

2019, № 19

## СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

**Лаптева Е.С.**, к.м.н., зав.кафедрой гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

**Подопригора Г.М.**, к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

**Цуцунава М.Р.**, BSc, MS, ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова», выпускающий редактор

**Аристидова С.Н.**, зав.уч.ч.кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

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

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

Спонсор выпуска –  
ПРОО МР СПб

С 2017 года ЖУРНАЛ ИНДЕКСИРУЕТСЯ В РИНЦе (Российский Индекс Научного Цитирования – Science Index)

Журнал выходит с 2013 г.

Адрес редакции:  
Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47  
Кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности

По вопросам подписки на электронную версию обращаться по адресу:

[mediteka21@mediteka.ru](mailto:mediteka21@mediteka.ru)

Оригинал-макет –  
Цуцунава М.Р.

ISSN 2413-6271  
2019, № 19

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

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ОТ РЕДАКЦИИ</b> .....	3
<b>КОНФЕРЕНЦИИ, СИМПОЗИУМЫ</b> .....	6
<b>ЛЕКЦИЯ</b>	
<i>Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р., Сергеева П.А.</i> Послеоперационный делирий.....	12
<b>НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	
<i>Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р., Сергеева П.А.</i> Послеоперационный делирий. Сестринский аспект.....	10
<i>Цуцунава М.Р., Тассо Э.</i> Отношение медицинских работников к феномену смерти.....	20
<b>МЕТОДОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ</b>	
<i>Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р.</i> Воспитание нравственности: есть ли методика?.....	28
<b>НАУЧНО-ОБОСНОВАННАЯ ПРАКТИКА</b>	
<i>Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М.</i> Нужна ли научная основа для сестринского ухода за ротовой полостью?.....	21
<b>ИЗ АРХИВА</b>	
(к 60-летию первого полного перевода труда А.Цельса на русский язык) .....	34

## *Уважаемые коллеги!*

11-12 мая произошло событие, которое, увы, осталось незамеченным сестринской общественностью... Нет, речь идет не о Международном Дне медицинской сестры. Дело в том, что именно в эти дни в этом году мы должны были отмечать 80-летний юбилей 1 Общегородской конференции медицинских сестер больниц и институтов Ленинграда. Разве это не событие???

Снова приходится констатировать факт: мы можем знать «чью-то» историю, но не знаем своей. Отчасти это можно объяснить отсутствием истории развития профессии в советский период. В начале 90-х годов появился интерес к работе и жизнедеятельности сестер милосердия, очевидно потому, что очередной кризис деонтологической модели диктовал необходимость ставить вопрос о возрождении милосердия... Однако, что касается советского периода, специалистов он интересовал только в плане эволюции образования.

В медицинской библиотеке на Итальянской, 25 есть уникальное издание, которое так и называется: «Труды 1 Общегородской конференции медицинских сестер больниц и институтов Ленинграда». Сегодня, когда в профессии накопился целый ряд проблем, главной из которых остается непопулярность профессии среди молодежи, изучение этих Трудов помогло бы разобраться в истинных причинах этой непопулярности.

В предисловии к Трудам зав.Ленгорздравотделом, депутат Верховного Совета РСФСР доц. Л.А.Эмдин сразу же подчеркнул значимость развития сестринского дела и выделил основные аргументы в пользу проведения сестринской конференции с этой целью: конференции - это возможность сообщить о своих достижениях, о своих методах работы, о своем подходе к больному, это также возможность узнать медсестер лучше:

«...Медицинская сестра, выполняющая большую и ответственную работу по обслуживанию больных, крайне редко с трибуны или в печати сообщала о своих достижениях, о своих методах работы, о своем подходе к больному. Проведенная Ленинградским Горздравотделом 1 общегородская конференция больничных медсестер показала, как мало мы знаем наших сестер и какими замечательными кадрами медсестер мы располагаем.

Конференция медсестер является началом большой работы по организации труда медсестры и по повышению ее квалификации. В основном она будет способствовать улучшению качества медицинского обслуживания. Заслушанные на конференции доклады медсестер представляют не только практический, но и большой научный интерес».

Здесь же была подчеркнута и важность проведения в жизнь предложений, поступающих от медицинских сестер, и обозначена роль Горздравотдела в этом вопросе:

«...Мы, руководители Горздравотдела, Райздравов, зав.отделениями и главные врачи, эту работу по внедрению опыта лучших сестер также должны проводить повседневно. У нас имеется ряд Советов: Научные советы при НКЗ, при ГЗО, наше больничное управление имеет прекрасный актив и т.д. Мы считаем, что при Горздравотделе необходимо организовать Совет медсестер, который своим опытом будет помогать нам в работе.

Мы должны сделать все, чтобы решения, вынесенные на больничных, районных и городской конференциях, не оставались на бумаге. Вы имеет право, товарищи, предъявлять к нам требование, чтобы мы установили самый жесткий контроль за проведением этих предложений в жизнь».

**Если сестра – первый помощник врача...**

Сегодня, как и 80 лет тому назад, медсестер называют помощницами врача. Правда, в 90-е слово «помощница» трансформировалось в оскорбительное «девочка на побегушках» ... Не пора ли вспомнить, какой смысл изначально вкладывался в это понятие некогда?

«...Если сестра – первый помощник врача, то, придя в палату, врач должен поделиться с сестрой своими предположениями относительно диагноза и состояния больного, он должен фиксировать ее внимание на вопросах ухода, питания, тех или иных врачебных назначений. Разве у нас так делается? Как узнает сестра о диагнозе или состоянии больного? Берет папку и читает сухой диагноз: крупозное воспаление... такие-то отхаркивающие, камфора... и начинает механически выполнять назначения врача.

Разве при таком положении сестра является действительным помощником врача? Нет, она раздает микстуру и порошки и этим ее роль ограничивается, а между тем она должна знать своего больного, представлять себе не только течение заболевания, но и возможные осложнения.

У нас дело обстоит так, что больной фактически остается на руках сестры, врач его видит только 15 минут, а остальное время с больным остается сестра. Она является его другом, его целителем. Она знает его тревоги, его настроение. Она бежит в кухню, чтобы принести ему что-либо повкуснее, потому что то, что ему дали, он не ест. Она служит посредником между внешним миром и больным, держит связь с его родственниками.

Тот факт, что сестра остается с больным одна, - недопустим. Разрыв между сестрой и врачом мы должны изжить.

Мы очень много говорили о том, что врач должен вместе с сестрой делать обход больных. Разве врач уронит свое достоинство, если он посмотрит, как умыли больных, как приготовили постель, какое у того или иного больного настроение? В массе у нас нет еще органической связи между сестрой и врачом. Мы не имеем еще такого положения, чтобы зав.отделением смотрел на старшую сестру как на своего ближайшего и первого помощника. У нас нет еще обычая, чтобы врач вместе с сестрой регулярно обошел отделение, посмотрел, чем кормят его больных. Наша ближайшая задача – такой разрыв в работе врача и медсестры изжить».

### **Об издержках «суточной» работы**

Последние лет пятнадцать обсуждается необходимость пересмотра рабочих нормативов, однако никто никогда не поднимал вопрос относительно сестринских дежурств по 12 или по 24 часа и их соответствия, пожалуй, основному критерию качества медицинской помощи, - безопасности. Похоже, что последний раз этот вопрос поднимался именно в 39 году.

«... Во-первых, считаете ли вы нормальным положение, что сестра не бывает в больнице ежедневно? Сестра дежурит по 12 часов или по 24 часа, приходит через день-через два, потом начинаются смены и т.д. При такой системе, естественно, теряется органическая связь сестры с лечебным учреждением, что является совершенно недопустимым в нашем деле. Тут наша вина. Мы плохо организовали этот участок работы, поэтому я считаю, что ближайшей нашей задачей будет организация нашей больничной работы таким образом, чтобы сестра работала ежедневно в течение 1-3 месяцев с врачом, с тем, чтобы ее сменила другая сестра на такой же период и т.д.»

### **До боли знакомое...**

Вопрос о правилах раздачи лекарств поднимался уже тогда, в 39 году. Однако пикантность ситуации заключается в том, что с тех пор едва ли что-то изменилось...

«...Особенно интересовал сестер вопрос о даче больным лекарств. Большинство выступавших сестер подчеркивало обязанность медсестер следить, чтобы больной принял лекарство в ее присутствии. Сестры настаивали на индивидуальной передаче больного при сдаче дежурства, на передаче больного «индивидуально у кровати».

«...Сестры достаточно критически высказывались по поводу нечеткой записи врачами назначений. Говорилось о том, что врачи не повторяют перечня всех назначений, получаемых больным, в начале нового листа истории болезни на четной странице».

### **На что имеют право медсестры**

В 2005 году в целях поощрения работников системы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а также других граждан, принимающих активное участие в развитии этой системы, были учреждены Ведомственные награды, среди которых знак отличия "Милосердие"; нагрудный знак "Отличник здравоохранения"; нагрудный знак "Отличник социально-трудовой сферы"; Почетная грамота. (Приказ Минздрава и соцразвития РФ от 10 июня 2005г. № 400). На эти награды может претендовать не только медицинская сестра, например, Знаком отличия "Милосердие" предусмотрено награждение граждан за благотворительную и спонсорскую деятельность в социальной сфере, сфере охраны здоровья и проявленное милосердие. Кроме того, Знаком могут награждаться не только граждане Российской Федерации, но и иностранные граждане, лица без гражданства, юридические лица. В 39 году прозвучало другое предложение, касающееся конкретно награждения медицинских сестер (следует отметить, что данное предложение поступило от зав.Ленгорздравотделом, депутата Верховного Совета РСФСР доц. Л.А.Эмдина:

«... Последний вопрос, который я хотел выставить, заключается в следующем. Мы имеем учительницу и заслуженную учительницу, имеем врача и имеем врача со степенью кандидата медицинских наук, доктора медицины и т.д. Должно быть установлено звание заслуженной сестры. Мы считаем, что на это имеют право многие наши сестры».

### **Отзывы врачей о докладах**

Конференция проходила неполных два дня. В общей сложности на ней было заслушано 29 докладов, подготовленных медсестрами. В Трудах опубликованы не только сами доклады, но и отзывы участников конференции о качестве представленных сообщений.

«...Доклад сестры Прусовой (больница им. Нечаева). По мнению проф. Буша, этот доклад является научным трудом и должен стать достоянием всех медицинских сестер.

Доклад медсестры Андриенко: «...это такой специалист по переливанию крови, у которой я готов учиться», - сказал заслуженный деятель науки проф. Джанелидзе.

Доклад старшей медсестры хирургического отделения больницы им. Эрисмана Бедкер: эта сестра обладает высокой медицинской культурой, большими организаторскими способностями. Кроме того, она все время повышает свою квалификацию. Она предана своему отделению, она любит больных, лично их всех знает. Она говорит так: «Эти больные мои так же, как и проф. Джанелидзе».

Что хотелось бы сказать в заключении? У нас есть, что наследовать, проблема в том, что мы не извлекаем уроков из истории. А чтобы извлекать эти уроки, историю надо знать. И не только Древней Руси...

От редакции,

*Цуцумава М.Р.*

## КОНФЕРЕНЦИИ, СИМПОЗИУМЫ

Ассоциация организаций  
осуществляющих содействие  
деятельности специалистов с высшим  
сестринским, средним медицинским  
и фармацевтическим образованием



**25 апреля 2019 года в г. Екатеринбург прошел симпозиум «Роль специалистов со средним медицинским образованием в организации, обеспечении и осуществлении мероприятий, направленных**

**на профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи».**

Симпозиум был организован Союзом медицинских профессиональных организаций в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, – междисциплинарный подход к профилактике» (далее – конференция). В работе симпозиума приняли участие 190 делегатов из Санкт-Петербурга, Горно-Алтайска, Уфы, Перми, Челябинска, Оренбурга, Читы, Соль-Илецка, Казани, Омска, Тюмени и Свердловской области. Это – главные внештатные специалисты по управлению сестринской деятельностью субъектов Российской Федерации, ведущие специалисты в области медицинского профессионального образования, организаторы сестринского дела медицинских организаций, ведущие специалисты практического здравоохранения по специальности «Эпидемиология».

