1. Филатова С.А. Сестринский уход в гериатрии: учебное пособие / С.А.Филатова. — Изд. 2-е. — Ростов н /Д : Феникс, 2017. — 494 с.

2. Психотерапевтическая энциклопедия /Под общ ред. Карвасарского Б.Д. — СПб. Питер Ком, 1999 с. — (Серия «Мастера психологии»)
3. Руководство по психотерапии / Под ред. Рожнова. — 2-е изд., доп. и перераб. — Т.: Медицина, 1979. — 620 с.
4. Психотерапия /Под ред. Б.Д.Карвасарского, — СПб: Издательство «Питер», 2000. — 544 с. — (Серия «Национальная медицинская библиотека»)
5. Сестринское дело: профессиональные дисциплины: Учебное пособие /Под ред. Г.П.Котельникова. изд. 3-е. — Ростов н /Д : Феникс, 2007. — 698 с.
6. Мечников И.И. Этюды оптимизма Режим доступа: www.100bestbooks.ru Дата обращения: 1 ноября 2017 г.

ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ИЛИ О ТОМ, МОЖНО ЛИ ВОСПИТАТЬ НРАВСТВЕННУЮ ЛИЧНОСТЬ В ЭПОХУ ГЛАМУРА

Цуцунава М.Р.

СЗ ГМУ им.И.И.Мечникова

В конце 60 годов 20 века на Западе в монографии психолога Элизабет Кюблер-Росс «О смерти и умирании» появились тревожные рассуждения: «... пора задаться вопросом: какими мы становимся, более человечными или более бездушными? ... каким бы ни был ответ на поставленный вопрос, вполне очевидно, что в наши дни больной страдает больше - если не физически, то эмоционально. За последние столетия его желания ничуть не изменились, изменилось лишь наше умение их исполнять». В нашей стране в те годы подобного рода вопросы едва ли поднимались. Наступившие шестидесятые годы характеризуют как «время большого общественного подъема, когда люди особенно остро «ощущали личную причастность в создании правдивой и правильной родины». В то время на арену общественной жизни вышло так называемое *третье поколение*, родившееся в 30-х-40-х годах, которому пришлось пережить сложные политические перемены, связанные с культом личности, что заставило молодежь во многом переосмыслить историю, не только принять прошлое как естественное наследие, но и критически отнестись к нему. В январе 1964 г. Институт общественного мнения «Комсомольской правды» провел массовый опрос по анкете «Что вы думаете о своем поколении?» Полученные ответы дали широкую картину жизненных ориентаций молодых людей. Для подавляющего большинства были характерны преданность Родине, непримиримость к несправедливости, трудовой энтузиазм, стремление к знаниям. В их целях и идеалах сочетались личные и общественные интересы. Таким образом, можно заключить, что и отношение человека к человеку-пациенту было соответствующим – с добрым сердцем.

Кроме того, в стране еще в 30-х годах стали создаваться Общественные советы, призванные контролировать деятельность медицинских учреждений (в частности, ее этическую сторону):

«... характерным для последнего времени является все возрастающее участие широкой общественности во всех вопросах, относящихся к охране здоровья населения, к улучшению медицинской помощи и санитарного состояния города...»

Несомненно, что активное участие общественности помогло медицинским работникам Ленинграда добиться значительных успехов в охране здоровья населения» ...¹

Однако постепенно деятельность советов сошла на нет, и сегодня специалисты констатируют: фактически к сегодняшнему дню в практической медицине дегуманизация прогрессирует, в основе этого процесса лежат морально-этические проблемы. Милосердное отношение к окружающим почти полностью утрачено и в нашем обществе в целом, и в медицинском сообществе, в частности. При этом злобная и злая реакция на окружающее, грубость и непонимание других — это признак душевной и духовной слабости, человеческой неспособности жить, как отметил Д.С.Лихачев. Потому — то поднимаются вопросы о необходимости в возрождении духовности, нравственности и социально-благотворительных традиций и в первую очередь — в медицинской среде.

Отсутствие милосердия сегодня рассматривается исключительно как объективное следствие прошедших в недавнем прошлом событий и явлений. В 20 веке на фоне того благополучия, которым гордилась советское здравоохранение (по количеству коек на душу населения, по числу врачей и медсестер СССР занимал одно из первых мест в мире) общая культура медицинского ухода трансформировалась в негативную сторону. В советское и постсоветское время выросло несколько поколений медработников, имеющих достаточные профессиональные качества, но терпение и милосердия, у которых так и остаются в дефиците.

По мнению специалистов, элементы дегуманизации в работе медработника в большей степени обусловлены дефектами воспитания и самовоспитания, вернее, отсутствием у большинства клиницистов мотивации к самоактуализации, т.е. постоянному профессиональному самосовершенствованию; социально-экономическими взаимосвязями, которые определяют отношение врача к пациенту с позиций финансового и социального положения в обществе; средства массовой информации углубляют кризис доверия между пациентом и врачом.

Одним из проявлений дегуманизации является стигматизация (от греч. *Στίγμα* — ярлык, клеймо) или навешивание социальных ярлыков. Процессу стигматизации подвержены многие категории людей, а именно с физическими и психическими отклонениями; люди, ведущие аморальный образ жизни, сиротство в целом, пожилой возраст и многое другое. «Непохожесть» на других, своеобразие поведения, мышления и воображения являются доминирующим признаком, который формирует стигму. Как отмечают специалисты, появление стигматизации служит, по сути, своеобразным социальным индикатором, маркером низкого нравственного самосознания как социальной общности в целом, так и отдельно взятого индивида. Хорошая новость заключается в том, что стигматизация будет терять свою актуальность по мере возрастания нравственного самосознания общности и личности.

Об интеллигентности в профессии

Обвинения в адрес перестроечных 90-х годов прошлого столетия отвлекают наше внимание от главного вопроса — этической стороны медицинской деятельности, мы стали забывать о том, что личность врача и медицинской сестры, по определению,

¹ Хромов Б.М., Свешников А.В. Здравоохранение Ленинграда. Краткий исторический очерк. Лениздат, 1969

должна быть нравственна при любых негативных коллизиях. Никакая официально предписывающая деонтологическая норма не будет полностью и качественно выполнена специалистом без наличия у него внутреннего нравственного содержания, интегрированного из социума.

Как же воспитать такую личность в эпоху гламура? Тем более, когда перед системой образования стоят эти задачи, о реализации которых можно судить по наличию у специалистов соответствующих компетенций:

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

Специалисты констатируют, что современная система воспитания и образования, в т.ч. медицинского, ориентируется на формирование у студентов рационального аспекта мышления, без должного внимания к эмоциональной и духовной сферам человека. На протяжении довольно-таки длительного периода времени акцент в образовании ставился на приобретение технических навыков, и абсолютно не рассматривался психологический аспект работы медицинской сестры. Нас учили держать шприц в руке, ставить капельницы, а вот задуматься или поразмышлять над тем фактом, что медицинская сестра может стать последним человеком, с которым в этой жизни общается пациент, никто не предлагал... В итоге, рядом с больными с неизлечимыми заболеваниями зачастую оказываются «биороботы», в программе которых – стандартные фразы и ответы («спросите у врача»), врач в силу специфики медицинской подготовки не может почувствовать нужды умирающего, родственники из боязни «навредить» пытаются поддержать шаблонной фразой «все будет хорошо». При этом страдать и переживать по-своему будет каждый...

Проблема заключается в том, что, как писала в свое время Э.Кюблер-Росс в своей книге «О жизни и умирании»: «... умирать придется каждому. Хуже того, почти каждому приходится провозжать самых близких — в этом случае невежество и беспомощность не просто вредны и жалки: они безнравственны. Смерть — такое же великое событие, как и рождение. А подготовка к ней, умирание, — такая же полноценная часть бытия, как и детство. Нет второстепенных, не важных этапов жизни, каждый этап богат по-своему. И если мы отворачиваемся от умирающих, лишая их последнего богатства — душевного общения, то должны быть готовы к тому, что так же поступят с нами наши потомки».²

Э.Кюблер-Росс призывала врачей к преодолению автоматизма и выражению естественности в отношениях с умирающими пациентами. Для этого, по ее мнению, врачам (и медицинским сестрам!) необходимо, прежде всего, признать бренность собственного существования, то есть то, что уже было давно признано в традиционных обществах. Это позволило бы им не убегать от смерти в своей повседневной профессиональной деятельности, избавиться от некрофобии. Признание естественности собственной смерти позволит медицинскому персоналу взглянуть в лицо умирающему пациенту, улыбнуться ему, поинтересоваться, в чем он нуждается. Именно подлинное общение, подлинный контакт с людьми помогают неизлечимым больным адаптироваться к факту скорого окончания существования в мире.

² Кюблер-Росс Э. Об умирании. – София, 1969

Рассматривая этический аспект не только в паллиативной помощи, но и шире – в медицинской, изучая те проблемы, которые переживает в настоящем система здравоохранения, приходишь к выводу о том, что профессия требует от нас, как никогда, обратиться к вопросу интеллигентности, тем более, что интеллигентность – суть общекультурных компетенций.

Д.С.Лихачев утверждал: «Человек должен быть интеллигентен!» И даже в том случае, если он не смог получить образования: так сложились обстоятельства; если окружающая среда не позволяет; если интеллигентность сделает его «белой вороной» среди сослуживцев, друзей, родных, будет просто мешать его сближению с другими людьми. «Интеллигентность нужна при всех обстоятельствах. Интеллигентность равна нравственному здоровью, а здоровье нужно, чтобы жить долго — не только физически, но и умственно».³ Можно ли возразить против такого веского аргумента? Впереди у всех нас – огромная работа...

Литература

- Абдулгалимова С. А. Отношение к собственной смерти и переживание страха смерти // Вестник Социально-педагогического института. - 2012. - №2. - С.3-8.
- Мамедов А. К., Липай Т. П. Социальная стигматизация: генезис и детерминанты становления // Социологический альманах. - 2011. - №2. - С.128-137.
- Поскотина М.А. Почему милосердие покинуло медицину // Сибирский педагогический журнал. - 2009. - №12. - С.364-372
- Ржевская Н. К., Руженков В. А. Стигма и проблемы организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами, сочетающимися с соматической патологией // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. - 2012. - №10 (129) - С.5-11.

Юстус И.В., Трушина О.Ю. Профессиональное общение медсестер как фактор повышения качества жизни инкурабельных больных // СПО. - 2011. - № 7



Представители ПРОО "Медицинских работников СПб" - участники Всероссийского Конгресса медицинских сестер в г.Казань (26-27 октября 2017г.)

³ Образованность нельзя смешивать с интеллигентностью»: Дмитрий Лихачев о том, как научиться учиться. Режим доступа: <https://theoryandpractice.ru/posts/16035-obrazovannost-nelzya-smeshivat-s-intelligentnostyu-dmitriy-likhachev-o-tom-kak-nauchitsya-uchitsya>. Дата обращения: 12 октября 2017г.

«НЕ МНОГО ЛИ ШУМА ИЗ НИЧЕГО?» ИЛИ О ГИГИЕНЕ РУК МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА (зарубежный опыт)

Цуцунава М.Р., Вишнякова М.Э.

В данной статье речь пойдет о гигиене рук медицинского работника – факторе, который играет огромную роль в профилактике ВБИ. Мы взяли на себя смелость и предположили, что именно эта мысль («Не много ли шума? ...») может прийти тому, кто продолжает ставить под сомнение и даже больше - игнорировать многочисленные данные, доказывающие значимость этого фактора. При этом за рубежом данному вопросу уделяется огромное внимание: гигиена рук стала одним из научных направлений, так как до сих пор есть нерешенные проблемы, некоторые из них продолжают вызывать споры и требовать проведения новых исследований, исследователи пытаются ответить на некоторые из затнувшихся вопросов, касающихся техники мытья, размера руки, объема используемого средства и того, как все эти факторы влияют на эффективность мытья.

Какой должна быть продолжительность обработки рук: 15 сек или 30 сек?

В ходе эксперимента, в котором приняли участие 32 медработника, руки заражались кишечной палочкой ATCC 10536 и затем обрабатывались согласно методике ВОЗ в течение 10, 15, 20, 30, 45 или 60 сек с использованием 3 мл антисептика на основе спирта. Исследователи установили, что обработка рук в течение установленных отрезков времени привела к значительному сокращению числа бактерий. При этом результаты, достигнутые через 10, 15 или 20 сек обработки, не отличались существенно от результата, достигнутого через 30 сек. Исследователи пришли к выводу, что у 30-ти секундной обработки рук нет каких-либо преимуществ по сравнению с 15 сек обработкой. Несмотря на то, что в исследовании не был использован флуоресцентный краситель для оценки зараженности рук через 15 или 30 сек, данные указывают на то, что дополнительное трение рук после обработки рук антисептиком в течение 15 сек не улучшит эффективность 60% изопропанола. [1]

Достаточно ли 3 мл средства для деконтаминации?

Согласно исследованиям, 99,8% медицинских работников считают, что 3 мл средства вполне достаточно для обработки рук. [2] Однако согласно другим данным, 3 мл средства поддерживают влажность рук более 30 сек. [3, 4]

Упрощенная гигиена рук могла бы приблизить ее соответствие установленным требованиям, однако возникает вопрос об объеме средства: если руки обрабатываются до тех пор, пока не высохнут, и при этом желательно, чтобы время обработки было минимальным, потребуются меньшие объемы средства для рук среднего размера (например, 1,5 или 2 мл). 95,8% медработников считают, что для обработки достаточно 1,5 мл, а 98,5% считают достаточным 2 мл. Объем «около 2 мл» также был бы приемлем для персонала. Но на основании данных об эффективности, полученных с применением европейского стандарта EN 1500, такой объем обычно не соответствует требованиям EN 1500. Медработники, безусловно, будут приветствовать более кратковременную, но столь же эффективную деконтаминацию рук. В рекомендациях меньшего объема должны учитываться разные моменты, среди которых, например, гарантия того, что вновь устанавливаемый объем обеспечивает полное покрытие обеих рук; кроме того, новый метод должен быть прост в исполнении и его эффективность не

должна зависеть от размера рук. И, конечно же, новый метод должен соответствовать требованиям установленного стандарта EN 1500.