От Санкт-Петербурга с докладом «Роль среднего медицинского персонала в обеспечении инфекционной безопасности» выступила главная медицинская сестра ГБУЗ «Городская поликлиника № 17» Н.М. Королькова. Наталия Михайловна рассказала, что в вопросах профилактики ИСМП медицинской сестре отводится роль организатора, ответственного исполнителя, а также контролера. Ежедневное, тщательное и неукоснительное выполнение требований санитарно-гигиенического и противозидемического режимов в ходе выполнения своих профессиональных обязанностей составляет основу перечня мероприятий по профилактике ИСМП.



**Королькова Н.М.**  
главная медсестра ГБУЗ  
«Городская поликлиника  
№ 17» г. Санкт-Петербург

Докладчик говорила о Постановлении Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010г. № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Докладчик отметила, что на рабочих местах должно быть наличие утвержденных алгоритмов стандартных операционных процедур (СОПов) – документально оформленных инструкций по выполнению рабочих процедур. Медицинский персонал должен быть специально обучен, а знания и умения медицинского персонала необходимо контролировать.

Докладчик сделала акцент на соблюдении медицинским персоналом технологий и алгоритмов при инвазивных вмешательствах, использовании средств индивидуальной защиты и применении безопасных медицинских изделий. Докладчик проинформировала об общих требованиях безопасности при работе с медицинскими отходами: к

работе с медицинскими отходами не допускаются лица моложе 18 лет, а также лица не прошедшие предварительные (при приеме на работу) и периодические медицинские осмотры; персонал должен быть привит в соответствии с национальным и региональным календарем прививок (персонал не привитый от гепатита В, не допускается к работам по обращению с медицинскими отходами); ежегодно сотрудники должны проходить инструктаж по правилам безопасности обращения с медицинскими отходами; персонал должен работать в спецодежде и сменной обуви; стирка должна осуществляться централизованно; запрещается стирка спецодежды на дому.

Проведение научно-практических сестринских конференций и симпозиумов способствует повышению профессионализма, позволяет специалистам осознавать свою значимость в профессии, делиться опытом и обучаться. Все участники симпозиума получили соответствующие сертификаты.



## **МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ КОНГРЕСС «МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИКА XXI ВЕКА. ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ – 2019»**

18-19 апреля 2019 года ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России совместно с Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Региональной общественной организацией «Врачи Санкт-Петербурга», Профессиональной Региональной Общественной организацией «Медицинских Работников Санкт-Петербурга» и ведущими медицинскими учреждениями Санкт-Петербурга провел международный научный конгресс «Многопрофильная клиника XXI века. Инновации в медицине – 2019». Конгресс был посвящен широкому спектру научно-практических проблем современного здравоохранения, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, инновациям в практическом здравоохранении. В его работе планируется участие более 1000 специалистов из ведущих отечественных и зарубежных медицинских учреждений.

В рамках Конгресса проведены секции для среднего медицинского персонала: «Профилактика инфекционных осложнений в лечебно-диагностических подразделениях»; «От заявки до результата лабораторных исследований: роль и место специалистов со средним медицинским образованием». Полная информация о конгрессе размещена на официальном сайте Центра ([www.nrcerm.ru](http://www.nrcerm.ru), в разделе «Научные конференции») и по адресу: <http://medicine-prof.com/ru/vcerm-21vek-2019>.

## **НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКИЙ СЕМИНАР, ПОСВЯЩЕН – НЫЙ МЕЖДУНАРОДНОМУ ДНЮ АКУШЕРКИ «ВАЖНЫЕ 15 МИНУТ В**

## АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ»

Семинар открыла Марина Сабировна Зайнулина, профессор, д.м.н., главный врач СПб ГБУЗ «Родильный дом №6 им. проф. В.Ф. Снегирева». Марина Сабировна тепло поздравила собравшихся с профессиональным праздником, отметила их вклад в процесс оказания акушерской помощи и пожелала дальнейших успехов. С приветственным словом выступила Президент ПРОО «МРСР», к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава РФ Подопригора Г.М. Галина Михайловна отметила роль сестринского персонала вообще и роль акушерки в частности в оказании качественной медицинской помощи.

Содержательные доклады во второй части дополняли один другой и затрагивали актуальные

вопросы «15 важных минут» обслуживания беременных, рожениц и родильниц последовательно в ж/к, приемном покое, дородовом отделении, в родах и послеродовом периоде:

Реализация проекта «Бережливая поликлиника». В чем суть» (Кобчикова А. В., заведующая женской консультацией СПб ГБУЗ «Родильный дом №6»); «Первые 15 минут пациентки в приемном покое. Как это может отразиться на всем процессе родов» (Яковлева Наталья Алексеевна, акушерка родильного отделения СПб ГБУЗ «Родильный дом №1»); «Важные «рабочие минуты» в практике акушерки дородового отделения» (Приц Е. П., старшая акушерка отделения патологии беременных ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О.Отта»);

«Только ли PV? Альтернативные способы определения раскрытия ш/м в родах» (Корнеева Я. В., акушерка родильного отделения СПб ГБУЗ «Родильный дом №6»);

«Как изменение позы в родах может повлиять на акушерскую ситуацию» (Николаева Н.Г., акушерка отделения «Радуга» СПб ГБУЗ «Родильный дом №6»);

«Вертикальные роды – мода или необходимость?» (Калинина А. А. акушерка родильного отделения СПб ГБУЗ «Родильный дом №18»);

«Прием родильницы в послеродовое отделение. Определение тактики и стандарты ведения» (Сергеева Т. С., старшая акушерка ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О.Отта»).

В заключение было произведено награждение акушерок и медсестер, особенно активно работавших в последний год. Были вручены чудесные цветы, почетные грамоты, благодарности.

Зам. главного врача Великанова Н. Н. призвала собравшихся принять участие в акции, проводимой секцией «Детство и Неонатология» - «Сундучок храбрости» для онкологических больных детей.





## «МЕЧНИКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ – 2019»

25 апреля ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова» Минздрава России провел ежегодную научно-



практическую конференцию с международным участием «Мечниковские чтения – 2019». В рамках конференции прошли секционные заседания по целому ряду направлений, среди которых было и «Сестринское дело». Организатором секции по сестринскому делу была кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности. Кураторами секции были Лаптева Е.С. (к.м.н., зав. кафедрой), Петрова А.И. (к.м.н., доцент кафедры) и Цуцунава М.Р. (ассистент кафедры). На секции было представлено 6 сообщений. В подготовке сообщений приняли участие студенты первого курса лечебного и медико-профилактического факультетов. В докладах были освещены результаты научных исследований, проведенных студентами под чутким руководством кураторов.

## III ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ С УЧАСТИЕМ РОССИЙСКИХ И МЕЖДУНАРОДНЫХ ЭКСПЕРТОВ (16–17 мая г.Москва)

Цель проведения конгресса – обмен современной научной информацией и обобщение существующего теоретического и практического опыта в области геронтологии и гериатрии, а также обсуждение ключевых проблем, тенденций, достижений и дальнейших перспектив в сфере гериатрии, реабилитации и оказания паллиативной медицинской помощи.

В работе конгресса приняли участие ведущие международные и российские эксперты в области



геронтологии и гериатрии, главные специалисты-гериатры регионов России, представители служб социальной защиты населения, некоммерческих организаций и благотворительных фондов. Целевая аудитория: врачи-гериатры и врачи всех специальностей, вовлеченные в ведение пациентов пожилого и старческого возрастов, сестринский персонал, специалисты по социальной работе.

На торжественном открытии Конгресса президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров,

директор ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России ОСП "Российский геронтологический научно-клинический центр", главный внештатный специалист-гериатр Минздрава России **Ольга Ткачева** поприветствовала более 800 участников мероприятия, которые приехали из разных уголков России и более 30 стран мира в том числе из Израиля, Армении, Индии, Сербии, Франции, Японии, США, Аргентины. Она отметила две глобальные проблемы, которые сегодня стоят перед геронтологами и гериатрами - увеличение активной продолжительности жизни и создание системы долговременного ухода. К 2024 в России должно быть 6615 профильных гериатрических коек в стационарах, 68 гериатрических центров и почти 2000 гериатров.

Приветствие участникам Конгресса от министра здравоохранения России **В.И.Скворцовой** зачитал директор Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Минздрава России **Сергей Муравьев**. В своём послании министр выразила уверенность, что работа Конгресса будет интересной и полезной.

Поприветствовала делегатов также и заместитель министра труда и социальной защиты России **Светлана Петрова**, которая вместе с другими стояла у истоков разработки Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения, послужившей появлению нового профиля в медицине - гериатрии.

Генеральный директор благотворительного фонда Елены и Геннадия Тимченко **Мария Морозова** особое внимание обратила на огромную роль медсестёр, в частности, в выхаживании пациентов после операций и домашнего патронажа. Она обратила внимание на уникальную образовательную программу для медицинских сестёр, проводимую в рамках Конгресса, которая под руководством члена совета директоров Ассоциации Гериатрических Медсестер Израиля Клавдии Консон аккумулировала не только израильский, но и огромный бесценный международный опыт работы среднего медицинского персонала с пожилыми людьми.

После пленарного заседания участники Конгресса начали работу в научных симпозиумах и образовательных программах с интересной и актуальной научной и практической тематикой. От Санкт-Петербурга с сестринской секции приняли участие представители кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.Мечникова» Подопригора Г.М. и Цуцунова М.Р.

В рамках конгресса представители Союза медицинских профессиональных организаций организовали и провели образовательную программу «**Роль медицинской сестры в гериатрии, паллиативе и реабилитации**» (далее – программа), в работе которой приняли участие руководители профессиональных региональных медицинских профессиональных организаций, главные внештатные специалисты по управлению сестринской деятельностью субъектов Российской Федерации, главные и старшие медицинские сестры, представители практического здравоохранения по профилю «Гериатрия».

Модераторами программы выступили: президент Союза медицинских профессиональных организаций, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Министерства



здравоохранения Российской Федерации в Уральском федеральном округе и Министерства здравоохранения Свердловской области, директор государственного бюджетного образовательного учреждения «Свердловский областной медицинский колледж» И.А. Левина и супервизор по сестринскому уходу Департамента гериатрии Южного округа Министерства здравоохранения, консультант по контролю качества сестринского ухода К. Консон (Израиль).

В рамках программы были рассмотрены следующие вопросы: болевой синдром у пациентов с деменцией; лекарственная терапия боли у пациентов с деменцией; оценка уровня боли в сестринской практике у пациентов пожилого возраста отделения паллиативной медицинской помощи в онкологическом диспансере; послеоперационный делирий; роль медицинской сестры в комплексной гериатрической оценке; роль медицинской сестры в реализации мультидисциплинарного подхода в ведении пожилого пациента; система гериатрического стационарного лечения; управление контроля качества в долговременном уходе; работа мультидисциплинарной команды; актуальные подходы к организации работы отделений долговременного ухода в стационарных учреждениях; инфекционная безопасность пациентов; опыт применения индивидуальной программы при хирургическом лечении пациентов пожилого возраста с переломом шейки бедра.

---

## **КРАСНЫЙ ДЕНЬ В КАЛЕНДАРЕ ПРОФЕССИИ – ЧЕСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ГОРОДА**

14 мая в Концертном зале отеля «Санкт-Петербург» (Пироговская набережная, 5/2) состоялось торжественное собрание, посвященное празднованию Международного дня медицинской сестры. В мероприятии приняли участие около 800 представителей этой профессии практически из всех учреждений здравоохранения нашего города. За высокий профессионализм, за верность своему делу, за долгий самоотверженный труд многие из них были отмечены почетными грамотами, благодарностями, другими знаками отличия. Атмосфера праздника чувствовалась буквально во всем: со сцены звучали теплые слова, зал утопал в улыбках и в море цветов. Перед собравшимися выступили самодеятельные артисты и целые творческие коллективы медицинских работников.



## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕЛИРИЙ

*Лантева Е.С., Цуцунава М.Р., Сергеева П.А.*  
ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова» Минздрава России

### Аннотация

Данная статья посвящена проблеме послеоперационного делирия. В ходе исследования проблемы были проанализированы научные публикации на русском и английском языках, опубликованных за 1998-2018 годы.

Поиск источников осуществлялся на сайте pubmed.com (англоязычная текстовая база данных медицинских и биологических публикаций, созданная Национальным центром биотехнологической информации на основе раздела «биотехнология» Национальной медицинской библиотеки США), а также на сайте cyberleninka.com - одной из крупнейших баз русскоязычных научных статей, научной электронной, построенной на парадигме открытой науки (Open Science). Все источники имеют необходимые подтверждения их достоверности.

### Определение

Послеоперационный делирий (далее – ПОД) в данный момент является предметом тщательного исследования многими учеными во всем мире. Но если зарубежные исследователи занялись этой проблемой еще в конце прошлого века, то в России интерес к этому вопросу накопился лишь к середине прошлого десятилетия и не теряет актуальности по сей день. В чем же заключается суть явления послеоперационного делирия?

Термин delirium появился еще в первом веке нашей эры в одной из книг Авра Корнелия Цельса - им великий медик определяет нарушение сознания при травме лихорадке. До этого похожие состояния описывал и Гиппократ, но определения им он не давал. Делирий определяется как расстройство сознания, характеризующееся галлюцинациями, двигательным возбуждением, нарушением ориентировки во времени и пространстве, которое может чередоваться с периодами ясного сознания и критического отношения к болезненным проявлениям». [1]

К сожалению, часто послеоперационный делирий ошибочно принимают за другие психиатрические и психологические расстройства. Это происходит потому, что синдромы делирия по отдельности специфичными не являются. Однако, ПОД все же можно распознать, ведь он чаще всего развивается стремительно, остро (но в некоторых случаях может развиваться и несколько дней), ухудшения обычно определяются ночью.

В соответствии с другим определением, делирий — это клиническое проявление острой церебральной дисфункции, характеризующееся развитием изменения сознания в сочетании со снижением внимания или дезорганизацией мышления. [2] Этот же источник приводит статистические данные о распространенности ПОД: 40-80% у общереанимационных пациентов. С точки зрения патологической физиологии, делирий определяется как нейроцеребральный синдром, возникающий из-за нарушения регуляции нейрональных связей при вторичных системных нарушениях [13].

ПОД является причиной повышения смертности взрослых пациентов, увеличением длительности нахождения их в отделении интенсивной терапии и госпитализации [14] (в целом продолжение их пребывания на отделении по сравнению с пациентами, не перенесших ПОД, повышалось на 10 дней [13]), а также с развитием когнитивных нарушений уже после пребывания в ОИТ также у взрослых пациентов [15].

Распространенность делирия в различных группах населения в процентном соотношении представлена следующим образом:

- население в целом – 0,4 %;
- население в возрасте >55 лет – 1,1%;
- пациенты больниц общего профиля – 9–30%;
- пожилые пациенты больниц общего профиля – 5–55 %;
- пожилые пациенты ОИТ – 16%;
- больные СПИДом – 17–40%;
- онкологические больные (находящиеся на терминальной стадии) – 25–40% (28–85%);
- послеоперационные больные – 5–75%;
- пациенты отделений интенсивной терапии – 12–50%;
- подопечные домов-интернатов – до 60%. [13]

### Симптомы ПОД

Как указано выше, симптоматика ПОД специфичной именно для делирия не является и часто может быть спутана с другими нарушениями в организме человека, поэтому в настоящей статье приводится сравнительная таблица дифференциальной диагностики делирия, деменция и депрессии (таблица 1) [1]:

**Таблица 1. Дифференциальная диагностика делирия, деменции и депрессии**

<i>Признаки</i>	<u>Делирий</u>	<u>Деменция</u>	<u>Депрессия</u>
<i>Начало</i>	<u>Острое</u>	<u>Неопределенное</u>	<u>Изменчивое</u>
<i>Течение</i>	<u>Волнообразное</u>	<u>Стадийное прогрессирующее</u>	<u>Короткое</u>
<i>Настроение</i>	<u>Неустойчивое</u>	<u>Колеблущееся</u>	<u>Стойкое</u>
<i>Сознание и ориентация</i>	<u>Помраченное; дезориентация</u>	<u>Ясное до последней стадии</u>	<u>Обычно не нарушены</u>
<i>Внимание и память</i>	Внимание рассеянное, объем снижен; амнезия на текущие события	Прогрессирующее снижение памяти ( <u>гипомнезия</u> ), <u>внимание</u> рассеяно, объем снижен	Внимание снижено, память не затронута
<i>Оценка по MMSE</i>	<u>Острое колебание</u>	<u>Показатели изменчивы</u>	Относительная стабильность с постепенным ухудшением
<i>Исход</i>	<u>Благоприятный при лечении</u>	<u>Продолжительное течение</u>	<u>Благоприятный при лечении</u>

Примечание. MMSE — сокр. англ. mini mental state examination (минимальное обследование психического состояния).

Также ниже приводится таблица [3] протокола скринингового обследования на делирий в ОРИТ из рекомендации Общества критической медицины (CCM) по лечению делирия в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) (ICDSC) или метод оценки спутанности сознания [4]. В этой таблице указаны частые симптомы ПОД.

**Таблица 2. Протокол скринингового обследования на делирий в ОПИТ (Intensive Care Delirium Screening Checklist — ICDSC)**

<u>Оценка больного</u>	Интерпретация нарушения (1 балл при наличии любого симптома)
<u>Нарушение сознания</u>	A-E*
<u>Нарушение внимания</u>	Затруднение выполнения команд и общения; Легко отвлекается внешними стимулами; Нарушение фокусировки внимания; Следит ли пациент за вами глазами?
<u>Дезориентация</u>	Нарушения ориентации в пространстве, во времени и персонализации
<u>Галлюцинации или иллюзии</u>	Галлюцинации или бред; Серьезные нарушения при оценке реальности
<u>Психомоторное возбуждение</u> или <u>заторможенность</u>	Гиперактивность, требующая дополнительных седативных препаратов или фиксации пациента; Гипоактивность или клинически значимая психомоторная заторможенность
<u>Неадекватные высказывания</u> или <u>поведение</u>	Неадекватные дезорганизованные или несоответствующие обстановке высказывания; Неадекватное отношение к событиям или ситуации
<u>Нарушения сон/бодрствование</u> ритма	Сон длительностью меньше 4 ч или частое пробуждение в ночное время (исключая пробуждения, инициируемые медперсоналом или громкими звуковыми сигналами); Сон 4 ч или более в дневное время
<u>Изменчивость симптомов</u>	Периодичность проявления либо изменчивость любого из вышеперечисленных симптомов в течение 24 ч

Примечание к Таблице 2:

Общее число баллов от 0 до 8; звездочка — состояние сознания: А — отсутствие ответа — остановить оценку; В — ответ только на сильную или повторяющуюся стимуляцию (громкий голос и боль) — остановить оценку; С — ответ на умеренную или слабую стимуляцию — добавить 1 балл. Если недавно была седация или анальгезия — 0 баллов; D — нормальное бодрствование — 0 баллов; E — повышенный ответ на стимуляцию — добавить 1 балл.

### Факторы развития ПОД

Факторы развития ПОД можно подразделить на несколько групп: предоперационные, интраоперационные и послеоперационные.

#### **Предоперационные**

- ✓ Пожилой возраст [6] [7]. В процессе старения у людей в норме наблюдается снижение скорости передачи импульсов в н-холинергических синапсах.
- ✓ Деменция и другие когнитивные нарушения [8] [6] [7].
- ✓ Лечение больных антихолинергическими препаратами до операции [1]. Снижается скорость передачи импульса в н-холинергических синапсах
- ✓ Наличие в анамнезе заболеваний дыхательной или сердечно-сосудистой систем [1].
- ✓ Заболевания органов чувств [8]
- ✓ ХСН II ст. и выше [8]
- ✓ Уровень гемоглобина ниже 100 ед/литр [8]
- ✓ Уровень АСТ меньше 28 ед/литр [8]

**Интраоперационные**

По поводу некоторых интраоперационных факторов исследователи до сих пор не могут прийти к единому мнению (как, например, влияние характера анестезии на повышение риска развития ПОД [1] [17]), но на момент написания этой работы выделяли такие факторы, как:

- ✓ Длительность оперативного вмешательства
- ✓ Величина кровопотери
- ✓ Гемотрансфузия
- ✓ Инфузионная терапия [9] [10] [11])
- ✓ Интраоперационная гипотония и неэффективная инотропная поддержка - некоторые авторы выделяют это как один из основных факторов развития ПОД в интраперационном периоде (согласно [8])

**Послеоперационные:**

- ✓ Превышение меры обезболивания в раннем послеоперационном периоде. [1]
- ✓ Уровень боли после операции [5]
- ✓ Гипоксия [12]

Таким образом, выделены 16 наиболее часто встречающихся факторов развития ПОД. Конечно, это не все известные факторы, но остальные являются менее распространенными.

**Лечение ПОД. Нефармакологический аспект.**

Лечение ПОД для максимальной эффективности обязательно должно быть многофакторным. Основными группами необходимых методов являются фармакологические и нефармакологические. При их грамотном сочетании длительность ПОД значительно сократится, тяжесть протекания снизится, а последствия станут менее значительными. Однако в данном разделе будет рассмотрен только нефармакологический аспект.

Нефармакологическое лечение послеоперационного делирия является одной из важных составляющих сестринского ухода, особенно в отделениях реанимации, интенсивной терапии, травматологии, хирургии и др. В чем же оно будет заключаться?

Необходимо поддерживать ориентацию больного в пространстве и времени, общаясь с ним спокойно и лаконично, не распыляясь на посторонние темы, способные вновь разорвать связь пациента с реальностью, периодически напоминать ему день, место его нахождения, повторять какие-то ключевые личные данные.

Рядом с кроватью пациента обязательно должны находиться какие-то личные вещи пациента, принесенные из дома. Также требуется наличие постоянного дежурного медицинского персонала. Важно, как ни странно, использование ТВ и радио для связи больного с событиями внешнего мира (конечно, необходима определенная цензура при выборе передач - они не должны сильно влиять на психоэмоциональное состояние больного).

Чтобы у пациента поддерживалось ощущение безопасности, рекомендуется приглашать в палату членов семьи, постараться обеспечить ему комфортное окружение. Очень важно следить за осуществлением у пациента правильного цикла «день-ночь», с постоянным освещением в течение дня и его отключением в ночное время.

Необходимо максимально понизить уровень шума, исходящей от персонала, окружения, посетителей, следить за уровнем температуры в палате, предоставлять пациенту его вспомогательные вещи для нормального функционирования (это могут быть очки, слуховые аппараты, костыли и тд). Нужно поддерживать активность больного в дневное время: трижды в день он должен стараться совершать полный объем движений хотя бы по 15 минут за раз (если это возможно), осуществляя таким образом раннюю мобилизацию пациента. [13] И только при отсутствии эффекта от нефармакологического лечения рекомендуется фармакологическое лечение.

**Профилактика ПОД**

Развитие ПОД, как и любой другой болезни, лучше постараться предотвратить, чем потом достаточно долго и тяжело для пациента лечить. Профилактика ПОД является по сегодняшний день предметом изучения многих исследователей, и поиск верного пути к решению этой задачи действительно является очень сложным.

В статье И. Б. Заболоцкий и др. [8], посвященной профилактике ПОД, есть некоторые рекомендации для больных с риском ПОД.

#### ***Предоперационная профилактика***

При понижении у пациентов до операции уровня альбумина ниже 28 г/л или общего белка ниже 68 г/л для профилактики в предоперационном периоде рекомендуется энтеральное и/или парентеральное питание в течение 7-10 дней.

При понижении уровня гемоглобина ниже 100 г/литр рекомендуется назначить трансфузию эритроцитарных тел до достижения значений больше 100 грамм гемоглобина на литр. Особенно важным это является для пациентов, имеющих хроническую анемию, или не имеющих возможности принимать препараты железа по причине онкологических заболеваний и др.

В случае с пожилыми пациентами перед операцией рекомендуется посещение геронтолога, отслеживание и поддержание водно-электролитного баланса, отмена избыточных препаратов, прохождение оксигенотерапии, лечение хронической боли. Эти действия, по результатам исследований, помогли снизить частоту развития ПОД с 50% до 23% [16].

Действия при профилактике ПОД должны быть нацелены на снижение операционного стресса и других патогенетических факторов. Выбор наилучшего варианта хирургического лечения должен основываться на сокращении продолжительности операции, снижении риска осложнений и повторной операции, а также возможности скорейшего возвращения пациента к двигательной активности. Неоспоримо важной частью профилактики ПОД является исключение факторов развития тревожности у пациентов до операции, ведь психосоматика все же играет важную роль в развитии ПОД.