Зависит ли эффективность обработки от размера руки?

EN-1500 — европейский стандарт обработки рук; это общая методика обработки рук, начиная с первого (бытовой, механический) уровня — и вплоть до третьего, хирургического уровня

Последовательность движений:

1. Тереть одну ладонь о другую ладонь возвратно-поступательными движениями, включая запястье.
 2. Правой ладонью растирать тыльную поверхность левой кисти, поменять руки.
 3. Соединить пальцы одной руки в межпальцевых промежутках другой, тереть внутренние поверхности пальцев движениями вверх и вниз.
 4. Соединить пальцы в «замок», тыльной стороной согнутых пальцев растирать ладонь другой руки.
 5. Охватить основание большого пальца левой кисти между большим и указательным пальцами правой кисти, вращательное трение. Поменять руки.
 6. Круговым движением тереть ладонь левой кисти кончиками пальцев правой руки, поменять руки.
- Каждое движение повторяется не менее 5 раз. Обработка рук осуществляется в течение 30 сек -1 мин.

При изучении влияния объема средства на остаточное число бактерий на руках с учетом размера руки выяснилось, что уменьшение числа бактерий на больших руках было значительно ниже по сравнению с маленькими руками, что предполагает необходимость в регулировке объема средства на основе размера рук для наибольшей эффективности. [5] Это - один из аспектов гигиены рук, который до сих пор не рассматривался. Здравый смысл и микробиологические исследования указывают на то, что объем антисептика должен быть достаточно большим, чтобы была обработана вся поверхность рук, однако единого мнения о том, какой объем должен быть минимальным, и зависит ли он от размера руки медработника, не существует.

В больницах университета Женевы исследователи провели эксперимент с участием медработников, которые прошли обширную подготовку по программам инфекционного контроля и экспертизу в области гигиены рук. Два старших специалиста по инфекционному контролю определили и классифицировали площадь поверхности рук следующим образом: небольшая (= 375 см²), средняя (376-424 см²) и большая (= 425 см²).

Перед каждой процедурой участники мыли руки обычным мылом в объеме 5 мл в течение 1 мин. Заражение рук проводилось посредством погружения их в бактериальную суспензию до середины запястья на 5 сек, после чего руки высуши-

вались в течение 3 мин. После этого проводилась оценка «выживших» бактерий. В первой части эксперимента использовался метод обработки «С кончиков пальцев», во второй части эксперимента – руки обрабатывались без антисептика в последовательности, рекомендованной ВОЗ, в третьей части эксперимента участники проводили деcontаминацию рук по стандарту EN 1500, используя средство в объеме 3 мл. Медицинские работники с большими руками использовали средства в объеме 4, 5 и 6 мл.

Исследование продемонстрировало тесную связь между снижением числа бактерий на руках и количеством антисептика, учитывающим площадь поверхности рук. В своих комментариях исследователи написали: «Настораживает тот факт, что рекомендованный большинством производителей объем 3 мл оказался недостаточным для эффективной обработки рук больших размеров. Осознание того, что средний объем антисептика на практике может быть менее 1 мл, вызывает еще большее беспокойство».

Существует опасение, что загруженные работой больницы могут не принимать во внимание размеры рук медперсонала при прописывании правильной гигиены рук и соответствующего количества средства, необходимого для уничтожения бактерий. [5]

Чем не устраивает ныне принятая техника мытья рук?

Вопрос техники мытья также привлекает внимание исследователей, так как данных о том, какой метод наиболее эффективен, недостаточно. Например, было установлено, что шестиступенчатая методика гигиены, рекомендованная ВОЗ, превосходит трехступенчатый метод для снижения числа бактерий на руках медработников, предложенный Центрами по контролю и профилактике заболеваний.

Во время рандомизированного контролируемого исследования в городской клинической больнице с интенсивным уходом исследователи наблюдали за врачами (42) и медсестрами (78), которые завершали обработку рук после проведения ухода за пациентом, используя средство на спиртовой основе. Было установлено, что шестиступенчатая методика в микробиологическом плане более эффективна для снижения числа бактерий по сравнению с трехэтапным методом. Однако шестиступенчатый метод потребовал на 25% больше времени (42.50 секунд против 35 секунд).

Одним из весьма интересных, (при этом случайных!) выводов, к которым пришли исследователи, было то, что соблюдение шестиступенчатой техники обработки отсутствовало. Только 65% медработников выполнили все этапы процесса гигиены рук, несмотря на то, что у участников исследования были инструкции по технике мытья и за ними велось наблюдение. Требуется дальнейшее изучение этого конкретного метода и того, как можно улучшить показатели приверженности.

С чего начинать обработку?

Некоторые исследователи предлагают модифицировать рекомендации ВОЗ и акцентировать важность деконтаминации кончиков пальцев, сославшись на доказательства о существовании прямой связи между бактериальной нагрузкой на руках медработников и вероятностью перекрестного пути передачи. Исследователи пытались оценить, повлияет ли модификация последовательности стандартного метода ВОЗ «How Handrub», началом которой будет обработка кончиков пальцев, на микробиологическую эффективность процедуры. На начальном этапе средний показатель контаминации рук составил 6,18. Он упал до 3,51 после применения стандартной методики ВОЗ и до 2,74 после применения методики ВОЗ «с кончиков пальцев» ($p < 0,001$). Результаты требуют дальнейшей проверки в клинической практике.

Литература

1. Pires D, Soule H, Bellissimo-Rodrigues F, Gayet-Ageron A and Pittet D. Hand Hygiene With Alcohol-Based Hand Rub: How Long Is Long Enough? *Infect Control Hosp Epidemiol.* 38:547–552. 2017.
2. Girard R, Aupee M, Erb M, Bettinger A, Jouve A. Hand rub dose needed for a single disinfection varies according to product: a bias in bench-marking using indirect hand hygiene indicator. *J Epidemiol Global Health* 2012;2:193-198.
3. Kampf G, Marschall S, Eggerstedt S, Ostermeyer C. Efficacy of ethanol-based hand foams using clinically relevant amounts: a cross-over controlled study among healthy volunteers. *BMC Infect Dis* 2010;10:78.
4. Macinga DR, Shumaker DJ, Werner HP, et al. The relative influences of product volume, delivery format and alcohol concentration on dry-time and efficacy of alcohol-based hand rubs. *BMC Infect Dis* 2014;14:511.
5. Bellissimo-Rodrigues F, Soule H, Gayet-Ageron A, Martin Y and Pittet D. Should Alcohol-Based Handrub Use Be Customized to Healthcare Workers' Hand Size? *Infection Control & Hospital Epidemiology.* December 2015, pp 1-3.

ХIII НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПУШКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»

ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ПРИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ БАС

Алексеева Т.М., Демешонок В.С.

*Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова,
Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, СПб*

Введение. Боковой амиотрофический склероз (БАС) - прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, характеризующееся сочетанным поражением центральных и периферических двигательных нейронов. Одна из самых частых причин смерти больных БАС - прогрессирующая дыхательная недостаточность (ДН), которая развивается в связи с парезом диафрагмы и других мышц, участвующих в акте дыхания.

Использование аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ), как правило, может продлить жизнь больного. По данным нескольких зарубежных исследований средняя выживаемость после трахеостомии варьирует от восьми месяцев до четырех лет.

В европейских странах экстренный перевод на ИВЛ по жизненным показаниям в связи с ДН без предварительного согласия больного не выполняется. Согласно рекомендациям Европейской федерации неврологов (2012 г.), планирование помощи осуществляется врачом мультидисциплинарной бригады совместно с больным БАС и его семьей. Заблаговременно обговаривается тактика поведения родственников при острой ДН, отказ или согласие на сердечно-легочную реанимацию и перевод на ИВЛ оформляются юридически.

В России ведение пациентов с БАС сопряжено с социально-экономическими проблемами, в том числе с приобретением дорогостоящего оборудования для вентиляционной поддержки, расходных материалов, гигиенических средств, обеспечения ухода за больным. Хотя процесс совместного принятия решений является рекомендательным во всем мире, нет данных о его практическом применении в российской действительности.

Цель исследования: ретроспективно проанализировать информированность пациентов о прогнозе заболевания и возможность принятия решений до острой ДН, предшествующей трахеостомии.

Материалы и методы: В период с сентября 2016 г. по октябрь 2017 г. в «Службу помощи людям с БАС» Ассоциации ГАООРДИ обратились 123 пациента с БАС из Санкт-Петербурга и Ленинградской области, из них 15 пациентов (12 женщин и 3 мужчин), переведенных на ИВЛ и находившихся в стационарах или на дому. Диагноз был установлен согласно критериям El Escorial (2000 г.) в различных стационарах Санкт-Петербурга. Анамнез заболевания изучался ретроспективно путем опроса родственников и пациентов.

Результаты и обсуждение. Все пациенты, переведенные на ИВЛ, были доставлены бригадой скорой медицинской помощи (СМП) в стационары города, где в связи с острой ДН им была выполнена трахеостомия. Один пациент с БАС был переведен на ИВЛ по причине ОНМК, а не прогрессирования БАС.

Семьи троих пациентов, находящихся на ИВЛ более двух лет, обратились за помощью в приобретении расходных материалов. Остальные обращения были связаны с запросами на приобретение аппаратов ИВЛ для выписки из стационара и необходимости в информационной поддержке.

Только пять пациентов из пятнадцати были осведомлены во время предыдущих госпитализаций или амбулаторно о риске нарастания ДН в процессе развития заболевания. Двое из них были предварительно согласны на использование ИВЛ в случае необходимости, но не на плановую трахеостомию. Двое пациентов были категорически против применения ИВЛ, однако, как и остальным пациентам, аппарат был подключен в связи с обращением родственников в СМП по жизненным показаниям. Один пациент, осведомленный о прогнозе, длительно не сообщал о нем своей семье. Два пациента узнали прогноз заболевания из сети интернет, но предпочли не обсуждать эту ситуацию в семье.

Таким образом, в связи с отсутствием информации от лечащего врача о прогнозе заболевания при постановке диагноза, эпизод острой ДН для восьми семей оказался неожиданностью. Ни одна из пятнадцати семей не обладали достаточной информацией о возможности использования неинвазивной искусственной вентиляции (НИВЛ) при ранних симптомах гиповентиляции.

Восемь пациентов скончались в стационаре в течение трех месяцев от начала госпитализации; четыре пациента – дома в течение первых 6 месяцев после выписки. В большинстве случаев причина смерти была связана с развитием вторичных инфекционных осложнений.

Тринадцать из пятнадцати опрошенных родственников признались, что хотели бы заблаговременно иметь больше информации о жизни на ИВЛ для возможности повлиять на исход событий.

Две пациентки, длительно находящиеся на ИВЛ (7 месяцев и 2 года), высказывали мысли о суициде в связи с зависимостью от окружающих и ограничением физической активности. Одна из пациенток не доступна контакту в связи с развитием синдрома «запертого человека» (англ. locked-in syndrome), при котором отсутствуют активные движения всех групп скелетной мускулатуры, включая глазодвигательные мышцы.

Выводы. Большинству пациентов в исследованной группе не сообщалось о вероятности дыхательных расстройств в терминальной стадии БАС.

Раннее обсуждение вентиляционной поддержки может расцениваться больными как принятие фатальности заболевания и ожидание смертельного исхода. Однако принятие решения о использовании методов дыхательной поддержки (медикаментозная терапия, НИВЛ/ИВЛ) возможно только при полном информировании больного о прогнозе заболевания еще до начала критической ситуации.

ПРЕПОДАВАНИЕ ГЕРИАТРИИ – РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Арьев А.Л.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности, СПб

Преподавание геронтологии и гериатрии в медицинских вузах российской федерации и за рубежом проводится в два этапа — на уровне преддипломной и последипломной подготовки. Регламентирующим документом является приказ Минздрава России от 22.01.2014 N 36н "Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ медицинского образования по специальности "Гериатрия" (зарегистрировано в минюсте России 16.05.2014 n 32311)

Таким образом, в настоящее время узаконены 4 формы обучения:

- Клиническая ординатура по специальности «Гериатрия».
- Первичная переподготовка (ПП) врачей по специальности «Гериатрия» (544 час.)
- Общее усовершенствование (ОУ) для врачей (сертификационный цикл) по специальности «Гериатрия» (144 час.)
- Тематическое усовершенствование (ТУ) для врачей лечебных специальностей «Основные гериатрические синдромы» (72 час.)

По окончании последипломного обучения врачам выдается документ государственного образца.

Осуществляется преподавание для преподавателей медицинских вузов и колледжей:

- ТУ для преподавателей медицинских вузов и колледжей «Методология преподавания терапии и гериатрии» (72 час.)
- Для средних медицинских работников:
- ТУ для медицинских сестер «Основные гериатрические синдромы» (72 час.)
- ТУ «Основы медицинских знаний для социальных работников с уходом за пожилыми людьми» (в соответствии с письмом заместителя Министра труда и социальной защиты Российской Федерации от 24.01.2013 № 14-3/10/1-212 об определении функциональных обязанностей и квалификационных требований работников организаций социального обслуживания населения).

Формы обучения:

- в Санкт-Петербурге
- выездные циклы в регионы России
- очно-заочные циклы
- в рамках дистанционного образования.