***Интраоперационная профилактика:*** важно не допустить развитие во время операции у пациента гипотонии, так как это приводит к перфузии головного мозга, что является явным фактором риска развития ПОД.

***Послеоперационная профилактика:*** в этом периоде также рекомендуется назначать парентеральное питание, но при немного других показателях - при уровне альбумина ниже 24 г/литр и уровне общего белка ниже 61 г/литр. Также в программе профилактики HELP нутриционной компоненте предупреждения развития ПОД отводят особое значение. Применение этих методов снизило частоту встречаемости ПОД у гериатрических больных с 20,5 до 9,8 процентов у контрольной и основной групп соответственно, а среди больных с высоким риском развития ПОД - с 59 до 10,3 процентов соответственно.

#### **Выводы:**

ПОД является частотной, затрагивающей все группы пациентов и заслуживающей большего внимания со стороны исследователей проблемой современной медицины;

На данный момент нет какой-либо специальной выведенной методики профилактики и лечения послеоперационного делирия;

Необходимая деятельность среднего персонала по профилактике, лечению и диагностике ПОД практически никак ни в каких рекомендациях или статьях не прописана, и именно это дает прекрасную почву для продолжения работы по изучению ПОД.

#### **Использованная литература**

1. Ибрагимов Н. Ю., Лебединский К. М., Микиртумов Б. Е. Послеоперационный делирий: критерии и факторы риска // Вестн. хир. - 2008. - №4.



2. Попугаев К. А. и соавт. Использование цитиколина в структуре терапии послеоперационного делирия у нейрохирургических пациентов // *Анестезиология и реаниматология*. - 2013. - №4.
3. Еременко А. А., Чернова Е. В. Лечение делирия в раннем послеоперационном периоде у кардиохирургических пациентов // *Анестезиология и реаниматология*. - 2014. - №3.
4. Ely E.W. et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *J.A.M.A.* 2003; 289 (22): 2983—91.
5. Vaurio L.E. et al. Postoperative Delirium: The Importance of Pain and Pain Management // *Anesth Analg.* - 2006. - Vol. 102. - P. 1267—1273.
6. Bitsch M.S. et al. Pathogenesis of and management strategies for postoperative delirium after hip fracture // *Acta Orthop. Scand.* - 2004. - Vol. 75, No 4. - P. 378—389.
7. Dolan M.M. et al. Delirium on hospital admission in aged hip fracture patients: prediction of mortality and 2-year functional outcomes // *J. Gerontol. - Ser. A: Biol. Sci. & Med. Sci.* - 2000. - Vol. 55, No 9. - P. 527—534.
8. Заболотских И. Б., Рудомёткин С. Г., Трембач Н. В. Профилактика делирия у гериатрических больных после обширных абдоминальных операций // *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. - 2013. - №1.
9. Kunimatsu T., Misaki T., Hirose N. et al. Postoperative mental disorder following prolonged oral surgery // *J. Oral Sci.* - 2004. - Vol. 46, No 2. - P. 71—74
10. Saeki S., Watanabe N., Iida R. et al. A study of post-operative delirium in elderly patients// *Masui.*- 1998. - Vol.47, No3. - P. 290—299.
11. Schneider F., Böhner H., Habel U. Risk factors for postoperative delirium in vascular surgery // *Gen. Hosp. Psychiatry.* - 2002. - Vol. 24, Issue 1.- P. 28—34
12. Rosenberg J., Kehlet H. Postoperative mental confusion — association with postoperative hypoxemia // *Surgery.* - 1993.- Vol. 114, No 1. - P. 76—81.
13. Гельфанд Б.Р. и соавт. Делирий у больных в критических состояниях: критерии оценки тяжести, прогноз, лечение // *Анналы хирургии*. - 2016.- №1-2.
14. Ely E.W. et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med.* 2001; 27: 1892—900.
15. Jackson J.C. et al. Six-month neuropsychological outcome of medical intensive care patients. *Crit. Care Med.* 2003; 31: 1226—34.
16. Marcantonio E.R. et al. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2001; 49 (5): 516—22.

## ПРАКТИКУ: ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО:

1. Использование антисептиков в составе зубных паст в роли консерванта стабилизирует микробную чистоту полости рта.

2. Длительное применение (более 2 недель) антисептических зубных паст приводит к закислению и снижению минерализующей способности ротовой жидкости, что значительно повышает риск развития кариеса.

3. Использование антисептических зубных паст (более 2 недель) приводит к количественному и качественному изменению микробной флоры полости рта и создает предпосылки для развития дисбактериоза.

4. Восстановление микрофлоры полости рта после однократной чистки зубов антисептической пастой происходит через один час.

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕЛИРИЙ. СЕСТРИНСКИЙ АСПЕКТ.

Цуцунава М.Р., Сергеева П.А.

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова» Минздрава России

### Аннотация

Статья представляет собой первый отчет о проведенном пилотном исследовании в г. Санкт-Петербурге.

В настоящее время кафедрой гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности (ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова») проводится исследование на тему «Послеоперационный делирий. Сестринский аспект». Данное исследование инициировано ГБУЗ «Городская больница № 40».

В марте-апреле было проведено пилотное исследование с целью апробации авторской анкеты, разработанной на основе изученной научной (зарубежной) литературы. (От работ наших авторов пришлось отказаться, так как найденные работы были посвящены исключительно вопросам поиска лекарственных средств эффективных в отношении делирия. По мнению авторов работы, сестринский аспект должен включать профилактическую работу; литературный обзор выявил 11 научных работ, проведенных в разных странах, все эти работы объединяет поиск средств для предотвращения делирия после операции. Литературный обзор был опубликован в № 18 журнала).

**Основная цель исследования** – разработка и апробация протокола ведения пациентов на предоперационном этапе с целью профилактики ПОД, а также в послеоперационном периоде в случае проявления делирия.

### Участники исследования

В пилотном исследовании приняли участие медсестры ОАРИТ, хирургического и травматологического отделений (21 человек) со стажем работы от 1 года до 35 лет.

### Метод сбора данных

В анкету вошло 13 вопросов, ответы на которые должны были показать опыт работы медицинских сестер ОАРИТ и хирургических отделений с данной проблемой, а также определить направления для дальнейшего изучения вопроса.

### Результаты исследования

Респондентов попросили оценить количество пациентов, проходящих за отделение в среднем за месяц. Результаты показали следующее:

В ОАРИТ среднее количество пациентов - 425 чел/мес, из них в тяжелом состоянии находились примерно 49%, на ИВЛ - 20%, а делирий из них переживали по разным оценкам до 50%;

В хирургическом отделении среднее количество пациентов - 120 чел/мес, из них в тяжелом состоянии находились примерно 29%, делирий из них переживали 1,5%;

В травматологическом отделении среднее количество пациентов - 160 чел/мес, из них в тяжелом состоянии пациентов не было, а делирий из них переживали 20%.

Второй блок вопросов касался уровня знания персонала о ПОД. Опрашиваемых попросили ответить, какие, по их мнению, симптомы указывают на делирий. Ответы приведены в Таблице 1.

Далее в анкете были представлены высказывания, истинность которых должны были оценить респонденты. С тем, что **делирий - естественное явление при госпитализации**, не согласились 81% опрошенных, затруднились с ответом 9,5%, согласились 9,5%. С тем, что **делирий - не диагностируемая проблема**, не согласились 76% человек, согласился 5%

опрошенных, затруднились с ответом 19%. С тем, что **делирий - проблема, требующая незамедлительного вмешательства**, согласились 81% опрошенных, не согласились 14% и затруднились ответить 5%. С тем, что **делирий в основном можно предотвратить**, согласились 43% опрошенных, затруднились ответить и не согласились по

**Таблица 1.** 28,5%. С тем, что **делирий связан с передозировкой седативных препаратов в ОАИТ**, не согласились 47,6% респондентов, согласились 28,5% опрошенных, воздержались от ответа 23,8%.

Симптом	Результаты
Галлюцинации	52,8 %
Возбуждение	42,8 %
Спутанность сознания	33,3 %
Дезориентация в пространстве и времени	28,6 %
Тахикардия	23,8 %
Потливость	19 %
Неадекватное поведение	19 %
Агрессия	19 %
Бред	19 %
Тревога	14 %
Перепады АД	14 %
Хаотические движения конечностей	9,5 %
Тремор	9,5 %
Заторможенность	5 %
Нарушения цикла «сон-бодрствование»	5 %

респондентов, согласились 28,5% опрошенных, воздержались от ответа 23,8%.

В следующем пункте анкеты спрашивалось об известных им инструментах скрининга делирия. Результаты оказались следующими: 62% опрошенных не знали ни об одном методе, 23,8% указали как инструмент ЭЭГ и лишь 14,2% указали шкалу выраженности симптомов делирия.

Ответы на вопрос о факторах риска приведены в Таблице 2. Ни один из респондентов не указал на такие факторы как мальнутриция и дефицит жидкости.

Далее вопрос касался препаратов для купирования ПОД, известных респондентам. 23,8% ответили, что не знают, 76% указали галоперидол и различные бензодиазепины.

Последний блок вопросов касался проблемы недостатка информации о ПОД. Никто из опрашиваемых не был знаком ни с

какими руководствами/протоколами по профилактике послеоперационного делирия. Никто из опрашиваемых не посещал семинары/конференции, посвященные этой теме. Две трети опрошенных считали, что вопрос профилактики ПОД должен изучаться. При этом медицинские сестры со стажем работы от 15 лет выявили неверие в профилактику ПОД.

**Таблица 2**

Факторы	Результаты
Возраст	71.4%
Деменция	71.4%
Послеоперационный респираторный дистресс	47.6%
Анальгезия	19%
Гипоксемия	47,6%
ИВЛ	4,76%
Основное заболевание	33,3%
Инфекция	14,28%

### Обсуждение и выводы

Осведомленность о делирии за последние годы возросла, поскольку различные медицинские общества выступили с инициативами по предотвращению послеоперационного делирия и смягчению его воздействия. При этом, как показало исследование, у среднего медицинского персонала ОАИТ, хирургического и травматологического отделений выявлен дефицит знаний, требуемых для организации профилактических мероприятий на предоперационном этапе.

Кроме того, никто из респондентов не знаком ни с какими руководствами/протоколами по профилактике послеоперационного делирия. Отсутствие

рекомендаций по делирию может также препятствовать профилактике и уходу за пациентами с этой проблемой, особенно в отделении интенсивной терапии.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Vlisides P, Avidan M. Recent Advances in Preventing and Managing Postoperative Delirium. *F1000Res*. 2019;8:F1000 Faculty Rev-607. Published 2019 May 1. doi:10.12688/f1000research.16780.1

Малочисленность респондентов диктует необходимость продолжить исследование.

P.S. В исследовании активное участие принимают студенты Лечебного факультета 1 курса по направлению «Специалитет» (Лечебное дело) и Бакалавриат (Сестринское дело) ФГБОУ ВОП «СЗ ГМУ им. Мечникова» Минздрава России

## **ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ФЕНОМЕНУ СМЕРТИ**

*Цуцунава М.Р., Тассо Э.А.*

**ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова» Минздрава РФ**

И.И. Мечников считал танатологию - науку о смерти и умирании, распространенную за рубежом, но почти неизвестную у нас, - важной для студентов-медиков, которые много работают в патанатомии, но имеют недостаточно опыта в обращении с умирающими людьми. Чаще всего первый опыт столкновения со смертью наносит психический вред, который впоследствии может обратиться, как защитный механизм, в агрессию, деперсонализацию, равнодушие, что неизбежно будет подводить медицинского работника к синдрому эмоционального выгорания. [8] В настоящее время подготовка медицинских работников в данном вопросе практически отсутствует. [2]

Целью литературного обзора было обобщение научного опыта по вопросу опыта столкновения медицинского персонала со смертью. Все источники информации были взяты за 2012-2019 года на сайте [www.cyberleninka.ru](http://www.cyberleninka.ru). КиберЛенинка- это научная электронная библиотека, построенная на парадигме открытой науки (Open Science), основными задачами которой является популяризация науки и научной деятельности, общественный контроль качества научных публикаций, развитие междисциплинарных исследований, современного института научной рецензии и повышение цитируемости российской науки.