Кафедра геронтологии и гериатрии (ГИДУВ, МАПО, СЗГМУ) является первой в новой России

- Начиная с 1995 г. на кафедре проводятся регулярные циклы ТУ, ОУ (для врачей различных специальностей, преподавателей ВУЗов страны, для медицинских сестер и преподавателей сестринских колледжей)
- Начиная с 2005 г. проводятся циклы профессиональной переподготовки (длительность - 3,5 месяца)

География обучающихся курсантов на кафедре гериатрии

(усредненные показатели)

- Санкт-Петербург и Лен. Обл. – 73%
- Северо-западный регион – 4%
- Прочие регионы России – 23%

Международный опыт преподавания гериатрии

- Гериатрия в качестве врачебной специальности официально утверждена лишь в 9 странах Западной Европы, обучение студентов вузов геронтологии и гериатрии проводится в 11 странах.
- Для повышения качества постдипломной подготовки по медицинской геронтологии в 1996 г. профессорами из разных стран Европы была организована Европейская академия медицины старения.

Эта инициатива была поддержана ВОЗ и МАГ.

- В июне 1998 г. в Испании, в монастыре Юсте, при поддержке Европейской академии Фонда Юсте и Университета Саламанки, собралась группа экспертов из Европы (в том числе, представители ЕРО МАГ) и Америки, обсудившие проблему подготовки кадров гериатров в Европе и принявшие так называемую "Декларацию Юсте". В ней предложена единая программа обучения, выдачи дипломов и объединения специалистов в рамках Европейского союза медицинских специалистов (EUMS), при котором в 1997 г. была образована секция гериатрической медицины.
- В сентябре 1998 г. опыт работы по подготовке кадров и "Декларация Юсте" обсуждались в Парме (Италия) на 2-м совещании президентов национальных обществ геронтологов и гериатров Европы.
- Большое внимание унификации системы непрерывной (до- и постдипломной) подготовки врачей-гериатров было уделено на состоявшемся в 2001 г. в Париже I конгрессе Европейского союза гериатрических обществ (EUGMS).
- Учреждена Международная ассоциация гериатрической онкологии (SIGO).
- Созданы ассоциации геронтостоматологов.

- Широко используются в мире термины: геронтонефрология, геронтокардиология, геронтопсихиатрия и др.

Модели обучения гериатрии за рубежом:

- В США созданы в каждом штате обучающие центры: The Stanford Geriatric Education Center, Wisconsin Geriatric Education Center, Arkansas Geriatric Education Center и др.
- Созданы ассоциации во всех штатах, которые разрабатывают новые программы обучения по гериатрии.
- Ассоциации и центры взаимодействуют с Университетами штатов.
- Гериатрические программы обучения для различных работников в сфере гериатрии предлагаются в различных форматах и по разнообразным темам, и с различными акцентами для разных групп обучаемых.
- Образование по гериатрии ведётся: очное (интенсивный курс) 4 – 7 дней, заочное (интернет) обучение, междисциплинарные консилиумы, создание индивидуальных проектов и др.
- Обучаемые темы помимо специальных медицинских: гериатрическая литература, культуральные особенности, право, гериатрический уход, обучающие стратегии, этногериатрия и др.
- Кроме того, курсы: секс у пожилых, обучение родственников, обучение волонтеров, культурные программы для пожилых, поход в магазин для пожилых, вождение транспортом пожилыми и др.
- Специальное медицинское усовершенствование проходит совместно с Университетами штатов под контролем ассоциаций!!!

Преподавание гериатрии – новые подходы.

ГЕРИАТРИЯ – мультидисциплинарный предмет, охватывающий не только все разделы клинической медицины, но и социальные, правовые и многие другие аспекты.

Что необходимо преподавать на кафедре гериатрии, и кто это должен делать?

Ситуацию осложняет и тот факт, что на сегодняшний день, к сожалению, нет четкой разграниченности понятий «геронтология» и «гериатрия».

Что касается геронтологии, то это Фундаментальная наука! Гериатрическая медицина – это чисто клиническая составляющая?!

В номенклатуре врачебных специальностей утверждена врачебная специальность - «ВРАЧ-ГЕРИАТР» и существует паспорт специальности, где четко обозначена сфера деятельности специалиста. Таким образом, преподавать нам необходимо ГЕРИАТРИЮ.

Важным аспектом методологии преподавания следует считать, помимо проводимых продолжительных циклов ОУ, внедрение узконаправленных, коротких циклов от 2-х недель до 1 месяца, таких как «Гериатрическая кардиология», «Гериатрическая пульмонология», «Гериатрическая нефрология» и т.д.

Однако, совершенно очевидно, что необходима разработка и внедрение новых программ и таких узконаправленных циклов ТУ, как «Социальная гериатрия», Психосоциальная гериатрия», Медико-социальные аспекты гериатрии», а также отдельных циклов для организаторов здравоохранения и представителей органов МСЭ по вопросам основ законодательства, организационной системы гериатрической службы.

Необходимость привлечения преподавателей смежных кафедр: хирургии, онкологии, нервных болезней, психиатрии, социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением и др.

Возможно ли это?

- Необходимо выделение отдельных адаптированных программ преподавания для «узких», специальных контингентов слушателей – врачей кардиологов, нефрологов и др., преподавателей медицинских ВУЗов и для преподавателей сестринского дела.
- Необходимо выделение отдельных адаптированных программ преподавания для:

всех представителей, работающих в медицинской сфере – специалисты всех медицинских специальностей (особенно терапевтического профиля), социальных работников, волонтеров, младших медсестер, и других лиц без медицинского образования.

- Внедрение и обязательного проведения тестового контроля знаний (начального, промежуточного, заключительного) как на бумажных, так и на электронных носителях?!

Последи дипломное преподавание гериатрии предусматривает выдачу сертификата специалиста гериатра только для терапевтической специальности???

Т.е., не может быть на сегодняшний день хирурга-гериатра, стоматолога-гериатра, ортопеда-гериатра, уролога-гериатра и т.д. Однако гериатрические больницы существуют и в них работают разные специалисты. В таком случае как лицензировать такую больницу?

Нет интернатуры по гериатрии! Значит, и нет заинтересованности молодых врачей, окончивших ВУЗ идти в эту специальность.

Форма обучения преподавателей должна быть отлична от существующих форм подготовки врачей. Минимизация лекционного курса с расширением семинарских занятий по типу «круглых столов», проведение научно-практических конференций, регулярных клинических разборов (консилиумов) больных с различной патологией.

Разборы должны состоять не только из клинической части, но также включать обсуждение медико-психо-социальных, правовых аспектов, оценку качества жизни пожилых пациентов и пути их реабилитации. Только такой межведомственный подход позволит дать адекватную и всестороннюю оценку конкретного больного.

Переход к накопительной системе подсчета учебных часов, чтобы можно было их суммировать (особенно если речь идет о краткосрочных циклах) и в зависимости от их числа выдавать соответствующий документ (свидетельство, удостоверение, сертификат). Участие в конференциях, съездах, конгрессах также должно идти в общую «копилку» учебных часов. Таким образом, преподавание гериатрии является крайне непростой задачей, требующей специального подхода, иной методологии.

Разрешение этой задачи зависит, в первую очередь, от того, сможем ли мы:

- адекватно вести диалог с нашими обучающимися коллегами по профессии
- разумно (с приоритетом клинической гериатрии) охватить междисциплинарную, межведомственную, противоречивую проблему «геронтология-гериатрия»
- рационально и с определенным критическим подходом перенять необходимый положительный зарубежный опыт.

Таким образом, реформы в преподавании гериатрии необходимы, и мы на местах это понимаем. Однако смогут ли руководители здравоохранения понять необходимость таких реформ.

ПРЕПОДАВАНИЕ ГЕРОНТОСТОМАТОЛОГИИ, КАК ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ГЕРИАТРИЯ»

Арьева Г.Т.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра гериатрии, прпедедзтики и управления в сестринской деятельности, СПб

Геронтостоматология — это часть геронтологии, науки, изучающей старение живых организмов — и может быть определена как наука, изучающая здоровье полости рта пожилых и престарелых людей. Кроме того, геронтостоматология — это и клиническая дисциплина.

Термин «геронтостоматология» вошел в медицинский обиход после создания в 1983 г. Международной ассоциации геронтологов (IAG), определившей новый взгляд на отношение к пожилым людям и существующие в этой связи мультидисциплинарные проблемы. Геронтостоматология – это специализированный раздел общей стоматологии, который характеризуется междисциплинарным подходом к диагностике и лечению стоматологической патологии у людей пожилого и старческого возраста. Состояние полости рта отражает возрастные изменения, состояние соматического здоровья человека, его экономический статус. Это предопределяет необходимость интегрального подхода к человеку пожилого возраста, так как, кроме стоматологических проблем, необходимо учитывать и общесоматический статус, и социально-экономические факторы, влияющие на его здоровье, тем более что у пациентов старших возрастных групп значительно выше не только заболеваемость, но и число заболеваний внутренних органов у каждого пациента.

Актуальность проблемы недостаточной подготовки врачей всех специальностей, особенно – врачей-гериатров, сомнений не вызывает. Не вызывает сомнения и тот факт, что преподавание должно быть, как на додипломном уровне, так и последипломном. Т.е. преподавание должно вестись как для студентов, так и уже состоявшихся врачей.

В настоящее время в программе обучения студентов по специальности «Лечебное дело» отсутствуют дисциплины гериатрической направленности; не выделены аспекты специфики работы с пациентами гериатрического профиля. В рамках преподавания гериатрии необходимо и создание учебного курса для студентов «Геронтостоматология в гериатрии».

Так, по данным П.А. Леуси соавт. (2007), методом анкетирования среди студентов стоматологического факультета 5 курса и практикующих врачей-стоматологов, имеющих стаж работы не менее 5 лет, были выявлены недостаточные знания вопросов, касающихся особенностей стоматологического статуса и стоматологической помощи населению старших возрастных групп. Особенно настораживал факт, что более 20% студентов-выпускников и 12,0% практикующих врачей-стоматологов считали, что пожилые люди – это «не перспективное, потерянное поколение» и, следовательно, не стоит тратить время и деньги на оказание стоматологической помощи пациентам этой возрастной группы. По эпидемиологическим данным Белоруссии, неоправданные подходы к пациентам пожилого и старческого возраста со стороны профессионалов, а также – их неудовлетворительные знания в разделе геронтостоматология, полностью соотносились с крайне низкими (неудовлетворительными) показателями стоматологического здоровья этой возрастной группы населения Беларуси, их высокой нуждаемостью в стоматологической помощи и низкой степенью её удовлетворения.

Приведённые факты указывают на настоятельную потребность в увеличении количества учебных часов по геронтостоматологии в программе обучения студентов стоматологических факультетов, и, в том числе, обосновывают необходимость начала одновременного преподавания раздела геронтостоматологии не только для студентов лечебных факультетов, но и для практикующих врачей лечебных специальностей, дабы поднять медицинское образование в России до уровня Европейских стандартов.

Необходимость совершенствования учебных программ в этом направлении согласуется и с рекомендациями Всемирной Организации здравоохранения, согласно которым улучшение стоматологического здоровья пожилого населения является одной из важных приоритетных задач систем здравоохранения в мире (Petersen, P.E., 2003).

А основная преследуемая цель такого образования – обучить основным знаниям профилактики, диагностики ассоциированной стомато-соматической патологии и специфики подходов в лечении и ведении больных с заболеваниями зубов, органов полости рта и челюстно-лицевой области у пациентов пожилого и старческого возраста.

Предполагаемый контингент обучающихся:

- студенты 4-5 курса стоматологических и лечебных факультетов медицинских ВУЗов?
- ординаторы?

- врачи-гериатры;
- медицинские сёстры и сёстры с высшим образованием;
- специалисты паллиативной медицины.

Таким образом, **геронтостоматология** это один из важнейших междисциплинарных разделов медицины, гериатрии и общей стоматологии, изучающий механизмы старения жевательного аппарата человека, а также осуществляющий поиск решений в лечении стоматологических и сомато-ассоциированных заболеваний у лиц старших возрастных групп, что, безусловно, приводит к улучшению качества их жизни. И, таким образом, данный раздел медицины не может оставаться вне рамок учебно-методических комплексов в гериатрии.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И АТЕРОСКЛЕРОЗ: ДОКАЗАННЫЕ ФАКТЫ И ОТКРЫТЫЕ ВОПРОСЫ

Арьева Г.Т., Арьев А.Л.

*Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
кафедра гериатрии, протеевтики и управления в сестринской деятельности, СПб*

Проблема ассоциации воспалительных заболеваний тканей пародонта с атеросклерозом в научных кругах освящается уже более 30 лет. Тем не менее, ряд вопросов остаются открытыми. В частности, в каком возрастном диапазоне важна ассоциация воспалительного заболевания пародонта с атеросклерозом? Является ли эта ассоциация гериатрической проблемой? Опасны ли ежедневные гигиенические манипуляции и инвазивные терапевтические и хирургические методики лечения в полости рта?

Пародонтит представляет собой воспалительный процесс тканей пародонта, причиной которого является образование биоплёнки (зубного налёта), имеющей сложный полимикробный состав [Haffajee A.D., Socransky S.S., 2000]. Процесс разрушения зубодесневого соединения и образования патологического пародонтального кармана (одного из характерных признаков пародонтита) сопряжён со значительным экологическим сдвигом в составе биоплёнки и выраженным размножением патологических бактерий, в результате чего их концентрация в одиночно взятом патологическом кармане повышается до 10^9 – 10^{10} КОЕ/мл. При генерализованной форме пародонтита повреждённая/разрушенная эндотелиальная выстилка пародонтальных карманов представляет существенную площадь [Hujoel P.P., White B.A., Garcia R.I., Listgarten M.A., 2001] являясь входными воротами, через которые липополисахариды и другие антигенные структуры бактериального происхождения, включая фимбрии и везикулы, напрямую воздействуют на подлежащие ткани, вызывая развитие местной воспалительной реакции [Ebersole J.L., Taubman M.A., 2000], а также попадают в микрососудистое русло тканей пародонта и системный кровоток.