При поиске по таким ключевым словам как отношение к смерти, отношение медицинского персонала к смерти, танатология, умирание пациента, было найдено крайне мало научных работ, при тщательном анализе этих статей авторы остановились на четырех, наиболее соответствующих установленным критериям.

Выявлению у студентов медицинских университетов специфики отношений к смерти в регионах суицидального риска посвящена работа Чистопольской К.А. и соавт. (2016). [7] В исследовании приняли участие студенты четырех вузов страны (в общей сложности 341 студент). Исследование проводилось методом анкетной формы опроса как наиболее удобной при обработке и анализе данных. Использовались такие опросники как опросник временной перспективы личности Ф. Зимбардо, «Опыт близких отношений – переработанный опросник», жизнестойкости, «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти».

По результатам исследования авторы пришли к следующим выводам:

1. Важными элементами структуры защит у студентов-медиков стал тревожный (и/или избегающий) стиль привязанности, отказ от принятия смерти как бегства и жизнестойкость, однако личный опыт (временная ориентация) медиков конфликтует с профессиональным взглядом на смерть.
2. Сравнение студентов-медиков из областей с умеренным и повышенным суицидальным риском показало подверженность медиков в зонах риска к менее благоприятному взгляду на смерть (со снижением «Нейтрального принятия смерти» и защитных страхов смерти).

3. Стил жизни влияет на отношение к смерти, и самостоятельность способствует более профессиональному и здоровому взгляду на смерть.

Работа В.А. Руженкова и В.В. Руженковой (2013) посвящена изучению особенностей отношения медицинских сестер психиатрических стационаров к суицидентам для разработки рекомендаций по оптимизации отношения среднего медицинского персонала к лицам с психическими расстройствами, совершившими попытку покушения на жизнь. [6] Было опрошено 469 медицинских сестры женского пола: 377 (80,4%) работающих в психиатрических больницах, и 92 медицинских сестры, работающих в общесоматических больницах – получающих высшее образование. Опрос проводился с помощью разработанной авторами анкеты, включающей 4 раздела (социально-демографические сведения, уровень осведомленности о суицидах, отношение к суицидентам в различных социальных сферах, мнение о возможности профилактики суицидального поведения).

Исследование показало, что теоретический уровень осведомленности в области суицидального и девиантного поведения у медицинских сестер, получающих высшее сестринское образование, выше, чем у работающих в психиатрических лечебных учреждениях, имеющих опыт общения с пациентами, поступающими в стационар после совершения попытки суицида. Выявлено определенное социальное дистанцирование медицинских сестер обеих групп от суицидентов – на вербальном уровне более 72% готовы поддерживать дружеские отношения с приятелем, совершившим попытку покушения на жизнь, и в то же время 60% отказались бы идти к ним в гости.

Положительное эмоциональное отношение медсестер к суицидентам зависит от степени знакомства (по отношению к сотруднику по работе и соседу по дому оно выше, чем к незнакомым людям). При этом более лояльное отношение характерно для медицинских сестер психиатрических лечебных учреждений. Что касается интимной и административно-правовой сфер, то более лояльное отношение выявлено у медицинских сестер, получающих высшее образование. Для профилактики стигматизации суицидентов медицинскими сестрами авторы рекомендуют введение в образовательный стандарт суицидологии и психологии кризисных состояний, что в определенной мере может повысить уровень лояльного отношения к пациентам данной категории.

Экзистенциальную проблему столкновения со смертью и особенности ее преодоления изучали Богданова Т.А., Перминова С.О. (2013). [2] Целью работы было изучение экзистенциально обусловленных индивидуальных особенностей людей, столкнувшихся с конечностью жизни в разных контекстах. Исследование проводилось на выборке испытуемых, чьи профессионально обусловленные отношения сопряжены с высокой вероятностью столкновения со смертью. Результаты исследования позволили прийти к выводу, что люди, столкнувшиеся с конечностью жизни, обладают более высокой осознанностью отношений с собой и миром, более осмысленной оценкой своей жизни, чем те, у кого не было подобного опыта.

Целью исследования Кукиной М.В. (2015) было выявление социально-психологических установок к смерти и ценностно-смысловых характеристик и их взаимосвязь между собою у сотрудников хосписа. [3] Ожидание смерти и ее наступление – самые глубокие экзистенциальные фрустрации, какие только можно себе представить. Для изучения отношения к смерти использовалась методика «Отношение к смерти», разработанная П. Вонгом и др. Для исследования ценностно-смысловых характеристик нами использовались тест «Смысложизненные ориентации» Д.А. Леонтьева и «Профильный тест личностной значимости» П. Вонга.

Автор пришла к следующим результатам: среди медицинского персонала больше всего выражены страх смерти (22 %) и нейтральное отношение к смерти (22 %). Нейтральное отношение к смерти – это уверенность в том, что смерть является неизбежной частью жизни, и не важно, боится ли человек смерти или же приветствует ее.

Проведенное исследование показывает, что медицинский персонал хосписов нуждается в психотерапевтической помощи. Больше половины работающих с онкобольными в терминальной стадии и их семьями переживают эмоциональное истощение, депрессивное настроение, ощущают усталость, вызванную работой, психологический дискомфорт, неудовлетворенность результатами своей работы. Проблемы общения в коллективе возникают из-

за недостатка поддержки между членами команды, отсутствия доверия. Такое психоэмоциональное состояние приводит и к низкому качеству помощи и больным, и их семьям, к увеличению количества психосоматических заболеваний среди медиков и повышению текучести кадров в коллективах. Каждый уход из жизни после перенесения онкологического заболевания затрагивает в разной мере очень большое количество людей, поэтому важно и специалистам, и волонтерам объединять свои усилия в решении этой проблемы. Для сохранения здоровья и профессиональной пригодности необходимы поддержка внутри рабочего коллектива, управление стилем жизни и психологическая помощь.

Обобщая литературный обзор, можно сказать, что в настоящее время в исследованиях затронуты такие вопросы как:

специфика отношений студентов к смерти в регионах суицидального риска;

особенности отношения медицинских сестер психиатрических стационаров к суицидентам;

социально-психологические установки к смерти и ценностно-смысловые характеристики и их взаимосвязь между собою у сотрудников хосписа;

экзистенциально обусловленные индивидуальные особенности людей, столкнувшихся с конечностью жизни в разных контекстах.

Малочисленность исследований, посвященных опыту столкновения со смертью медицинских сестер обосновывает необходимость в дальнейшем изучении данной темы.

## **ИЗУЧЕНИЕ ОПЫТА СТОЛКНОВЕНИЯ С ФЕНОМЕНОМ СМЕРТИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ РАН**

### **Участники исследования**

В настоящем исследовании участвовал средний медицинский персонал, работающий в отделении онкологии и паллиативной помощи Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук (20 человек).

### **Метод сбора данных**

Методом сбора данных была авторская анкета, которая включила в себя 5 вопросов.

### **Результаты**

Исследование показало следующие результаты:

На вопрос «Изучалась ли тема смерти, общение с умирающими больными в учреждении, в котором Вы обучались?» 25% ответили «Да», 75% - «нет».

На вопрос «Как Вы относитесь к собственной смерти?» 20% ответили, что они «испытывают страх и пустоту», 30% ответили, что «смерть – неотъемлемая часть жизни», и 50% ответили, что они «делают все, чтобы отодвинуть эту проблему подальше от собственной жизни и даже гонят мысли об этом».

На вопрос «Вспомните случай умирания пациента в Вашей медицинской практике, запомнившейся Вам больше всего. Какие эмоции Вы испытали тогда?» 80% респондентов ответили, что они испытывают чувство вины, 15% «не испытали ничего особенного» 5% «сделали все, что могли».

На вопрос «Правильно ли то, что в настоящее время в обществе особо не принято говорить о смерти, а уж тем более к ней готовиться?» 80% респондентов считают, что правильно, 20% - нет.

### **Обсуждение и выводы**

Считается, что пока медицинский работник не разберется со своим отношением к феномену смерти, он не сможет помочь умирающему. Многие врачи выбирают своей профессией медицину главным образом потому, что пытаются справиться со своим собственным повышенным страхом смерти. При этом медицинское образование само по себе не снимает страха смерти, а иногда усугубляет внутриличностный конфликт.

80% респондентов считают правильным, что в настоящее время в обществе особо не принято говорить о смерти. Как заметил французский исследователь Ф. Арьес, именно когда

общество перестает об этом говорить, оно начинает испытывать страх смерти всерьез. К этому количеству можно прибавить 50% респондентов, которые в ответ на вопрос «Как вы относитесь к собственной смерти?» сообщили, что «гонят мысли об этом». Избегание мыслей о собственной смерти также является проявлением страха. Человек не может принять того факта, что он не вечен, что его бытие в этом мире, его деятельность когда-то окончатся. Более того, человек прячется от смерти в своей деятельности. Проблема страха смерти у медицинских работников проявляется в том, что они обращают внимание, прежде всего, на медицинскую аппаратуру, а не на самого больного как личность со его потребностями и интересами. Такой «механический» или автоматический подход к пациенту объясняется «стремлением оградить себя от смерти»...

То, что человек прячется от смерти, не несет для него ничего хорошего, лишь иллюзию душевного спокойствия. Но смерть все равно «прорывается» наружу в виде насилия. [1] В этом контексте интересна точка зрения психотерапевта, работавшего с терминальными онкологическими больными в Великобритании, врача, стоявшего у истоков хосписного движения за рубежом Элизабет Кюблер-Росс. Она пишет о том, что игра «в прятки» со смертью, отрицание страха смерти, характерного для каждого человека, ведет к росту насилия, в котором и прорывается старательно игнорируемый человеком страх смерти. Пытаясь убежать от него, люди начинают доказывать себе и другим, что не боятся смерти. «...Если целый народ, целое государство страдает от страха смерти и отрицает ее как явление, ему приходится прибегать к определенным защитным механизмам, и механизмы эти могут быть только разрушительными. Может быть, нам пора вернуться к отдельной личности, живому человеку и начать все сначала: попытаться представить себе собственную смерть, научиться открыто воспринимать это печальное, но неизбежное событие, избавившись от своего иррационального страха» [4, с. 25–26].

Духовная и психологическая неготовность людей к смерти составляет очень серьезную социальную проблему, которую должна решать не только церковь, но и институты гражданского общества, в первую очередь образовательные учреждения. [5] Однако, как было сказано выше, в настоящее время подготовка медицинских работников в данном вопросе практически отсутствует. [2] Таким образом, можно заключить, что пока система образования не обратится к теме феномена смерти и не предоставит медицинским работникам возможность обсуждать данный вопрос, едва ли можно будет говорить о качестве медицинской помощи.

### **Заключение**

Данная работа, посвященная феномену смерти, поднимает крайне важный вопрос – отношение медицинских работников к данному феномену. Основным аргументом обращения является утверждение специалистов о том, что качество оказания медицинской помощи тяжело больным и умирающим пациентам зависит от отношения медработника к данному вопросу. Кроме того, при отсутствии соответствующей подготовки чаще всего первый опыт столкновения со смертью наносит психический вред, который впоследствии может обратиться, как защитный механизм, в агрессию, деперсонализацию, равнодушие, что также будет отражаться на оказываемой помощи пациентам.

Литературный обзор выявил ограниченное число научных публикаций, что указывает на недостаточную изученность данного вопроса. Проведенное пилотное исследование с участием медицинских сестер из отделения онкологии и паллиативной помощи показало, что на данный момент для большинства характерен завуалированный страх, свидетельствующий об отсутствии какой-либо маломальской подготовки в данном вопросе. Вероятно, что лоббировать данный вопрос следует через организаторов паллиативной помощи. При этом данное обобщение является предварительным из-за малочисленности участников проведенного исследования.