Пародонтиты – группа воспалительных заболеваний, при которых основными этиологическими агентами являются грамотрицательные микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности [Listgarten M.A., 1987]. Эти микроорганизмы, в особенности *Porphyromonas gingivalis* (*P. gingivalis*), производят эндотоксины в форме липополисахаридов (ЛПС), которые способствуют развитию деструктивных иммунных реакций в тканях пародонта [Cutler C.W., Kamlar J.R., Genco C.A., 1995]. Большое количество исследований указывает, что пародонтит может иметь серьёзное прямое воздействие на системное здоровье человека. Доказано, что у больных пародонтитом более высокий риск развития сердечно-сосудистой патологии по сравнению с пациентами, имеющими здоровый пародонт [Mattila K.J., Nieminen M.S., Valtonen V.V. et al., 1989].

Связь пародонтальной инфекции и системной патологии может объясняться следующим: пародонтальная инфекция вызывает бактериемию и эндотоксемию, что обуславливает развитие системного воспаления и иммунных реакций, которые и определяют системный генез заболевания. Пародон-

тальные инфекционные агенты экспрессируют специфические вирулентные факторы, которые могут способствовать атерогенезу. Кроме того, пародонтальные инфекционные агенты были выделены не только из тканей полости рта, но и из атероматозных бляшек [Paquette D.W., 2002].

Совокупные данные исследований последних 30 лет позволили подтвердить данное положение — наличие чёткой ассоциации пародонтальной инфекции и системного атерогенного процесса [Iacopino A.M., Cutler C.W., 2000].

Так в апреле 2012 г. Американская ассоциация кардиологов (*American Heart Association, AHA*) утвердила свою официальную позицию «Заболевания пародонта и атеросклероз сосудов: подтверждена ли независимая взаимосвязь доказательствами?» [Lockhart P.B., Bolger A.F., Papapanou P.N., et al., 2012], где был представлен всесторонний обзор имеющихся публикаций с целью систематизации данных, известных в настоящей области на сегодняшний день, а также определения, какие данные необходимо получить в последующих научных исследованиях. В последствии, на симпозиуме, проведённом совместно Европейской федерацией пародонтологов (*European Federation of Periodontology, EFP*) и Американской академией пародонтологов (*American Academy of Periodontology, AAP*), был представлен полный исчерпывающий обзор современной научной литературы, касающейся влияния пародонтита на развитие различных системных заболеваний, включая атеросклероз сосудов [Dietrich T., Sharma P., Walter C., Weston P., Beck J., 2013; D'Aiuto F., Orlandi M., Gunsolley J.C., 2013].

Таким образом, после обзора всего объёма доступных данных, АНА сделала заключение, что пародонтит связан с развитием атеросклероза сосудов независимо от наличия других факторов риска [Hansson G. K., 2005]. Иными словами, выявленная взаимосвязь пародонтита и атеросклероза сосудов объясняется не только общими факторами риска, но и тем, что сам по себе пародонтит повышает риск развития атеросклероза сосудов. Аналогичное заключение было вынесено чуть позже, на объединённом симпозиуме EFP/AAP, посвящённом связи между пародонтитом и развитием системных заболеваний, на котором повторно говорилось о статистически значимом более высоком риске возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у людей, страдающих пародонтитом [Tonetti M., VanDyke T., 2013].

Однако до настоящего времени неясно, какая существует причинно-следственная взаимосвязь пародонтита и нарушения метаболизма липидов. Вызывает ли пародонтит более высокие серологические уровни содержания липидов или более высокие серологические уровни содержания липидов являются предрасполагающими факторами для пародонтита. Этот вопрос сегодня широко обсуждается в научной литературе.

Не менее важным является вопрос - в какой возрастной группе наиболее очевидна ассоциация пародонтита и системной патологии. Так, по мнению Dietrich T. et al. (2013), роль пародонтита в развитии атеросклероза сосудов более выражена у людей среднего возраста, то есть младше 65 лет, что указывает на то, что у пожилых людей в дополнение появляются другие отягощающие факторы риска, и это затрудняет распознавание связи пародонтита и атеросклероза сосудов [Dietrich T., Sharma P., Walter C., Weston P., Beck J., 2013].

Актуальным является и положение о том, что при пародонтите такие же дневные манипуляции, как чистка зубов, жевание [Forner L., Larsen T., Kilian M., Holmstrup P., 2006; Crasta K., Daly C.G., Mitchell D. et al., 2009], а также инвазивные терапевтические и хирургические вмешательства в полости рта [Heimdahl A., Hall G., Hedberg M., Sandberg H., Soder P.O., Tuner K. et al., 1990; Lockhart P.B., Brennan M.T., Sasser H.C. et al., 2008] могут приводить к частой транзиторной бактериемии. Как следствие, гематогенная диссеминация бактерий приводит к обсеменению отдалённых органов и тканей, таких как клапаны сердца или суставы, вызывая хроническое системное воспаление, которое считается одним из важных патогенетических механизмов развития атеросклероза сосудов [Ross R., 1999; Hansson G.K., 2005]. Важно отметить, что медиаторы, вызывающие воспаление в тканях пародонта [Salvi G.E., Brown C.E., Fujihashi K., Kiyono H., Smith F.W., Beck J.D. et al., 1998], также могут разноситься по всему организму с током крови.

ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОЛИТА С УЧЁТОМ ВОЗРАСТА

Иорданишвили А.К. ¹, Лысков Н.В. ², Коровин Н.В. ²

¹Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,

²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В настоящее время инфекционно-воспалительные осложнения после операции удаления зуба в виде альвеолита встречаются часто и, при отсутствии проводимого лечения, очень мучительны для больных (М.М. Соловьев, 2009). Инфекционно-воспалительные осложнения после удаления зубов возникают, несмотря на применение современных анестетиков, инструментов и лекарственных средств для профилактики альвеолита (Т.Г. Робустова, 2011). По данным разных авторов, временная нетрудоспособность пациентов при осложнённом течении послеоперационного периода после экстракции зуба может достигать 3–5 суток (А.К. Иорданишвили и соавт., 2017). В современной специальной литературе приводятся сведения о сравнительной эффективности различных лекарственных средств для консервативного лечения альвеолита. В тоже время отсутствуют данные об эффективности хирургического метода лечения альвеолита – кюретаже лунки у взрослых людей разного возраста с учётом степени тяжести течения альвеолита.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку эффективности хирургического лечения альвеолита у взрослых людей с учётом возраста и степени тяжести течения альвеолита.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 148 (77 мужчин и 69 женщины) человек в возрасте от 20 до 85 лет у которых возник альвеолит после выполнения операции удаления. С учётом возраста пациенты были также распределены по группам исследования с учётом степени тяжести альвеолита (рис. 2), которую оценивали по методике А.К. Иорданишвили (2000).

В ходе клинического исследования были изучены особенности клинического течения после альвеолита после хирургического лечения (кюретаж) у 148 человек в возрасте от 20 до 85 лет, с учётом возраста пациента и степени тяжести альвеолита. Установлено, что после кюретажа лунки, независимо от возраста пациентов продолжительное время сохраняется болевой синдром, наибольшая продолжительность которого отмечена у лиц пожилого и старческого возраста (22 – 30 часов). У лиц старших возрастных групп более продолжительно происходило заполнение лунок грануляционной тканью, до 19 сут., чем у лиц молодого и среднего (9 – 15 сут.). Продолжительность болевого синдрома, количество их обращений к врачу-стоматологу и сроки нетрудоспособности зависели от тяжести альвеолита, что определяло особенности клинической картины заболевания во всех возрастных группах пациентов. Особенно тяжело протекали альвеолиты у лиц старших возрастных групп. Сделан вывод о необходимости проведения сравнительной оценки консервативного лечения альвеолита с применением различных лекарственных средств у людей пожилого и старческого возраста.

ОСОБЕННОСТИ МЕНЕДЖМЕНТА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ НА ПРИМЕРЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ «РЖЕВКА»

Кнодель Е.В., Петрова А.И.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра гериатрии, протезистики и управления в сестринской деятельности, СПб

Демографическая характеристика населения крупного города позволяет сделать вывод об актуальности развития системы медико-социальной помощи. Постарение населения, увеличение числа одиноких пожилых людей, изменение структуры заболеваемости населения пожилого и старческого возраста – эти особенности демографической ситуации требуют развития организаций различных форм собственности. Ориентированных на оказание помощи пожилым людям. Муниципальные центры и больницы ге-

ронтологического профиля ориентированы на решение проблем одиноких пациентов. В то же время существуют центры социального обслуживания, ориентированные на оказание медико-социальных услуг в рамках договорных отношений. Существует несколько организационных моделей оказания такой помощи. Целью настоящего исследования является изучение особенностей менеджмента медико-социальной службы на примере МУ ЦСО «Ржевка».

Центр имеет стационар на 20 коек, где временно проживают пожилые люди, ведущие малоподвижный образ жизни и нуждающиеся в постоянном наблюдении и уходе. Директором и заместителем директора Центра социального обслуживания являются лица с высшим сестринским образованием, функции дежурного администратора выполняют медицинские сестры со средним образованием.

Осмотр врача-геронтолога проводится ежемесячно, также на отделении круглосуточно дежурит ординатор. По истечении срока договора о временном пребывании родственники обучаются уходу за пациентами в домашних условиях. Пациенты стараются повторно обращаться в Центр, основными причинами возвращений являются семейные неурядицы, проблемы со здоровьем самих ухаживающих родственников или их высокая занятость, препятствующая обеспечению пожилому человеку комфортных условий дома. Доля лиц в возрасте от 80 до 90 лет среди пациентов центра максимальна (60,5%), преобладают женщины (89,4%), Чаще всего пациенты имеют I (57,9%) и II(9,2%) группы инвалидности, 13,2% являются инвалидами ВОВ. Многие пациенты занижают самооценку состояния своего здоровья, опасаясь отказа в госпитализации. Пребывание в центре избавляет пожилых людей от домашнего насилия, страха и неуверенности.

Однако стационарная помощь может быть оказана только небольшому числу пациентов. Профилактическая работа осуществляется также в рамках Школы по уходу за лежачими больным, ставящая целью обучения родственников уходу. Программа включает занятия по профилактике пролежней, бытового травматизма, осложнений основных заболеваний, ознакомление с современными средствами по уходу, адсорбирующим бельем, обучение основам ЛФК, контролю АД и ЧСС.

Таким образом, реализация различных программ медико-социальной помощи способствует повышению качества жизни пожилых людей.

СЕСТРИНСКАЯ МОДЕЛЬ МАК-ГИЛ (MCGILL) В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ

Королева Л.В., Петрова А.И., Петрова В.Б.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности, СПб

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – одна из серьезнейших медицинских и социальных проблем, обусловленная высоким уровнем смертности и инвалидизации населения. Полнота и скорость восстановления нарушенных функций зависит не только от качества лечения, но и от организации ухода за больным и вовлечения его в привычную повседневную жизнь.

Исследование проводилось на базе ГУЗ ГП №17 П/О № 18 на поликлиническом отделении восстановительной медицины. В основу исследования положена «Сестринская модель Мак-Гил (McGill)» или теория М. Аллен. Подразумевающая под собой не только традиционную роль медицинской сестры, но и более значимую роль - работа с пациентом и его окружением. Медицинская сестра определяет тип проблемы, проблемы семьи, планирует на основе сестринского диагноза, возможные и конечные результаты помощи, оценивает результат проделанной работы, обобщает работу, проделанную членами семьи.

Возраст пациентов, поступивших для непосредственной реабилитации на отделении колебался от 40 лет и старше; - преобладали мужчины 31 человек, 7 человек от 40-50 лет и 24 человека от 50 лет и старше; - из них женщин поступило –19, 2 женщины от 40-50 лет и 17 женщин от 50 лет и старше, эти

данные представлены на рисунке 7, возраст пациентов, нуждающихся в реабилитации на дому, колебался от 50 лет и старше, средний возраст составил 62 года, из них 12 мужчин и 8 женщин.

Проблема потери финансового и социального статуса в начале реабилитационного процесса присутствовала у 50 человек и в ходе реабилитационного процесса эта проблема по-прежнему беспокоила постинсультных пациентов, так как процесс реабилитации является длительным. Беспокойство за исход заболевания присутствовало у 50 человек, в процессе реабилитации беспокойство за исход заболевания сохранилось у 48 человек, то есть у двух пациентов появилась надежда на благополучный исход заболевания. Снизилось эмоциональное напряжение: так в начале реабилитационного процесса страх перед зависимостью от окружающих присутствовал у 50 человек, а в процессе реабилитации сохранился у 45 человек, то есть у 5 человек стало меньше проблем в быту, что говорит об эффективности сестринского ухода.

Оценивая результаты сестринского ухода в процессе реабилитации постинсультных пациентов, проведен опрос родственников по выявлению проблем при уходе за постинсультными пациентами на дому, который позволил сравнить проблемы до сестринского вмешательства и в процессе реабилитации. При беседе с родственниками выяснилось, что снижение мотивации к реабилитационным мероприятиям присутствовало у 35% опрошенных, а в процессе реабилитации снижение мотивации зафиксировано только у 25% опрошенных, что на 10% меньше, чем до сестринского ухода;

- анозогнозия (недооценка дефекта) присутствовала у - 10% опрошенных, в процессе сестринского вмешательства изменений не произошло. Сосредоточенная бдительность присутствовала у - 15% опрошенных, а в процессе реабилитационного вмешательства присутствовала только у - 5% опрошенных, что свидетельствует о доверии к проводимым реабилитационными мероприятиями и нормализации эмоционального состояния больных.

Таким образом, использование модели М. Аллен, в процессе реабилитации постинсультных больных в поликлинических условиях и на дому способствует восстановлению нарушенных функций и нормализации психоэмоционального состояния постинсультного пациента и его семьи. В целом можно констатировать достаточную эффективность предложенной модели сестринского ухода за постинсультными пациентами, как на дому, так и на отделении восстановительной медицины.

ПРИМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ С НАГРУЗКОЙ У ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА ЭТАПАХ ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Крюков А.С.¹, Кантемирова Р.К.^{1,2,3}, Суслев В.Г.¹, Щербина К.К.¹, Соболев С.Е.¹, Бурнос А.А.¹

¹ Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А.Альбрехта Минтруда России,

² Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова

³ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

После ампутации нижних конечностей очень важно, как можно раньше выполнить первичное протезирование пациентов, так как это помогает улучшить качество жизни и избежать формирования пороков культуры. Но очень часто у пациентов пожилого возраста протезирование противопоказано по тяжести состояния. В связи с этим у пациентов пожилого возраста страдающих сосудистой патологией актуальны оценка толерантности к физическим нагрузкам, уточнение резервных и адаптационных возможностей.

Цель исследования. Разработка оптимальной функциональной пробы, применяемой в ранний послеоперационный период у пациентов, подвергшихся ампутации на уровне голени и бедра по поводу заболевания сосудов для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, толерантности к физическим нагрузкам и резервных возможностей организма, а также для выбора адекватного двигательного режима и подбора модулей протеза нижних конечностей.

Актуальность. Известно, что основными причинами ампутации нижних конечностей являются облитерирующие заболевания сосудов и осложнения сахарного диабета в виде диабетической ангиопатии. Подавляющее число пациентов, подвергающихся ампутациям нижних конечностей, являются лицами пожилого и старческого возраста.

Уровень физической работоспособности инвалида имеет важное значение при подготовке к протезированию, а также во время освоения пользования протезом. Это связано с повышенными физическими нагрузками, испытываемыми при ходьбе на протезе. На основе анализа опыта, для оценки физического состояния организма человека, выбран метод оценки вариабельности сердечного ритма (ВСР), применяемый в кардиологии и спортивной медицине, так как данный метод считается оптимальной методикой определения показателей сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и эндокринной систем. Подбор оптимальных нагрузок при подготовке к протезированию с учетом фона вегетативной регуляции организма является еще одним интересным направлением использования данной методики в клинической практике.

Материалы и методы. В условиях клиники ФГБУ «ФНЦРИ им. Г.А Альбрехта» инвалидам с ампутационными дефектами нижних конечностей проведены исследования на приборе «ПОЛИСПЕКТР 8Е» (Нейрософ, Россия). При проведении нагрузочных проб оценивалось вегетативное обеспечение физической деятельности, что позволило оценивать гомеостатические и адаптационные возможности пациентов. Обследовано 54 пациента в возрасте от 55 до 90 лет, поступивших на первичное протезирование. Основное внимание обращалось на наличие сопутствующей патологии (перенесенный инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, диабетическая полинейропатия, перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения и т.д.) так как декомпенсация данных заболеваний при активной физической нагрузке может угрожать жизни пациента. Оценка показателей ВСР выполнялась у пациентов на этапе первичного протезирования. Исследования также выполнены как на этапах подготовки к первичному протезированию, так и на этапах пробной носки протезов и обучению ходьбе. Впоследствии разработан универсальный вариант нагрузочной пробы, который наиболее информативно давал оценку физического состояния пациентов как в покое, так и при нагрузке, учитывая, что у пациентов различный уровень ампутаций, а также двухсторонние ампутационные дефекты. Оптимальной для этих пациентов является ручная велоэргометрия. Все пробы проводились под контролем тонометрии, пульсомерии, мониторинга дыхания и ЭКГ. Выполнены исследования 54 пациентам пожилого и старческого возраста, перенесших ампутацию на уровне голени и бедра, а также парных ампутаций на различных уровнях, подвергшихся ампутации на фоне осложнений сосудистых заболеваний. У 7 пациентов выявлены стойкие гемодинамические нарушения, которые были в дальнейшем подтверждены дополнительными методами исследования. К сожалению, тяжесть сосудистой патологии не поддавалась коррекции, в связи с этим пациентам не удалось протезировать. У 35 пациентов выявлена ведущая патология, подобран курс консервативного лечения. Пациенты успешно были протезированы и обучены пользованию протезами и ходьбе. У 12 пациентов при проведении проб не было выявлено значительных гемодинамических нарушений, у данной группы процесс протезирования не вызывал затруднений. Возможность оценки ВСР в покое и при нагрузке помогла приступить к процессу протезирования практически после снятия швов, тем самым ускорить процесс протезирования на несколько месяцев, расширить двигательный режим.

Выводы. Метод оценки ВСР с применением мануальной велоэргометрии, наиболее целостно дает представление о физических и адаптационных возможностях пациента, сокращает сроки протезирования и снижает экономические затраты. Этот метод компактен, применяемое оборудование является мобильным, переносится в ручной клади, не требует специальной медикаментозной и инструментальной подготовки и может применяться в палатах хирургических отделений.

О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НИТРИТ-РЕДУКТАЗНОЙ СИСТЕМЫ МЛЕКОПИТАЮЩИХ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кулева Н.В.¹, Федоров Д.А.¹, Лавут Л.М.², Красовская И.Е.¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет, кафедра биохимии

²Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, СПб

Анализ научной литературы о влиянии старения на механизмы генерации окиси азота в кровеносных сосудах млекопитающих показал, что при старении под действием окислительного стресса и воспаления возникает дисфункция внутреннего слоя сосудов (эндотелия), приводящая к дефициту оксида азота в организме в связи с уменьшением активности эндотелиальной синтазы оксида азота.

Согласно исследованиям Нобелевских лауреатов по физиологии и медицине 1998 года Р. Фуршготта, Л. Игнарро и Ф. Мурада, оксид азота является ключевой молекулой здоровья сердечно-сосудистой системы. Генерация оксида азота влияет на долголетие. Старение - главный фактор риска для сердечно-сосудистых и нейродегенеративных заболеваний, таких как атеросклероз, гипертония, тромбоз сосудов, болезнь Альцгеймера. Одной из причин этих заболеваний являются патологические изменения в артериях, снабжающих кровью сердце и мозг. Уменьшение генерации оксида азота приводит к нарушению вазодилатации, регуляции тонуса микрососудов, адгезии лейкоцитов, агрегации тромбоцитов и проницаемости микрососудов. Поскольку в организме млекопитающих имеется нитрит-редуктазная система генерации оксида азота, независимая от NO-синтаз, то добавление с пищей дополнительных количеств нитрата может служить основой одного из подходов к восстановлению здоровья сосудов при старении -- использования пищевых нитратов и нитритов как дополнительного источника оксида азота и потенциала для предотвращения связанных со старением сердечно-сосудистых и нейродегенеративных заболеваний.

КАФЕДРА ГЕРИАТРИИ – НОВЫЙ ФОРМАТ ПРЕПОДАВАНИЯ

Лаптева Е.С.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности, Санкт-Петербург

В связи с реорганизацией кафедры «Геронтологии, гериатрии и сестринского дела» произошел не только ряд кадровых перестановок, но и изменилось видение и понимание стоящих перед преподавателями кафедры целей и задач. В первую очередь это касается направленности преподавания.

Новое название кафедры: **«Кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности».**

Выделены 4 основных направления учебной деятельности:

1 направление - ГЕРИАТРИЯ:

Наименования основных проводимых циклов:

1. Гериатрия. Профессиональная переподготовка (для терапевтов и врачей общей практики)
2. Гериатрия. Подготовка и прием экзамена на сертификат специалиста (для врачей гериатров)
3. Актуальные вопросы гериатрии в терапевтической практике ПК
4. Специалитет – 6 курс модуль Гериатрия (более 600 часов)

Кроме того, НМО (программы утверждены):

1. Актуальные вопросы кардиологии в гериатрической практике (модуль) (для врачей гериатров)
2. Актуальные вопросы профилактики преждевременного старения (модуль) (для врачей гериатров)
3. Актуальные вопросы гериатрии для врачей первичного звена (амбулаторно-поликлинических учреждений)

4. Паллиативная медицинская помощь (для врачей хосписов, центров и отделений паллиативной помощи).

Дополнительно планируется разработка циклов по:

- Реабилитации
- Урогинекологии
- Травматологии
- Геронтопсихиатрии
- Актуальные вопросы гериатрии для работников, имеющих высшее немедицинское образование (логопеды, медицинские психологи, инструкторы-методисты по лечебной физкультуре), в целях оценки и коррекции психоэмоционального состояния, нарушений коммуникативной сферы, ограничения физической активности, коррекции нарушений бытовых и профессиональных навыков (согласно приказу МЗРФ №38-н 29.01.16)

2 направление - УПРАВЛЕНИЕ В СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

НМО: Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации по темам:

1. «Этические и правовые аспекты профессиональной деятельности медицинских сестер»
2. «Актуальные вопросы инфекционной безопасности в работе медицинской сестры»
3. «Производственный контроль в деятельности руководителя сестринской службы» (модуль) для главных медицинских сестер с высшим образованием
4. «Паллиативная медицинская помощь» (для медицинских сестер хосписов, центров и отделений паллиативной помощи, отделений сестринского ухода)
5. «Управление и экономика здравоохранения» ПП (главные и старшие сестры)
6. «Современные аспекты управления, экономики здравоохранения ПК» (главные и старшие сестры)
7. «Управление сестринской деятельностью» ПК (главные сестры: высшее образование + специализация)
8. «Диетология» ПП и ПК для медицинских сестер диетологической службы
9. «Актуальные вопросы организации питания в МО» (для медицинских сестер диетических)

3 направление - ПРОПЕДЕВТИКА В СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Тематика:

1. «Младшая медицинская сестра (брат) по уходу за больными» – профессиональное обучение (432 учебных часа)
2. «Первичная медико-санитарная помощь пострадавшим на производстве» (72 учебных часа)
Программы по учебной практике:

1. Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности.
2. Производственная практика: Специалитет «Лечебное дело» (помощник младшей медицинской сестры -1, помощник палатной медицинской сестры-2, помощник процедурной медицинской сестры- 3).
3. Производственная практика: Специалитет «Медико-профилактическое дело» (помощник постовой и палатной медицинской сестры-2, помощник фельдшера скорой помощи -3).

Кроме того, планируется аттестационно - аккредитационная деятельность:

1. Аттестационная комиссия по допуску к медицинской деятельности на должности среднего медицинского персонала: специальность «Лечебное дело» и «Медико-профилактическое дело», «Стоматология»

2. Подготовка к аккредитации выпускников: лечебное дело, медико-профилактическое дело, сестринское дело (с 2018)

4 направление - БАКАЛАВРИАТ

Подготовлена Основная образовательная программа высшего образования.

Направление подготовки 34.03.01 Сестринское дело. Квалификация (степень) «бакалавр». Форма обучения очная.

Таким образом, четыре направления учебной деятельности будут охватывать следующий перечень обучаемых:

- Студенты
- Медицинские сестры всех уровней подготовки
- Главные и старшие медицинские сестры
- Врачи-гериатры
- Врачи терапевты и врачи общей врачебной практики
- Работники, имеющие высшее немедицинское образование (логопеды, медицинские психологи, инструкторы-методисты по лечебной физкультуре)

Таким образом, вновь создаваемая кафедра планирует не только заявить о себе, но и на деле доказать свою самобытность, востребованность и квалификационный статус.

Образовательная составляющая, безусловно, будет идти в параллель с проведением клинической работы на должном уровне и востребованной научной деятельностью.

Кафедра ставит перед собой амбициозные цели – добиться лидирующего положения среди кафедр Университета.

ПОМОЩЬ ПОМОГАЮЩИМ: ПРОБЛЕМЫ УХАЖИВАЮЩИХ ЗА БОЛЬНЫМИ

Лаптева Е.С., Решетова Т.В.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, кафедра гериатрии, протекции и управления в сестринской деятельности, Санкт-Петербург

Уход за собственными тяжелобольными родственниками – это не только трудная изматывающая жизненная ситуация, но и пролонгированное тихое напоминание о возможности собственной смерти. В отличие от внешнего плана (где материальные трудности), внутренний план - хотя субъективно тяжело переживается, но отнюдь не всегда осознается. Бывает, что миссия ухода за тяжелобольным родственником ложится на не очень подготовленных людей. Это может привести лиц из ближайшего окружения больного к настоящему эмоциональному выгоранию, со всеми вытекающими психосоматическими последствиями. Поэтому люди пытаются облегчить тяжесть ситуации (ее избеганием, делегированием полномочий медицинским и социальным организациям и т.п.).

Чем выше морально-этический уровень любого нравственно здорового человека, тем более актуальна для него проблема ухода за состарившимися родителями. В нашей стране традиционно было принято, что бабушки нянчили внуков, а потом выросшие дети помогали обеспечить своим пожилым родителям достойную старость. В нашей культуре для выросших детей жертвенность традиционно приравнивалась к святости, и поэтому многим свойственно брать на себя и свою неподготовленную семью всю тяжесть миссии ухода за больным или умирающим родственником. По статистике больше половины семей, осуществляющих миссию ухода за старым больным человеком, ...сердятся на него. У воспитанных нравственных людей это не проявляется явно, но как тяжело бывает любить человека, чей интеллект, чья личность распадаются на твоих глазах, и это осложняет жизнь всей семье. И такое долготерпение часто приводит к эмоциональному выгоранию: раздражительности, срывам, а потом и к психосоматическим бо-

лезням: артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, ожирению и т.п. Больше всего достается обычно дочери, по статистике именно дочка осуществляют уход за любым из своих родителей. И это настоящее эмоциональное выгорание, поэтому как стареющий родитель, так и те, которые ухаживают, нуждаются в психологической поддержке, а часто и в психофармакологической помощи.

Речь идет не о только о конкретных лекарствах, которые соответствуют диагнозам пациента, но и о препаратах ноотропного, нейроангиопротективного действия (на ранних стадиях когнитивного снижения), помогающих подопечному – сохранить здоровый ум и твердую память максимально долго, а ухаживающему – эффективно принимать решения, совершая свои незаметные подвиги без выгорания.