---

### **Использованная литература**

1. Антипов М.А. Страх как форма отношения человека к смерти // Известия ПГПУ. 2006. № 2 (6). С.5-9

2. Богданова Т.А., Перминова С.О. Экзистенциальная проблема столкновения со смертью и особенности ее преодоления // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2013. Вып. № 2. Том 6.
3. Кукина М.В. Взаимосвязь отношения к смерти и ценностно-смысловых характеристик сотрудников хосписа // Acta Biomedica Scientifica. 2015. № 4 (103). С. 58-62
4. Кублер-Росс Э. О смерти и умирании М., 2001. 320 с.
5. Романов К.М. Воспитание адекватного отношения к смерти // ИТС, 2005. № 4
6. Руженков В.А., Руженкова В.В. Отношение медицинских сестер психиатрической больницы и факультета высшего медицинского образования к суицидентам, как отражение социальной стигматизации // Суицидология. 2013. № 2 (11)
7. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. и др. Специфика отношений к смерти у студентов медицинских профессий в областях России и Беларуси с умеренным и суицидальным риском // Суицидология. 2016. Том 7. № 2 (23)
8. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными, Будапешт, 1988 г

## **БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА: ВОПРОТИВ ПРОГНОЗУ**

Пожилая женщина 72 лет. В прошлом – преподаватель. Растеряна, раздражительна, забывчива. Замкнута и апатична. Вспышки гнева и агрессии (замахивалась ножом). Не помнит фактов своей жизни, имён членов семьи (кроме младшего сына), адреса, номеров телефонов, не ориентируется во времени; испытывает трудности при выборе необходимой одежды; нуждается в помощи в повседневной жизни. Не слышит или не понимает обращенной к ней речи. В квартире перестала убираться, постель не застилает, не умывается, ест руками. Депрессивное состояние. Приступы страха. На прогулке испытывала ужас.

Терапия социумом – посещение общественных мест с большим количеством людей, вовлечение в результативные события (выбор и покупка продуктов, расчёт на кассе, совместное чаепитие в клубе, примитивная помощь в кружке рукоделия). Терапия воспоминаниями – воспоминание литературных произведений (цитирование с продолжением в диалоге Пушкина, Некрасова, 1–3 слова), перечисление любимых писателей, исторических деятелей. Воспоминания по семейному фотоальбому. Воспоминания окружением, схожим с её основной длительной трудовой деятельностью, – частое пребывание на школьном дворе в самое активное время дня.

Портретная терапия – маскотерапия. С её помощью произошёл коренной перелом в осознании. Удалось "вытащить" её из отсутствующего состояния, вернуть осмысленный взгляд, интерес к окружающему. Портретная терапия позволила принять свою внешность. Предъявляемые ей нынешние её фотографии она не признавала за свои. ("Это твоя мама?", "Это моя старшая сестра"). А в процессе рисования с натуры она сначала признавала факт изображения на рисунке именно её ("Ты меня рисуешь?"). Затем она при рассмотрении рисунка как бы смотрела на себя со стороны, оценивая свою внешность: либо нравилась сама себе, либо не нравилась.

Результаты трехмесячной работы:

Узнаёт родных и знакомых (даже давних). Есть желание чему-то научиться (печь сырники, вязать, пользоваться банкоматом и сотовым телефоном), что свидетельствует об отсутствии депрессии. Спрашивает значение новых незнакомых слов с рекламных вывесок. Появились ежедневные развивающие занятия (пазлы, рисование), которые она прилежно исполняет, критическое отношение к своим поступкам (после редких приступов агрессии искренне рассказывает и просит прощения), желание вернуться к прежней деятельности (в школу преподавать). Помнит детально прогулочный маршрут, предвещает словами установленные метки, интересные места. Может ответить на случайный вопрос незнакомца (не информативно, но хотя бы поведенчески). Помимо ситуативных диалогов появились оценочные реплики, задавание вопросов. Избавилась от панической боязни собак.

Отражение изменения психического состояния на её рисунках: «эволюция» домиков в рисуночном тексте «Дом-деревочеловек»; появление на рисунках новых персонажей (речка, вторая труба и второй этаж на доме, собаки, кошки); появление на рисунках цвета.

*(По материалам Сборника конференций НИЦ Социосфера)*



## О ПЕРИОДЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ГОЛОДАНИЯ

**Голодание (или пост)** перед общей анестезией направлено на уменьшение объема и кислотности содержимого желудка во время операции, что снижает риск регургитации / аспирации. В недавно появившихся руководящих принципах рекомендовано изменить политику голодания от стандартного подхода «голод с полуночи» к более мягким правилам, которые допускают период ограниченного потребления жидкости за несколько часов до операции. Однако доказательства, лежащие в основе этих руководящих принципов, были разбросаны по разным журналам на разных языках, и в них использовались различные методы и методики оценки результатов для оценки режимов голодания, которые различались по продолжительности, а также по типу и объему потребления, разрешенному в течение ограниченного периода голодания.

**Цели** – анализ влияния различных предоперационных режимов голодания (продолжительность, тип и объем разрешенного потребления) на периоперационные осложнения и благополучие пациента (включая аспирацию, регургитацию и связанную с этим морбидность, жажду, голод, боль, тошноту, рвоту, беспокойство) в разных популяциях взрослых.

**Результаты обзора:** было найдено тридцать восемь рандомизированных контролируемых исследований. В большинстве из них приняли участие «здоровые» взрослые, которые не были подвержены повышенному риску регургитации или аспирации во время анестезии. В нескольких исследованиях сообщалось о частоте аспирации / регургитации или связанной морбидности, но они основывались на косвенных показателях безопасности пациента, - интраоперационном объеме желудка и pH. Не было никаких доказательств того, что объем или pH желудочного содержимого участников значительно различались в зависимости от того, разрешалось ли группам голодание в предоперационном периоде или продолжалось стандартное голодание. В исследованиях проводилась оценка таких жидкостей как вода, кофе, фруктовые соки, прозрачные жидкости и другие напитки (например, изотонический напиток, углеводный напиток). Было обнаружено, что у участников, которые перед операцией выпивали воду, был значительно меньший объем содержимого желудка, по сравнению с группой, которая придерживалась стандартного режима голодания. Эта разница была скромной и клинически незначимой. Не было никаких признаков того, что объем жидкости, разрешенный в предоперационный период (т. е. низкий или высокий), вызывал различия в результатах у тех участников, которые следовали стандартному посту.

**Выводы авторов обзора:** нет никаких данных, позволяющих предположить, что прием жидкости за более короткий период времени перед операцией приводит к повышенному риску аспирации, регургитации или связанной с этим морбидностью по сравнению со стандартной политикой голодания «голод с полуночи». Клиницистам рекомендуется самим оценить эти доказательства и при необходимости изменить имеющиеся стандартные правила голодания («голод с полуночи») в отношении пациентов, которые, как полагают, не подвержены риску во время анестезии.

## ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ У ИНВАЛИДОВ-КОЛЯСОЧНИКОВ

Международные руководящие принципы включают постельный режим в качестве компонента стратегии лечения пролежней у пользователей инвалидных колясок. При оценке эффективности постельного режима в качестве вмешательства для лечения пролежней у этой группы населения необходимо учитывать потенциальную пользу и риски; поэтому было важно найти и оценить имеющиеся научные данные, чтобы определить влияние постельного режима на процесс заживления пролежней у пользователей инвалидных колясок.

**Выводы авторов обзора:** Ни одно из найденных исследований не соответствовало критериям включения в обзор. Влияет ли постельный режим на заживление пролежней у пользователей инвалидных колясок остается не известным. Требуются хорошо продуманные исследования, касающиеся важных клинических показателей, качества жизни и экономических результатов.

## УДАЛЕНИЕ ЛАКА ДЛЯ НОГТЕЙ И КОЛЕЦ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ РАН

Инфицирование хирургических ран может быть вызвано переносом бактерий с рук хирургических бригад пациентам во время операций. При хирургической обработке рук перед операцией уменьшается количество бактерий на коже, но ношение колец и лака для ногтей может снизить эффективность обработки рук, так как бактерии могут оставаться в микроскопических дефектах лака для ногтей и на коже под кольцами.

**Цель обзора** - оценить влияние наличия или отсутствия колец и лака для ногтей на руках хирургической бригады на степень послеоперационной раневой инфекции.

**Результаты обзора:** найдено одно небольшое исследование с участием 102 операционных медсестер, в котором оценивалось влияние лака для ногтей на количество бактериальных колониеобразующих единиц, оставшихся на руках после предоперационной хирургической обработки рук. У медсестер были либо нешлифованные ногти, либо только что нанесенный лак для ногтей (менее двух дней), либо старый лак для ногтей (более четырех дней). Каких-либо существенных различий в количестве бактерий на руках между группами до и после хирургической обработки не было.

**Выводы авторов обзора:** на данный момент доказательств, позволяющих установить влияние лака для ногтей на количество бактерий на коже после обработки, недостаточно.

## ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ РИСКА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛЕЖНЕЙ

Использование инструментов или шкал для оценки риска развития пролежней является компонентом процесса оценки, который используется для выявления лиц, подверженных риску. Использование инструмента оценки риска рекомендуется во многих международных руководствах по профилактике пролежней, однако неизвестно, влияет ли данная практика на результаты лечения пациентов.

**Цель обзора** - оценить, позволяет ли применение структурированных и систематических инструментов оценки риска возникновения пролежней в медицинских учреждениях снизить частоту возникновения пролежней.

**Результаты обзора:** в обзор было включено два исследования (общее количество участников - 1 487). Оба исследования проведены в больницах неотложной помощи.

**Выводы авторов обзора:** основываясь на данных одного исследования, мы не уверены в том, что оценка риска с использованием инструмента Брэйдена влияет на частоту возникновения пролежней по сравнению с обучением и оценкой риска с использованием клинического мышления или оценкой риска с использованием только клинического мышления. Оценка риска с использованием инструмента Waterlow или инструмента Ramstadius может незначительно повлиять на частоту возникновения или степень тяжести пролежней по сравнению с клиническим заключением. Слабая или очень слабая достоверность доказательств ставит под сомнение тот факт, что использование структурированных и систематических инструментов оценки риска пролежней снижает частоту или их тяжесть.

## ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ УДАЛЕНИЕ ВОЛОС ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ИНФИЦИРОВАНИЯ В МЕСТЕ ОПЕРАЦИИ

Несмотря на то, что подготовка пациентов к операции традиционно включала удаление волос в соответствующей зоне, в некоторых исследованиях утверждается, что предоперационное удаление волос небезопасно, вызывает инфицирование в области хирургического вмешательства и его следует избегать.

**Цели** - определить, связана ли степень хирургического инфицирования с плановым предоперационным удалением волос, а также временем или методом удаления волос.

**Результаты:** в обзор было включено 14 работ; три исследования включали множественные сравнения. В шести исследованиях сравнивались результаты обработанных участков (удаление волос было произведено с применением крема для бритья, машинки для стрижки или депиляционного крема) с необработанными; статистически значимых различий в степени хирургического инфицирования обнаружено не было, однако сравнение оценивается как слабое. В трех исследованиях (1343 участника), в которых сравнивалось бритье и стрижка, степень инфицированности была выше при бритье. В семи исследованиях (1213 участников) при сравнении обработки поверхности с помощью бритья и крема для депиляции существенных различий в показателях хирургического инфицирования не было выявлено, однако это сравнение также недостаточно эффективно. В одном исследовании сравнивали две группы, одну брили в день операции, другую – накануне операции. Не было выявлено ни одного испытания, в котором сравнивались бы машинная стрижка с кремом для депиляции; или применение крема для депиляции в разные предоперационные периоды или удаление волос в разных условиях (например, в палате, комнате для анестезиологии).

**Выводы авторов обзора:** если необходимо удалить волосы в рамках подготовки к операции, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что предпочтение следует отдавать машинкам для стрижки, а не станкам для бритья. Сравнение таких средств как крем для депиляции и станок для бритья не показало существенной разницы в показателях хирургического инфицирования, однако исследования были небольшими и необходимы дополнительные исследования.

## ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ КУПАНИЕ ИЛИ ДУШ С КОЖНЫМИ АНТИСЕПТИКАМИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Хирургические инфекции - это раневые инфекции, возникающие после инвазивных (хирургических) процедур. Предоперационное купание или душ с антисептическим средством для кожи является общепринятой процедурой для уменьшения количества бактерий (микрофлоры) кожи. Остается не ясным, влияет ли уменьшение микрофлоры кожи на степень инфицированности в области хирургического вмешательства.