У ухаживающей дочки много проблем, но отчасти они разрешимы:

- Ярываюсь между своей семьей и больными родителями
- Я многого не знаю о болезнях моих родителей
- (А. Где получить информацию, кого позвать на помощь? – есть и государственные центры социального обеспечения, и гериатрический центр, и разнообразные волонтерские организации)
- Я была дочка, теперь я «мама». Надо контролировать ситуацию, пора взять власть в свои руки, а не слушаться родителей во всём, как в детстве.
- (Б. Необходимы собеседник, независимый медицинский эксперт, источник психологической помощи, группы поддержки для родственников)
- Брезгливость к старому телу (А)
- Непереносимость подробностей и тайн родительской биографии (Б)
- Постоянное ожидания смерти (Б)
- Ужас, это может случиться и со мной (Б).

Все проблемы надо, как минимум, обговорить; попытаться не спасать ситуацию в одиночку (это путь к эмоциональному выгоранию), а мобилизовать возможные ресурсы. Родственникам и ухаживающему за больным персоналу нельзя быть снисходительными: нельзя относиться к пациенту с когнитивным дефицитом, как к дурачку, но и нельзя делать пациента центром жизни семьи: это путь в созависимость. Особые рекомендации требуются даже для эффективного общения с подобным больным. Следует говорить короткими фразами с подлежащим и сказуемым. Речь должна быть четкая громкая, но без крика, при необходимости повторения фразы - без лишней эмоциональности. Невозможно «ускорить взаимопонимание», поэтому нельзя торопить, иначе будет сшибка.

Главное, с этим человеком всем ухаживающим придётся выстраивать НОВЫЕ взаимоотношения (с учётом его нынешнего когнитивного дефицита). Помимо необходимой поддержки, важным принципом этих взаимоотношений является автономия и самопомощь, пока это возможно.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИКИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Лаптева Е.С., Аристидова С.Н., Лавут Л.М.

*Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова,
кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности, Санкт-Петербург*

Паллиативная помощь – это система мероприятий, направленная на поддержание качества жизни пациентов с неизлечимыми, угрожающими жизни и тяжело протекающими заболеваниями на максимально возможном при данном состоянии пациента комфортном для человека уровне. Паллиатив – это средство, дающее лишь временное облегчение. Сам термин «паллиативная» происходит от латинского паллиум – покрывало, плащ (от фр. *palliatif* от лат. *pallium* — покрывало, плащ).

Паллиативная помощь часто требуется онкологическим больным. Уже с постановки диагноза больной проходит через пять психологических стадий: психологический шок от сообщенного диагноза,

особенно в запущенной стадии заболевания. Далее возникает отрицание, непринятие болезни, затем агрессия, как ответ на «несправедливость судьбы». Затем возникает депрессия, подавленное состояние, постепенно переходящее в принятие болезни. Наступает успокоение, согласие с «неизбежностью судьбы».

У большинства паллиативных больных при сообщении данных об их состоянии и перспективах лечения и прогноза выявляются признаки обсессивно – фобических и астенодепрессивных нарушений психики. Появляется эмоциональная лабильность, навязчивый страх смерти, уход в себя, тревожно- мнительные черты, ощущение обреченности, бесперспективности дальнейшей жизни, суицидальные мысли.

Факторы развития депрессии у паллиативных больных часто связаны не только с установлением диагноза, но и с недостаточной социальной поддержкой. Способствуют этому и функциональные ограничения, болевой синдром, часто нарушение питания, неврологические нарушения, резкое изменение жизненного статуса. Усугубить депрессию можете и семейная отягощенность подобной патологией.

Отношение к своему состоянию во многом зависит от типа личности пациента. Холерик эмоционально лабилен, легко переходит от энергичных действий к подавленному состоянию, не очень дисциплинирован, может быть агрессивен. В разговоре с ним медицинская сестра должна сохранять спокойствие, доброжелательность и постоянное желание помочь.

Характеристика пациентов по типу личности:

- Сангвиник - оптимист, понимает необходимость лечебных процедур и надеется на возможность благополучного исхода, несмотря на свое состояние.
- Флегматик - стеснителен, мало жалуется, не любит задавать вопросы, дисциплинирован, все процедуры принимает без возражений.
- Меланхолик – мнительный, психически лабилен, обладает поверхностными сведениями негативного характера, часто впадают в паническое состояние, следит за мимикой медицинской сестры и анализирует каждое ее слово.

Роль медсестры при общении с паллиативными больными многофункциональна. Прежде всего, следует расположить к себе пациента, снять его эмоциональное напряжение, успокоить, посочувствовать.

Сопереживание медсестры может ослабить страх перед медучреждением, например, если это хоспис. Обезопасить пациента от индуцированного страха, нагнетаемого другими пациентами, иногда излишне эмоциональными родственникам, а также помочь преодолеть страх смерти. Всячески помочь пациенту адаптироваться к своему состоянию. Важно, чтобы медицинская сестра не противоречила информации врача о состоянии больного.

Основным принципом этики в паллиативной медицине является - максимальная защита психики пациента и признание факта, что каждый паллиативный больной имеет право на лечение.

Таким образом, медицинская сестра паллиативной помощи должна не только иметь высокопрофессиональные навыки медицинской сестры, но и быть интеллигентной, эрудированной, контактной и обладать такими качествами, как сострадание, человеколюбие, уметь быть хорошим психологом, помогающим пациентам спокойно воспринимать их положение и близкую смерть.

ХАРАКТЕР БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОСОСУДИСТОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Петрова В.Б., Болдуева С.А.

Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова СПб

Введение. Долгое время считалось, что болевой синдром при микрососудистой стенокардии (МСС) имеет типичный стенокардитический характер. Цель исследования: оценить характер болевого синдрома у пациентов с МСС.

Материалы и методы. Критерии включения в группу с МСС (40 больных): боли в грудной клетке, положительный стресс-тест с физической нагрузкой, неизмененные коронарные артерии (КА) по данным коронарографии, наличие нарушения перфузии миокарда и снижение коронарного резерва по данным позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) миокарда в покое, при пробе с аденозином и холодовом тесте. ПЭТ Оценка характера болевого синдрома проводилась с помощью 10-бальной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), вербальной ранговой шкалы (ВРШ), анкеты «Индивидуальный профиль боли».

Результаты. Все 40 обследованных больных с МСС имели боли в грудной клетке (средний возраст $62,08 \pm 1,5$ года), из них 32 женщин и 8 мужчин. Однако наблюдалось выраженное своеобразие характера болевого синдрома. Так, классические по характеру ангинозные боли («давящие», «сжимающие», «жгучие») пациенты с МСС описывали только в 20,4% случаев; у 38,8% больных встречались атипичные характеристики ангинозных болей. В 40,8% случаев пациенты с МСС имели смешанный (сочетанный) характер ангинозного приступа, то есть наряду с типичным описанием стенокардитического болевого синдрома присутствовали атипичные характеристики ангинозных болей. Длительность болевого синдрома при МСС более чем у половины больных была продолжительней, чем при классической стенокардии и различалась в пределах этой группы: от 15-20 минут (36,7% пациентов), до 30 минут (18,4% больных). Условия купирования болевого приступа были различными. В 38,7 % случаев боли у пациентов купировались самостоятельно. Нитраты не всегда облегчали состояние, их эффективность отмечена лишь у 30,7% пациентов, в 69,3% случаев у больных с МСС отсутствовала четкая положительная реакция на прием короткодействующих нитропрепаратов. Однозначно определить ведущий фактор, провоцирующий ангинозные боли у пациентов с МСС не удалось. У большинства больных с МСС (49%) боли возникали как при физической нагрузке, так и в покое. В 16,3 % случаев у пациентов с МСС боли провоцировались только физической нагрузкой. Довольно часто, в 34,7 % случаев, боли в грудной клетке возникали при психоэмоциональном напряжении и в покое без какой-либо связи с физической нагрузкой. Интенсивность боли при обычных приступах у пациентов с МСС по данным ВАШ ($5,51 \pm 0,2$) в большинстве случаев имела умеренный характер и ни у одного из обследуемых не достигала максимально возможных значений. По данным ВРШ умеренные боли описали 60% больных с МСС, сильные – 34,3%.

Выводы. У большинства больных с МСС болевой синдром отличается вариабельностью и у половины не отвечает полностью критериям типичной стенокардии напряжения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЛЁГКОГО КОГНИТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Решетов М.В., Лаптева Е.С.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности, Санкт-Петербург

При легком когнитивном расстройстве страдает, как правило, одна когнитивная функция, и человек еще может успешно работать в привычных условиях труда. Когда ситуация ухудшается, когнитивные нарушения достигают уровня умеренного когнитивного расстройства, человек выполняет свои профессиональные обязанности на службе уже с трудом, но хорошо справляется сам дома. При прогрессировании когнитивного снижения до стадии легкой, мягкой деменции человек с трудом справляется с бытом в одиночку. Тяжелая деменция еще больше ухудшает прогноз: человек вообще не может жить один: это становится опасно для него и окружающих. В свете всего вышеизложенного, крайне актуально выстроить комплекс мер профилактики и лечению на максимально ранних стадиях когнитивного снижения. В большинстве случаев именно это определяет прогноз.

В самом начале легкого когнитивного расстройства первыми стойкими клиническими проявлениями начинающегося когнитивного снижения являются ухудшение памяти и замедление мыслительных процессов. Человек медленнее, чем прежде решает задачи, снижается темп эффективного мышления,

«многозадачность», способность к длительной концентрации внимания. Пациенты не успевают в прежнем темпе эффективно справляться с повседневной рабочей нагрузкой: у многих появляется ящик в столе или другая ёмкость для бумаг, с которыми "потом разберемся". Накопившиеся там документы потом иногда просто выбрасываются. На ранней стадии минимального когнитивного расстройства – предболезни по отношению к деменции; стадии, которую часто ни больной, ни окружающие не замечают, пациенты периодически жалуются на бессонницу, испытывают трудности в обиходе, связанные с потерей памяти, испытывать трудности в разговоре, забывая нужное слово, а родственники замечают некоторое снижение инициативности, настроения и быструю истощаемость психических процессов у пациента, частые жалобы на физическое бессилие. Эта общая потеря активности в большинстве случаев ошибочно связывается и больными, и ближайшим окружением, с «закономерными» возрастными изменениями. Дефекты памяти пациенты тоже считают «привычным неудобством». При психологическом обследовании могут быть единичные ошибки в тестах, но чаще часы больной рисует правильно, по MMSE 28-30 баллов. Однако, если дать нагрузку темпом, провести обследование на время, могут появиться ошибки, это диагностически важный признак. Адаптация на работе и дома, как правило, сохранена, однако в повседневном общении (особенно в ситуации экзамена или ответственности) тоже начинают появляться проблемы. Поиски нужного слова или забытого факта - явление, возможное в жизни любого человека, но тут эти ситуации становятся ежедневными. Теряется способность разговаривать в привычном формате. Пациент не может быстро выразить то, что хочет сказать, время теряется на поиск забытой информации. Нередко возникают трудности осознания того, что говорит собеседник: приходится напрягать свои усилия, чтобы понять то, что пациенту говорят другие (а понимание письменного текста получается лучше потому, что пациент сам может регулировать скорость его восприятия). Пациент подбирает слова родного языка так, как будто он иностранный, уходит автоматизм. Поэтому в разговорной речи таких пациентов начинают появляться паузы, слова-паразиты: ну, э, значит, как бы и т.д. Очень переживается больным неуверенность в своей голове, возникает страх, что другие это заметят, особенно на работе. Люди интеллектуальных профессий, которые привыкли рассчитывать на свои память и ум, особенно страдают из-за потери доверия к своему интеллектуальному аппарату. Они понимают, что это не деменция, а то, что И.П.Павлов метко назвал «прорешенной корой». Когда ясно, что это - не аудиопроблемы, не парциальная астения, следует подумать о когнитивной дисфункции. Если жалобы есть, а в тестах – ещё норма, надо помнить, что у когнитивных расстройств доклинический период может достигать пятнадцати лет, затем около пяти лет - время легких когнитивных дисфункций (память снижается, но интеллект и критика сохранены), и только затем - годы деменции. Чем раньше начата профилактика, тем лучше прогноз и для больного, и его семьи.

Mild cognitive impairment (MCI), прогрессируя, начинает выходить за пределы возрастной нормы. Начинается следующий промежуточный этап на клиническом континууме от нормального старения до деменции.

Появляются жалобы на снижение не только краткосрочной, но и уже долгосрочной памяти, объективно выявляемые нарушения памяти, хотя активность и состояние когнитивных функций достаточны для повседневной жизни и даже для работы. При этом клинически ещё нет деменции (нет таких ее критериев, как: грубые нарушения памяти, афазия, апраксия, агнозия; снижение функциональных способностей в быту и социальной жизни). Начинают страдать уже несколько когнитивных функций; присоединяются психоэмоциональные расстройства. Люди из ближайшего окружения больного отмечают: уходит деликатность поведения. Пациент делается более упрямым, грубым, ригидным, прямым в своих поступках и высказываниях, но это не решительность, а потеря тонкости, вежливости, заботы о чувствах близких, т.н. «эгоизм старости». Причем сам пациент, как правило, этого не замечает; поэтому при первых же признаках когнитивной дисфункции так необходимы свидетельства родственников. И врачу необходимо получить их в максимально объективном варианте. Пациенты жалуются на чрезмерно завышенные требования на работе и дома, а родственники отмечают пренебрежение к социальным контактам или домашним

обязанностям у своих родных. Бесмысленно сердиться на «испортившийся характер» члена семьи, когда речь идет о болезни, эта ситуация перестает быть только социальной, она переходит в медицинское поле.