Каких-либо новых исследований для включения в эту пятую редакцию выявлено не было. Было включено семь работ с участием 10 157 участников. В четырех из включенных испытаний были три группы сравнения. Антисептиком, используемым во всех исследованиях, был 4% хлоргексидин глюконат. В трех исследованиях (общее количество участников – 7791) хлоргексидин сравнивался с плацебо. Купание с хлоргексидином по сравнению с плацебо не приводило к статистически значимому снижению хирургического инфицирования. В трех испытаниях (общее количество участников - 1443) сравнили мыло с хлоргексидином; в комбинации риск инфицирования был на одном уровне. В трех исследованиях (общее количество участников – 1192) сравнивалось купание с хлоргексидином без смывания, в одном большом исследовании было обнаружено статистически значимое различие в пользу купания с хлоргексидином. В небольших исследованиях различий между пациентами, которых мыли хлоргексидином, и теми, кто не мылся перед операцией, выявлено не было.

**Выводы авторов обзора:** в данном обзоре нет четких доказательств пользы предоперационного душа или купания с хлоргексидином по сравнению с другими моющими средствами для уменьшения риска инфицирования хирургической раны. Усилия по снижению частоты внутрибольничной инфекции в области хирургической раны должны быть сосредоточены на вмешательствах, эффект которых был продемонстрирован.

## ВОСПИТАНИЕ НАВРСТВЕННОСТИ: ЕСТЬ ЛИ МЕТОДИКИ?

*Лантева Е.С., Цуцунава М.Р.*

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. Мечникова» Минздрава России

### *Аннотация*

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что в профессиональном педагогическом образовании вопросы воспитания нравственности в настоящее время игнорируются в пользу изучения предмета и приобретения знаний. В данной статье идет речь об относительно новой методике **VaKE** (Обучение Ценностям и Знаниям), разработанной австрийскими специалистами из Департамента образования Университета Зальцбурга Jean-Luc Patry & Sieglinde Weyringer. Конструктивный подход VaKE помогает решить эту проблему посредством обсуждения этических дилемм.

Ценности без знания слепы; знание без ценностей безответственно. Сами по себе ценности слепы, потому что у человека могут быть благие намерения, но он потерпит неудачу из-за недостаточных знаний о том, как претворить их в действие, а также о контексте, об условиях и возможностях для их реализации, и о том, как справляться с противоречивыми ценностями, связанными с различными вариантами действий. Знание само по себе безответственно, потому что оно может быть использовано как в благородных, так и низких целях; последнего можно избежать, только если мы будем связывать свои знания с ценностями. Ценности должны быть связаны между собой.

Современным обществом как никогда востребована личность, ориентирующаяся на воплощение моральных норм во всех сферах своего бытия. В современном российском обществе с его наличием многих пороков (алкоголизма, наркомании, экзистенциальной фрустрации) существует огромный дефицит искренности и гуманности в человеческих взаимоотношениях. Во многом это вызвано тем, что общественность отказалась от морали, сформировавшейся в советский период времени, взамен утраченной не выработала новых, адекватных требованиям настоящего

этапа развития общества ценностных ориентиров. Вследствие этого подрастающее поколение развивается в нравственной нищете и бездуховности, слабо ориентируясь на социальные идеалы и ценности.

Достаточно быстрый отказ от советской системы воспитания не привел к появлению новой, адекватной современным требованиям, педагогической системы, а образовавшийся в учреждениях профессионального образования вакуум заполнился чисто профессиональной подготовкой специалиста, это касается и подготовки будущих специалистов системы здравоохранения.

На актуальность проблемы указывает и тот факт, что в образовании вообще, и в профессионально-педагогическом в том числе, практически утрачен приоритет воспитания, сведена к минимуму воспитательная ценность образовательного процесса. Проведенные опросы среди преподавателей учреждений среднего профессионального образования показали, что попытки педагогов оказывать содействие студентам в формировании и становлении их нравственных качеств не имеют четкой системы, носят стихийный характер, опираются в большей степени на интуицию и жизненный опыт.

**Нравственная компетентность** - это особое профессионально значимое качество субъекта, личностная характеристика будущего педагога, представляющая собой способность и готовность к деятельности по нравственному воспитанию, интегрирующее мотивационно-целостный, когнитивный, деятельностный и рефлексивно-оценочный компоненты, и складывающееся из: глубокого понимания норм морали и задач нравственного воспитания; освоенного опыта, имеющегося в данной области; умения выбирать средства и методы действия в работе с учеником, адекватные конкретным обстоятельствам; чувства ответственности за достигнутые результаты.

**Методика VaKE**, основываясь на парадигме конструктивизма, преследует цель формировать нравственную компетентность посредством обсуждения этических дилемм, а также приобретать фактические знания посредством обучения, строящегося на вопросах. Отправной точкой процесса обучения является этическая дилемма, в которой ставятся вопросы о том, что следует сделать; дальнейшее обсуждение дилеммы поднимает вопросы о том, что важно знать. В то время как изначально вопросы касаются мораль-

ного суждения, следующие относятся к фактическому знанию конкретного предмета или всех предметов. Интеграция морального суждения и приобретения знаний дает возможность решать моральные цели в разных дисциплинах, не пренебрегая при этом эпистемологическими. Благодаря VaKE учащиеся приобретают как минимум столько же знаний, как и при предметно-ориентированном обучении, а иногда и больше.

Таб. 1 Структура занятия по методике VaKE

<b>VaKE (Обучение ценностям и знаниям)</b>	
+	<p>(1) <i>Введение в дилемму</i>: Какие ценности поставлены на карту?</p> <p>(2) <i>Первое обсуждение</i>: Кто «за», кто «против»?</p> <p>(3) <i>Первые аргументы (обсуждение дилеммы)</i>: Почему вы «за»? Почему вы «против»? Согласны ли мы друг с другом?</p> <p>(4) <i>Обмен опытом и недостающей информацией</i>: обмен аргументами, что еще мне нужно знать, чтобы спорить дальше?</p> <p>(5) <i>В поисках доказательств</i>: Найдите информацию, используя любой доступный источник!</p> <p>(6) <i>Обмен информацией</i>: представить информацию! Достаточно ли информации?</p> <p>(7) <i>Дополнительные аргументы (обсуждение дилеммы)</i>: почему вы «за», почему вы «против»?</p> <p>(8) <i>Обобщение информации</i>: представьте свои выводы!</p> <p>(9) <i>Повторите с 4 по 8, если необходимо.</i></p> <p>(10) <i>Общий синтез</i>: подведение итогов с применением всех шагов процесса</p> <p>(11) <i>Обобщение</i>: обсуждение других тем, имеющих отношение к обсуждаемой</p>

#### Использованная литература

1. Мусакаева Г.М. Формирование нравственной компетентности будущих педагогов физической культуры в образовательном процессе колледжа: автореф.дисс....канд.педагог.наук. Челябинск, 2013 Режим доступа: <http://наука-pedagogika.com/pedagogika-13-00-08>
2. Weinberger A., Patry Jean-Luc, Weyringer S. Improving Professional Practice through Practice-Based Research: VaKE (Values and Knowledge Education) in University-Based Teacher Education // Vocations and Learning. 2016. 9:63–84 DOI 10.1007/s12186-015-9141-4

## НУЖНА ЛИ НАУЧНАЯ ОСНОВА ДЛЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА РОТОВОЙ ПОЛОСТЬЮ?

Цуцунова М.Р.,

Подопригора Г.М.

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. Мечникова» Минздрава России

Уход за полостью рта является базовым сестринским вмешательством, которое обеспечивает облегчение и комфорт тяжелобольным пациентам, не способным самостоятельно выполнять эту простую процедуру. В свою очередь, правильно налаженный и регулярно осуществляемый гигиенический уход за ротовой полостью, с одной стороны, является своевременной профилактикой, а с другой — залогом успешного лечения ряда ассоциированных соматических и стоматологических заболеваний.

Несмотря на то, что медсестры считают уход за полостью рта важным аспектом, многие используют неадекватные инструменты. Сами медсестры признают, что процедура по уходу за полостью рта не основана на доказательствах. В отделении интенсивной терапии уход за полостью рта тяжелобольных пациентов связан с высоким риском аспирации, задачу может осложнить или сделать просто невыполнимой интубация.

Сегодня есть доказательства тесной связи между неадекватной гигиеной полости рта и нозокоминальной пневмонией, что должно усиливать мотивацию для ответственного проведения данной процедуры. Вопрос заключается в том, где находимся Мы на континууме отношения к процедуре - «Выполняем ответственно - не проводим»...?

### Обоснование вмешательства – наш бич

Обоснование того или иного сестринского вмешательства зачастую является слабо аргументированным, если не сказать больше – сохраняется тенденция применения ненаучного подхода к вопросам сестринского дела. Пожалуй, самым ярким примером тому является вопрос ухода за ротовой полостью. Не слишком углубляясь в историю сестринского дела обратимся к учебному пособию, изданному в 2006 г. На вопрос «Какая же польза от ухода за полостью рта?» находим такой ответ: «Уход за полостью рта – необходимая процедура для всех больных, так как в полости рта скапливаются микроорганизмы, вызывающие неприятный запах изо рта и являющиеся причиной воспалительных изменений зубов, слизистых оболочек ротовой полости, выводных протоков слюнных желез». (Туркина Н.В., Филенко А.Б. «Общий уход», 2006).

Спустя восемь лет: «Не своевременная гигиена полости рта может привести к появлению запаха изо рта, воспалительным процессам (стоматит, гингивит, кариес). Слизистая оболочка полости рта может быть раздражена или иметь налёт у ослабленных и лихорадящих пациентов...Ежедневный осмотр и проведение гигиены полости рта помогут создать и поддержать комфорт пациенту». («Манипуляции в сестринском деле» Уч.пособие для студентов, Калининград, 2014г.)

Мы решили остановиться на этих двух примерах, так как они однозначно доказывают тот факт, что наше представление о значимости ухода за ротовой полостью практически не изменилось. И это при том, что изучение данного вопроса проводится как за рубежом, так и у нас. И за последние, как минимум 20 лет, концепция ухода отчасти изменилась.

### Обзор научных данных

Какие же вопросы поднимаются в научные исследования?

Например, Дроботько Л.Н. и соавт. пишут об актуальности проблемы кандидоза полости рта среди взрослого населения ввиду частого рецидивирования, наличия большого числа предрасполагающих факторов, отсутствия соблюдения гигиенических мероприятий по уходу за ротовой полостью.[2] Частота кандидоносительства у госпитализированных пожилых пациентов, получающих антибактериальную терапию, достигает 88%. Кандидоз полости рта наиболее часто развивается у взрослых с нарушениями саливации, кариесом, пародонти-тами.

Кандидозная колонизация полости рта увеличивается при сахарном диабете (до 67%), красном плоском лишае (до 76%) и лейкоплакии (до 82%). У пожилых людей, постоянно носящих зубные протезы, существенно возрастает риск колонизации (около 60%), особенно в случае недостаточного соблюдения гигиены полости рта, оставления протезов во рту на ночь. Грибы *Candida* хорошо растут на поверхности съемных протезов из акриловых пластмасс, поддерживая хроническое воспаление слизистой оболочки под протезом.

В мировой практике в целом отмечается повышение интереса к вопросам качества гигиенического ухода за ротовой полостью пожилых пациентов, так как люди пожилого и старческого возраста, как и инвалиды с ограниченными физическими возможностями, имеют повышенный риск развития заболеваний органов полости рта. [1]

В центре внимания работы Царинского М.М. и Царинской Н.М. - современные представления о механизмах поддержания иммунитета в полости рта. Авторы указывают на местные факторы, влияющие на иммунитет в полости рта. Это, прежде всего, гигиена полости рта (ежедневная чистка зубов, использование профилактических средств, препятствующих формированию зубного налета, – гелей, ополаскивателей). Авторы призывают с осторожностью относиться к антибактериальным компонентам, входящим в состав лечебных и профилактических средств по уходу за полостью рта, поскольку их избыточное действие может привести к подавлению симбионтной микрофлоры и развитию дисбактериоза, что, в свою очередь, влияет на иммунитет, поскольку микроорганизмы оказывают позитивное иммуномодулирующее действие на иммунную систему полости рта. [4]

## **ВАП и Протокол профилактики нозокомальной пневмонии**

Наибольший интерес, безусловно, вызывают сестринские исследование. Одно из них проведено в отделениях реанимации НМХЦ им. Н.И. Пирогова, где с 2006 года действует Протокол профилактики нозокомиальной пневмонии. Мероприятия по гигиене полости рта являются одной из составляющих этого Протокола.