Как правило, реализация процесса когнитивного снижения интенсивнее происходит при соответствующей генетической предрасположенности, при не контролируемой отягощающей соматической патологии (артериальная гипертензия, сахарный диабет, гипотиреоз, обструктивная болезнь легких, сифилис, васкулиты и т.п.) Вносят свою лепту в формирование расстройства и некоторые лекарства, которые надо особенно осторожно назначать пожилым пациентам, например: барбитураты (корвалол и его аналоги), Л-допа, бензодиазепины, антиконвульсанты, холинолитики, амитриптилин, адреноблокаторы. В последнее время участились случаи когнитивных расстройств у молодых пациентов. Они формируются, как правило, вследствие патологии в родах, неправильного поведения матери во время беременности: употребления алкоголя или самостоятельного приема лекарств (особенно седативных). К нарушению когнитивных функций в молодом возрасте проводят черепно-мозговые травмы, наркозы, профессиональные вредности, гипоксия, алкоголизация, курение, наркотики. Однако не следует забывать и о таких получивших распространение среди наших молодых современников, причинах, как низкая масса тела, авитаминозы (особенно витаминов группы В).

Клинически симптомокомплекс складывается как из повышенной утомляемость при выполнении умственной работы, снижение памяти, внимания или способности к обучению, уменьшение интереса к своим прежним увлечениям и из появляющихся новых признаков когнитивной дисфункции. Это обнищание речи (если человек был прост и примитивен) или красивая, но не продуктивная речь (пациент рассказывает что-то правильно построенными длинными предложениями, но их смысл уловить трудно). Торможение, неуверенность продолжают усугубляться. Плохое зрительное и моторное запоминание, нарушения обучаемости, распознавания образа, на практике осложняет жизнь пациента трудностями ориентировки в пространстве: это похоже на "синдром *jamais vu*", особенно в незнакомых местах или в сумерках. Пациент легко теряет вещи, оставляет их в непривычных местах (шарф в буфете). Он отстает от группы на экскурсии, у него искажается чувство времени: пациент опаздывает или приходит заранее, он хуже контролирует субъективное время. Появляются расстройства мелкой моторики рук, на практике пациент "забывает", как включить духовку или шить на швейной машинке. Это вспомнится, но потребует усилий. Из привычных функций мелкой моторики рук уходит автоматизм, автопилот. Легкая дезориентация эпизодически может появиться на фоне лихорадки, гипоксии или при повышении артериального давления; в остальное время критика сохранена, поведение адекватно. Характерный симптом этого периода: «не узнавание»: запахов, жажды, беспорядка - вследствие этого появляется очень важный диагностический признак: неряшливость. Она касается небрежности в быту, женщины перестают использовать привычную косметику, мужчина может носить одну рубашку всю неделю и т.п. Пациент не выглядит совсем опустившимся, как при деменции, но в его внешнем виде появляется небрежность, неаккуратность. Уменьшение чувства жажды может быть особенно опасным в жаркую погоду из-за риска тромбозов. Но социально-бытовая адаптация грубо еще не нарушена. Плохая обучаемость, снижение памяти - осознаются и вызывают тревогу. В качестве компенсации в повседневной жизни пациента появляются органайзеры, напоминания и еще один характерный симптом УКР: страх что-то забыть (хотя, не забывает). Снижение памяти на отношения проявляется в более отстраненном взгляде на окружающих: пациент узнает знакомого встречного, но относится к нему хотя и вежливо, но как к чужому.

На этой стадии когнитивного кончается интерес к чтению длинных книг, сначала трудно включиться в смысл, а потом удержать внимание. Короткие произведения читать легче. При прогрессировании состояния, читая, человек теряет строку текста. Кончается интерес к телевизору: путаются герои фильмов, сериалов. Радио слушать привычнее. Классический симптом этого времени: постоянное очень громкое радио дома. Появляется ригидность и в мышлении, и в поведении, сложно становится переключаться учащаются ошибки в финансовых делах. Почерк претерпевает качественный скачок изменений: стано-

вится не разборчивым. Пациент странно располагает текст при письме, дисграфия становится постоянной. В качестве компенсации неприятия нового - наблюдается усиление педантизма, консерватизм. Внешне благодушное, но на деле –отстраненное отношение к проблемам близких. Безынициативность, равнодушие. Окружающие, кстати, нередко переживают это легче, чем неделикатное поведение или эгоизм старости. В апогее - инкапсуляция (даже посреди большой семьи), самоизоляция как защита от чужого мира. Устранение от дел, отказ от поручений (очень важно не приходить на помощь, пока пациент может справиться с ситуацией сам!)

Какой диагноз ставится по МКБ10? Диагноз когнитивного расстройства F 06.7 может поставить любой врач, но страховая компания оплатит это только врачам-специалистам: неврологам, психиатрам, психотерапевтам. Поэтому в повседневной жизни, интернисты других специальностей чаще ставят в статистический диагноз I 67.8 - хроническую ишемию мозга, наиболее частую форму цереброваскулярных заболеваний. Это диагноз теперь употребляется вместо термина «дисциркуляторная энцефалопатия». Это прогрессирующее диффузное поражение головного мозга, обусловленное нарастающим ухудшением его кровоснабжения. Состояние гетерогенное, но чаще всего развивается вследствие артериальной гипертонии и атеросклероза.

I 67.2-церебральный атеросклероз.

I 67.8-хроническая ишемия мозга.

I 67.9-неуточненные цереброваскулярные болезни.

Если ничего из мероприятий по сохранению своего интеллектуального потенциала не делается, по мере прогрессирования когнитивного снижения развивается деменция. Помимо её общеизвестных критериев (выраженные нарушения памяти, а также еще нескольких других когнитивных функций, но на фоне сохранного сознания; эмоциональные, мотивационные и поведенческие нарушения - по сравнению с самим собой, длительностью не менее 6 месяцев), появляются нарушения критики к своему состоянию.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ И БОЛЬНОМУ С ПРЕДДЕМЕНТНЫМИ (РАННИМИ КОГНИТИВНЫМИ) РАССТРОЙСТВАМИ

Решетова Т.В.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, кафедра гериатрии, прופедевтики и управления в сестринской деятельности, Санкт-Петербург

Когнитивные дисфункции объединяют круг расстройств, характеризующихся временным или постоянным ухудшением познавательных функций: памяти, внимания, **восприятия, гнозиса; праксиса**, ориентировки и др. По мере прогрессирования патологического процесса появляются негативные изменения в способе обработки информации, это отражается на обучаемости различным знаниям и навыкам, **интеллекте, речи**. Выраженность когнитивных расстройств зависит от образа жизни, сопутствующих заболеваний, генетической предрасположенности. Эти когнитивные нарушения могут как сопровождать возрастные, атеросклеротические или дегенеративные изменения сосудов мозга, так и сопутствовать тревожным, депрессивным расстройствам. До наступления заболевания, о какой бы системе органов не шла речь, как правило, имеет место стадия предболезненных до-патологических изменений. При возрастной инволюции центральной нервной системы изменяются процессы восприятия нового, запоминания, психомоторики, снижается гибкость, уменьшается эффективность высших интегративных функций мозга - анализа и синтеза. Имеется множество факторов, влияющих на скорость когнитивного снижения: индивидуальные генетические особенности, социальные роли, тренированность интеллекта, волевые качества, здоровый образ жизни и многое другое. Обращает внимание, что все перечисленные " факторы наводки"

могут иметь место при отсутствии объективно выявляемых патологических изменений. Нормы половозрастного снижения психических функций отсутствуют, т.к. процессы старения гетерохронны даже у одного и того же человека.

Очень важно обратить внимание на разные механизмы формирования когнитивных нарушений. В одном случае когнитивная дисфункция может быть предшественником деменции, в другом - такой же симптомокомплекс когнитивных расстройств сопровождается нарушения психики тревожно-депрессивного круга; в третьем - может наблюдаться сочетание всех этих заболеваний. Понятно, что методы лечения и профилактики в данных ситуациях будут различны, разным будет и прогноз.

Образ жизни современного человека предполагает большой риск возникновения неприятного эмоционального состояния, связанного с ожиданием неблагоприятного развития событий, наличием дурных предчувствий и беспокойства, астенических, тревожных состояний, бессонницы. В условиях социального стресса, нестабильности, характерной для современного общества, такой дифференцированный подход к лечению и особенно, к профилактике когнитивных расстройств, является крайне актуальным в психогигиеническом смысле. Когнитивная дисфункция при депрессии или тревоге клинически проявляет себя тем, что все мысли человека – в "горячей точке", а остальная информация обслуживается по остаточному принципу.

Когнитивная дисфункция - не гипотетический феномен, он может быть подтвержден нейровизуализационными исследованиями изменений в ткани мозга. Именно поэтому целесообразно детально проследить этапы когнитивного снижения, разобраться: с чем бороться, что терпеть, и сформировать систему мер противодействия процессам, снижающим с годами интеллектуальный потенциал человека

Если подозреваются когнитивные нарушения, обязательным является общесоматическое исследование пациента. Начинать следует с обычного обследования участкового врача для верификации таких распространенных причин, которые опосредованно способствуют появлению когнитивных расстройств, как некоторые заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, печени, почек, гипотиреоза и диабета, анемии, привычных интоксикаций (алкоголь, курение); врач поможет пересмотреть список принимаемых лекарств, побочные эффекты которых могут способствовать когнитивной дисфункции: холинолитические препараты, адреноблокаторы, бензодиазепины, корвалол и т.п. Иногда вылеченная железодефицитная анемия, депрессия или патология других систем и органов (прежде всего – контроль артериального давления), приводят к снижению когнитивного дефицита, который был следствием другой болезни. Такой шанс всегда надо использовать.

К сожалению, в большинстве случаев успех дела определяет начало профилактических мероприятий и лечебных действий на максимально ранних стадиях процесса. Однако, в нашей стране нет стратегии старения. Ни социальный статус, ни финансовое благополучие не гарантируют отсутствие неприятных неожиданностей в старости. А значит надо быть готовым к ним, если жизнь преподнесет какой-то сюрприз. Русский тренд - вера в чудо. Но целесообразнее брать ответственность на себя: заботиться о себе и своих близких самостоятельно, осуществлять систематические программы профилактики. Сейчас для этого есть масса возможностей, было бы желание.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О САРКОПИИ КАК ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ

Сафонова Ю.А.^{1,2}, Глазунова Г.М.¹

¹Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова

²Клиническая ревматологическая больница № 25, Санкт-Петербург

Актуальность. Согласно международным консенсусам, саркопения - заболевание людей пожилого и старческого возраста, характеризующееся снижением аппендикулярной массы скелетных мышц в сочетании с плохой их функцией или низкой мышечной силой. Результаты мета-анализа показывают, что общая распространенность саркопении составляет 10% населения старше 65 лет. В неазиатских странах

встречается чаще, чем у азиатских. Анализ исследований обнаружил, что саркопения встречается с одинаковой частотой у людей в обоих полах. Учитывая, что саркопения развила важную проблему у пожилых людей во всем мире, мы предположили, что необходимо провести оценку распространенности саркопении в Санкт-Петербурге с целью определения дальнейших стратегий профилактики или лечения саркопении.

Цель исследования: оценить частоту саркопении у людей пожилого и старческого возраста и выявить факторы, снижающие мышечную массу и ее функции у людей старших возрастных групп.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование 230 пациентов на основе клинико-инструментального обследования, средний возраст 74,0±6,5 лет. Все пациенты были разделены на три возрастные группы: 65-74 года, 75-84 года и старше 85 лет. Саркопению оценивали в соответствии с критериями саркопении EWGSOP (2010) с определением мышечной массы, мышечной силы и ее функции. Мышечную массу определяли по индексу тощей массы (ALM) аппарате HOLOGIC Explorer QDR с определением количественного состава тела. Мышечную силу оценивали с помощью кистевого динамометра. Мышечную функцию изучали по результатам выполнения функциональных тестов: скорости походки, SPPB-теста.

Результаты. В ходе исследования выявлено что, 30% обследованных пациентов имели саркопению. Из них в возрасте до 75 лет 34,8% обследованных имели саркопению, в возрасте 75-84 года - 52,2%, в группе 85 лет и старше 13,0% ($\chi^2=9,71$; $p < 0,01$). У мужчин риск развития саркопении в 2,64 (95% ДИ: 1,68–4,15) раза выше, чем у женщин ($p < 0,0001$). Низкий индекс массы тела (ИМТ) был у 46,4% пациентов с саркопенией и у 11,8% пациентов без саркопении, ИМТ был в норме у 42,0% пациентов с саркопенией и 23,0% без саркопении, избыточную массу тела имели 10,1% с саркопенией и 31,1% без саркопении, ожирение разной степени - у 1,4% пациентов с саркопенией и 34,2% без саркопении. 89,9% пациентов с саркопенией имели случаи падений за последние 12 месяцев наблюдения и только 26,1% пациентов без саркопении падали, ($p < 0,0001$). Низкая скорость походки наблюдалась у 79,7 % пациентов с саркопенией и 75,8% пациентов без саркопении ($p > 0,05$). Средний балл SPPB тестов составил 6,9 ($\pm 3,1$) у пациентов с саркопенией и 7,9 ($\pm 2,6$) у пациентов без саркопении ($p < 0,05$). Низкая мышечная сила отмечена у 87,3% женщин и 83,3% мужчин с саркопенией и у 52,2% женщин без саркопении ($p < 0,001$).

Выводы:

1. 30% пациентов старше 65 лет имели саркопению. Распространенность саркопении возрастала с возрастом.
2. У пациентов с саркопенией статистически значимо ниже мышечная сила, и мышечная функция по результатам функциональных тестов по сравнению с пациентами без саркопении.
3. Факторами риска развития саркопении являются возраст, пол, низкий индекс массы тела, наличие падений за последние 12 месяцев наблюдений.

ПРОЛАКТИН И ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ: НЕКОТОРЫЕ ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Струков Е.Л.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, кафедра гериатрии, протеевтики и управления в сестринской деятельности, Санкт-Петербург

Пролактин - полипептидный гормон, секретируется передней долей гипофиза и существует в виде трех изоформ, основными широко известными эффектами гиперпролактинемии являются лактация и бесплодие. Секреция пролактина гипофизом находится под постоянным ингибирующим контролем дофамина, и в норме синдром гиперпролактинемии является редким. Рецепторы пролактина относятся к 1 классу циткиновых рецепторов, изоформа пролактина с массой 14 кДа - к новому классу вазоингибинов. Описано около 300 физиологических эффектов пролактина, из которых можно выделить лактационные, иммунологические, пролиферативные, репродуктивные, нефнотропные, осмотические. К настоящему времени описана эктопическая секреция пролактина многими тканями и клеточными линиями человека и

животных, особенно при злокачественной трансформации. Для биологического тестирования пролиферативной активности пролактина используется линия крысиной лимфомы Noble 2. Ныне достоверно доказано на популяционном уровне: гиперпролактинемия и эктопическая секреция пролактина является неблагоприятным фактором прогноза у больных раком молочной железы и простаты. Получены данные о гиперпролактинемии как неблагоприятном маркере течения у больных лейкозами, раком толстой кишки, яичников, тела и шейки матки. Эпидемиологически достоверная связь отмечена между нарастанием уровня пролактина крови и частотой заболеваний ИБС и гипертонической болезни, и хронической болезни почек, послеродовой кардиомиопатии. Имеются достоверные данные о гиперпролактинемии как неблагоприятном показателе прогноза при ряде ревматических болезней - СКВ и ревматоидном артрите.

Приведенные данные свидетельствуют о важности изучения патофизиологических особенностей феномена гиперпролактинемии и общем неблагоприятном прогностическом значении феномена гиперпролактинемии в гериатрии.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Фролова Е.В., Турушева А.В.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, СПб

Увеличение средней продолжительности жизни неизбежно ведет к увеличению доли пожилого населения, к ухудшению соотношения между численностью работающих и неработающих людей, росту расходов на пенсионное обеспечение, медицинское и социальное обслуживание пенсионеров. В связи с этим, не менее важным становится не только как долго проживёт человек, но и как долго он проживет без серьезных хронических заболеваний, способный к активному образу жизни и самообслуживанию. По мнению некоторых исследователей, профилактика в пожилом возрасте просто меняет причину смерти индивидуума, не продлевая жизнь. В связи с этим следует ответить на вопрос, какова цель профилактических мероприятий в пожилом и старческом возрасте. Исследований, на которые результаты которых можно опираться, создавая рекомендации по содержанию профилактических мер, очень мало, а по некоторым проблемам просто нет исследований, включавших хрупких пожилых.

Некоторые авторы демонстрируют, что связь между определенными факторами образа жизни и смертностью в пожилом возрасте иная, чем в среднем возрасте. В то же время есть свидетельства, что факторы образа жизни все-таки связаны с риском смерти и в пожилом возрасте. Однако принципы укрепления здоровья пожилых людей не могут быть просто перенесены из существующих клинических рекомендаций на популяцию пожилых. Пожилые люди, то есть люди старше 60 или 65 лет, гораздо чаще страдают от функциональных нарушений, сопутствующих заболеваний, последствий полипрагмазии. Поэтому укрепление здоровья и первичная профилактика у этой категории населения очень часто не выполняются, или недооцениваются. С другой стороны, иногда работники здравоохранения необоснованно используют методы и рекомендации, разработанные для лиц молодого или среднего возраста к хрупким пациентам, имеющим ограниченную продолжительность жизни, например, подопечным учреждений долговременного ухода и пребывания.

Несмотря на кажущуюся пользу первичной профилактики, проведение ее мероприятий у лиц пожилого и старческого возраста имеет целый ряд ограничений и препятствий.

Так называемое профилактическое консультирование требует от врача или медсестры специальных навыков, включая и навыки общения. Трудности в консультировании возникают при наличии даже минимальных когнитивных нарушений, нарушений слуха. Известно, что частота нарушений слуха в возрасте старше 65 лет составляет почти 60%, а частота когнитивных нарушений даже умеренной степени, затрудняющих понимание и усвоение информации, - около 45%. Не позволяют эффективно проконсультировать, а главное, вызвать доверие к информации и мотивировать на выполнение профилактических

мероприятий по образу жизни и такие черты характера и особенности личности пожилого человека, как упрямство, недоверчивость, нежелание менять привычные детали быта и поведения.

Отрицательное отношение к мероприятиям профилактики может возникнуть и по причине эйджизма. Как ни парадоксально, нередко самыми последовательными носителями эйджизма являются пожилые люди.

Признаны безусловно эффективными у пожилых людей следующие мероприятия первичной профилактики:

1. Преимущества прекращения курения очевидны, особенно в контексте профилактики ИБС и ее неблагоприятных исходов, а также предотвращения пожаров и несчастных случаев от возгорания в постели.
2. Снижение массы тела не будет влиять на повышение выживаемости, поэтому рекомендовать его для снижения риска неблагоприятных исходов нецелесообразно.
3. Советы по изменению питания с трудом воспринимаются пожилыми людьми. Наиболее целесообразными будут ограничение потребления соли в случае тяжелой сердечной недостаточности и увеличение потребления рыбы. Рекомендации по изменению питания должны даваться с учетом признаков микронутриентной или белково-энергетической недостаточности.
4. Физические упражнения и повышение физической активности признаны безусловно эффективной мерой профилактики не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и функционального снижения. Программы физических тренировок разрабатываются индивидуально, с учетом противопоказаний, риска падений, саркопении, наличия мышечно-костных и суставных проблем, и должны включать три типа упражнений: аэробные, силовые, тренировка баланса и равновесия. Приверженность к программам физических тренировок гораздо выше, если они групповые, это позволяет пожилым людям чаще общаться, избегать одиночества и социальной изоляции.
5. Безусловно эффективной признана во всем мире иммунопрофилактика, в частности, для пожилых людей рекомендованы вакцинация от пневмонии и гриппа.

Что же касается химиопрофилактики (прием статинов и ацетилсалициловой кислоты), то на этот счет не существует однозначных рекомендаций. В 2016 американская группа экспертов по созданию профилактических рекомендаций считала, что для применения статинов с целью первичной профилактики у лиц старше 75 лет нет доказательств, либо они некачественны и противоречивы (невозможно оценить баланс вреда и пользы). Профилактический прием ацетилсалициловой кислоты лицам старше 70 лет не рекомендуется, так как в настоящее время нет достаточного количества качественных данных для определения баланса риск/польза.

В целом большинство экспертов считает, что основой профилактики у пожилых людей должно стать предотвращение функционального ухудшения, поддержание оптимального функционирования так долго, как это возможно. Причем подходы к профилактике должны быть разными у разных категорий пожилых людей: хрупких, крепких и прехрупких.

РЕШЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СЛОЖНЫХ ВОПРОСОВ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПРАКТИКЕ

Хмелева Н.Н.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, кафедра гериатрии, пропедевтики и управления сестринской деятельностью, СПб

В связи с проведенными социологическими исследованиями, выявлена опасная тенденция к увеличению числа людей, лояльных к применению эвтанази, как к способу решения медицинской проблемы. Весьма показательным результатом исследования явилось то, что в возрастной группе от 21 года до 30 лет 49% врачей ответили на вопрос «Считаете ли Вы допустимой эвтаназию?» положительно.

В своей профессиональной деятельности врачи и медицинские сестры нередко сталкиваются с трудными вопросами, которые задают пациенты. Работая в паллиативной помощи, наиболее сложным

является вопрос о возможности скорейшего прекращения жизни. В такой ситуации специалисты в первую очередь должны подумать: почему пациенты просят прекратить их жизнь?

Пациенты просят о суициде по различным причинам. Каждый пациент с неизлечимой болезнью, хотя бы мимолетно, думает о суициде. Некоторые пациенты могут обращаться к врачу с такой просьбой, имея стремление «проговорить» теперешнее и будущее положение. Для некоторых просьба о суициде является признаком того, что не решаемые проблемы выросли до непереносимого уровня. Просьба о суициде должна подтолкнуть медиков выяснить причины этой просьбы. Каждый человек имеет свой уникальный набор причин, из-за которых он бы хотел ускорить свою смерть.

Физические страдания, включая боль, являются не такой частой мотивацией, как многие думают. В одном исследовании боль как единственная причина, была мотивацией в 3% процентах просьб, боль, как одна из нескольких причин - в 46%, и в оставшихся 51% просьб, боль вообще не указывалась как фактор.

Страх быть обузой, и потеря независимости гораздо чаще вызывают желание пациента ускорить смерть и больше тревожат его, чем физические страдания.

С профессиональной точки зрения наиболее эффективно решить эту проблему поможет рассмотрение психосоциальных аспектов и отношений в семье.

Поскольку большинство медиков, могут получить просьбу об ускорении смерти, каждый должен знать, как обращаться с такими трудными вопросами наиболее адекватным способом, который отвечает нуждам пациента и предлагает наилучший вид помощи, которая соответствует этическим и законным нормам. Каждая просьба о суициде должна быть воспринята очень серьезно. Реакция на эту просьбу должна быть незамедлительна и носить предметный характер.

Заключение Большинство медиков затрудняются поднимать столь сложные темы для обсуждения с пациентом, чаще всего из-за недостаточной профессиональной подготовки. Современного человека невозможно выделить из его окружения-семьи, социального окружения, общества. Такие психологические факторы, как страх, тревога, депрессия безусловно усугубляют страдание на фоне болезни. Понимание проблем пациента и способов оказания ему помощи складывается с одной стороны из сострадания и сочувствия, с другой из наличия профессиональных знаний и работы междисциплинарной команды.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ДЛЯ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОГО ИСХОДНОГО РЕЖИМА ДОЗИРОВАНИЯ БИСОПРОЛОЛА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Шумков В.А., Загородникова К.А., Болдуева С.А.

Северо-западный Государственный Медицинский Университет имени И.И. Мечникова, СПб

Введение: бисопролол является современным представителем бета-адреноблокаторов, обладающий высокой селективностью к бета-1-адренорецепторам сердца. Бисопролол, доказав свою эффективность в лечении артериальной гипертензии и всех форм ишемической болезни сердца, по статистическим данным является самым часто назначаемым бета-адреноблокатором в кардиологической практике на сегодняшний день. Известно, что раннее назначение бета-адреноблокаторов сопряжено с улучшением прогноза кардиологических больных в отношении профилактики крупных сердечно-сосудистых событий, таких как инфаркт миокарда, инсульт, внезапная сердечная смерть. Для наилучшего терапевтического эффекта любого лекарственного средства важно, как можно быстрее достичь эффективной терапевтической дозы. Бисопролол является липофильным бета-адреноблокатором и его метаболизация происходит в печени под действием изоферментов CYP3A4 и CYP3A5. По данным литературы известно, что CYP3A5 обладает сходной субстратной специфичностью с CYP3A4, и характеризуется генетическим полиморфизмом. Наиболее распространенными являются аллельные варианты *1 и *3. Исследований, посвященных изучению их роли в прогнозировании эффективности бисопролола по настоящий момент, не проводилось.

Цель: изучить роль генетического полиморфизма rs776746 в гене CYP3A5 в клинической эффективности бисопролола у пациентов, перенесших острый коронарный синдром.

Материалы и методы: В исследование включали пациентов с острым коронарным синдромом, которым по клиническим показаниям был назначен бисопролол. Также критериями включения являлись: подписанное добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Всем пациентам, включенным в исследование, проводили молекулярно-генетическое тестирование. Для выполнения генетического анализа отбирали 5 мл крови в пробирки с ЭДТА, хранили при -20 С. Выделение ДНК проводили комплектами производства НПФ "ДНК-технология" проба рапид генетика. Выявление полиморфных вариантов Т (CYP3A5*1) и С (CYP3A5*3) в локусе rs776746 гена CYP3A5 проводили методом ПЦР в реальном времени на анализаторе ДТ-Лайт (НПФ "ДНК-технология"), производитель наборов - компания "Синтол".

Результаты: Всего в исследование включено 102 пациента, 62 мужчин и 40 женщин. Средний возраст пациентов – 63,52 года. Частота аллелей составила: 0,073 для CYP3A5*1 и 0,926 для CYP3A5*3, что соответствует его распространенности в европейской популяции. Распределение генотипов соответствовало закону Харди-Вайнберга. Из анализа исключили 5 пациентов с фибрилляцией предсердий. К моменту проведения монитора ЭКГ как у носителей аллеля *1, так и у пациентов с генотипом *3*3 достигались одинаковые значения средней ЧСС (68 уд/мин), и максимальной ЧСС при нагрузке (116 и 114 уд/мин), что говорит о равной степени эффективности бета-блокаторов к этому моменту. Однако, для достижения этого эффекта пациентам двух групп потребовались разные дозы бисопролола. Так, у носителей как минимум одного аллеля CYP3A5*1 (n=13), сопряженного с повышенной скоростью метаболизма, доза бисопролола на 7-10 сутки ОКС была достоверно выше, и составила 5,62 мг, а у носителей варианта CYP3A5*3*3 – 4,51 мг (p <0,05 однонаправленный непараметрический тест Mann-Whitney); при анализе дозы в мг/кг, различия оказались еще более выраженными – 0,15 и 0,07 соответственно (p <0,01).

Выводы: результаты свидетельствуют о том, что носители минорного аллеля *1 в гене CYP3A5 нуждаются в достоверно более высоких дозах бисопролола для достижения клинического эффекта, что делает этот генетический полиморфизм полезным фактором для выбора оптимального исходного режима дозирования бисопролола у пациентов, перенесших ОКС.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2017, № 3 (14)

Подписано в печать 12.12.2017. Формат 60 x 84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 500 экз. Заказ № 6245

E-mail: mediteka21@mediteka.ru

Отпечатано с готового оригинал-макета
ТИПОГРАФИЯ ООО «ГАЛАНИКА»
г. Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 15
Тел.: (812) 670-56-88, galanika@list.ru, www.galanika.com