Первое, что хотелось бы отметить, - само наличие Протокола профилактики нозокомиальной пневмонии. О пользе протокола заговорили, как минимум 20 лет тому назад, в частности, об этом мы узнаем из работы Fitch J. A. и соавт. [6] Далее, фактически впервые гигиену

## **ПРОТОКОЛ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА**

- пациенту проводили постоянную аспирацию содержимого надманжеточного пространства через специальный канал интубационной или трахеостомической трубки;
- полость рта обрабатывали 4 раза в сутки;
- для обработки применяли 0,02% водный раствор хлоргексидина;
- медсестра последовательно обрабатывала преддверье полости рта, зубы, спинку языка, корень языка и слизистую ротоглотки;
- в ходе обработки и по ее завершении выполняли аспирацию содержимого полости рта;
- после проведения деконтаминации полости рта выполняли увлажнение слизистой оболочки раствором буры с глицерином (Boraxi 3.0 + Glycerini 27.0);
- процедуру завершали санацией трахеи.

**Источник:** Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова

полости рта наши специалисты связывают с нозокомиальной пневмонией. Пользу разработки и внедрения простого не обремененного финансовыми расходами протокола по уходу за полостью рта в ПИТ хирургического отделения и его связь со значительным снижением риска развития пневмонии, связанной с ИВЛ, изучили Sona S.Z. и соавт.[9], а также Garcia R., Jendresky L. и соавт. [7]

Второй момент - целью исследования стало сравнение эффективности методов ухода за полостью рта у больных, которым проводится респираторная поддержка: традиционной методики и методики с использованием специализированных наборов для ухода за полостью рта. [3] То есть, «где-то» данное вмешательство не стоит на месте, а идет, можно сказать, в ногу со временем и с исследованиями, которые проводят наши коллеги за рубежом.

Литературный обзор на известном портале PubMed показал, что сегодня (как и вчера и на протяжении последних 20 лет) этот вопрос действительно интересует исследователей, однако вопросов здесь пока больше, чем ответов. Продолжают изучаться такие аспекты, как связь конкретных методов ухода за полостью рта (деконтаминация полости рта и чистка зубов, включая использование электрических зубных щеток) с продолжительностью ИВЛ, продолжительностью госпитализации и степенью летальности, так как таких исследований пока недостаточно. Например, одно из последних исследований с участием пациентов ПИТ, находящихся на ИВЛ, показало, что электрические зубные щетки снижают зубной налет, однако такие показатели как пневмония, связанная с ИВЛ, не были включены в исследование. В другом исследовании изучалось влияние на снижение скорости развития ВАП таких переменных как «чистка зубов», «применение хлоргексидина» и «чистка зубов плюс хлоргексидин». Чистка обычной зубной щеткой и полоскание хлоргексидином считаются оптимальными мерами гигиены полости рта у пациентов в критическом состоянии. [8]

Серьезной проблемой считается не только ограниченное число данных в поддержку ухода за полостью рта, а также отсутствие стандартных инструментов для оценки состояния полости рта, чтобы определить, как часто и в каком объеме следует проводить уход.

### **Программа систематического ухода за полостью рта у тяжелобольных пациентов ПИТ**

Цель данного исследования стало изучение влияния программы систематического ухода за полостью рта на показатели оценки состояния полости рта у тяжелых пациентов в 3 отделениях интенсивной терапии. [5] Для оценки состояния полости рта была использована модифицированная оценочная шкала Бека (BOAS)\* и показатель слизистой оболочки (MPS). Для персонала было проведено обучение с участием стоматолога или гигиениста, причем обучение проводилось несколько раз в зависимости от потребностей каждого подразделения и персонала, выходящего на смену. Процедура ухода за полостью рта была также доступна на DVD.

---

\*Модифицированная оценочная шкала Бека – это балльная система, в которой задействованы для оценки такие параметры как губы, десны и слизистая ротовой полости, язык, зубы, слюна. При наборе определённого количества баллов предлагаются рекомендации по уходу за ротовой полостью пациента.

Оценка состояния полости рта пациентов проводилась во время поступления в ПИТ и на каждой «смене». Частота ухода за полостью рта определялась по шкале BOAS, как минимум, каждые 12 часов. Прежде, чем проводить уход, медсестер попросили проводить оценку уровня сознания и санацию ротовой полости. При наличии эндотрахеальной трубки, трубка была включена в уход за полостью рта. Медсестрам было поручено очищать ее аккуратно с помощью зубной щетки или использовать марлю для удаления загрязнений. После ухода за полостью рта на зубы и слизистую оболочку наносили безалкогольный 0,12% хлоргексидин (в виде спрея). Излишки хлоргексидина и секрета убирали электроотсосом. Между чистками зубов полость рта увлажнялась определенной жидкостью для полоскания рта или водой.



Исследование показало, что у пациентов, которым проводился систематический уход за полостью рта, были существенно низкие общие показатели по шкале оценки состояния ротовой полости Бека. (В данном исследовании баллы по шкале BOAS были выше до обучения персонала, что отражало плохое состояние полости рта у пациентов, которые получали обычный, а не систематический, уход за ротовой полостью, принятый в конкретном отделении ПИТ).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сестринская практика продолжает оставаться без научного обоснования. Это касается и таких, как может показаться на первый взгляд, простых процедур, как уход за ротовой полостью. Однако проведенные исследования за последние 20 лет показали тесную связь между отсутствием адекватной гигиены полости рта у тяжелых пациентов и нозокомиальной пневмонией, в связи с чем считается необходимым разрабатывать и внедрять Протокол профилактики нозокомиальной пневмонии, включающий мероприятия по гигиене полости рта.

В центре внимания проводимых научных исследований остаются такие параметры как деконтаминация полости рта хлоргексидином и чистка зубов, в частности, с применением электрических зубных щеток. При этом появились исследования, доказывающие важность систематического ухода за ротовой полостью.

Однако разработчики учебной литературы не торопятся включать научные данные в свои издания, а это значит, что еще не одно поколение медицинских сестер будет лишено возможности узнать о том, что такое научно-обоснованное сестринское вмешательство.

---

### Использованная литература

1. Арьева Г.Т. Что должна знать медицинская сестра о гигиеническом уходе за полостью рта пациентов пожилого и старческого возраста // *Российский семейный врач*. 2013. №1.
2. Дроботько Л.Н., Кисельникова Л.П. и др. Грибковые заболевания полости рта // *МС*. 2017. №9.
3. Пивкина А.И., Гусаров В.Г. и соавт. Качественный уход за полостью рта у больных на ИВЛ - пути решения проблемы (Сестринское исследование) // *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова*. 2014. №2.
4. Царинский М. М., Царинская Н. М. Современные представления о механизмах поддержания иммунитета в полости рта // *Кубанский научный медицинский вестник*. 2012. №2.
5. Ames NJ, Sulima P, Yates JM, et al. Effects of systematic oral care in critically ill patients: a multicenter study. *Am J Crit Care*. 2011; 20(5):e103–e114. doi:10.4037/ajcc2011359
6. Fitch J. A., Munro C. L. et al. Oral care in the adult intensive care unit // *Am J Crit Care*. 1999 Sep; 8(5): 314–318.
7. Garcia R., Jendresky L. et al. Reducing ventilator-associated pneumonia through advanced oral-dental care: a 48-month study // *Am J Crit Care*. 2009 Nov; 18(6): 523–532. Doi: 10.4037/ajcc2009311
8. Par M., Badovinac A., Plancak D. Oral hygiene is an important factor for prevention of ventilator-associated pneumonia // *Acta Clin Croat*. 2014 Mar; 53(1): 72–78.
9. Sona CS, Zack JE et al. The impact of a simple, low-cost oral care protocol on ventilator-associated pneumonia rates in a surgical intensive care unit // *J Intensive Care Med*. 2009 Jan-Feb; 24(1):54-62. doi: 10.1177/0885066608326972.

## ПРАЗДНОСТЬ РАССЛАБЛЯЕТ ТЕЛО И ПРИНОСИТ ПРЕЖДЕВРЕМЕННУЮ СТАРОСТЬ

**60 лет тому назад, в 1959 году советские ученые осуществили первый полный перевод труда А. Цельса на русский язык. Энциклопедический труд Цельса «О медицине», содержащий огромное количество разнообразных теоретических и практических сведений и по сути дела обобщавший достижения древней медицины, был высоко оценен его современниками. Еще тогда, в Древнем Риме, Цельса называли «латинским Гиппократом».**

Древнеримский ученый-энциклопедист и врач Авл Корнелий Цельс был разно-сторонне образованным человеком, автором обширной энциклопедии «Artes» («Искусства»), обобщавшей знания древних по самым различным вопросам – юриспруденции, сельскому хозяйству, военному делу и пр. Книга «О медицине» - единственный дошедший до нас труд Цельса – составляет часть этой энциклопедии.

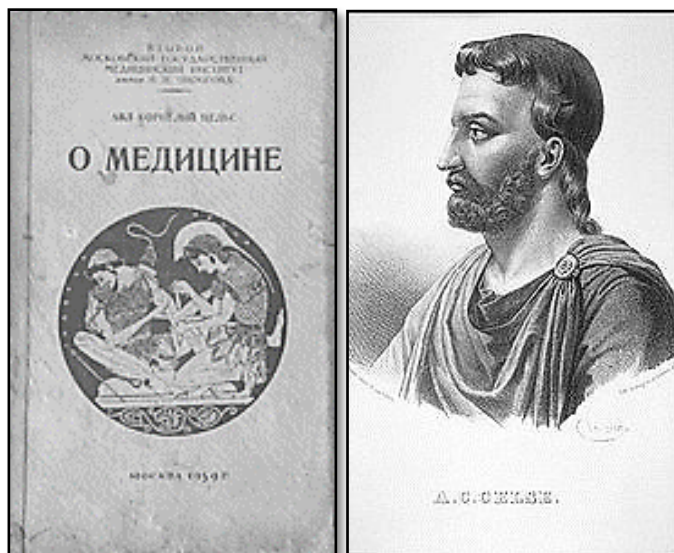
Автор достаточно подробно изложил взгляды своих предшественников, прежде всего «отца медицины» Гиппократов, а также Герофила, Эразистрата, Асклепиада и других знаменитых врачей (именно благодаря Цельсу человечество узнало о многих достижениях древних врачей).

Врач-гуманист Цельс далеко не всегда и не во всем соглашался со своими предшественниками, а порой и критиковал их. Основанием для этого послужил богатый врачебный опыт Цельса, приобретенный в древнеримской больнице для рабов. Характерно, что свой труд римский врач начал с разделов о гигиене и диететике здорового человека. Говоря об образе жизни, он рекомендовал «как можно чаще заниматься физическими упражнениями, так как праздность расслабляет тело, а труд укрепляет его; первое приносит преждевременную старость, второе – продолжительную молодость».

Цельс подробно описывал признаки отдельных болезней, а затем говорил об общих способах их лечения, выделяя кровопускания (этот лечебный метод использовали в медицине в течение многих столетий).

Разнообразные методы лечения Цельс рекомендовал применять индивидуально, согласуясь с состоянием больного. «...Нельзя сразу отказываться от того, что требует от врача умственного напряжения и проницательности, - писал он, - так как особенная ценность врачебного искусства состоит не в том, чтобы считать, сколько лет больному, и не в том, чтобы придерживаться какого-либо единственного взгляда на лечение, а в том, чтобы, взвесив силы больного, вывести из этого заключение».

Древняя медицина использовала много различных лекарств. В книге Цельса приведены подробные сведения о свойствах и приготовлении лекарств, их действии,



способах назначения и дозировках, различных лекарственных формах. В то же время в отличие от многих предшественников он считал необходимым сочетать применение лекарств с рекомендациями по гигиене и диететике.

Наибольшее значение имели разделы, посвященные хирургии. Цельс нарисовал отличный портрет хирурга, изложив требования, которые предъявляла к нему медицина: «Хирург должен быть человеком молодым или близко стоять к молодому возрасту; он должен иметь сильную твердую, не знающую дрожи руку... он должен обладать зрением острым и пронизательным, душой бестрепетной и сострадательной настолько, чтобы он желал вылечить того, кого он взялся лечить...»

Среди нововведений, которые впервые описал Цельс, наиболее важны способы остановки кровотечения. Это, прежде всего, тампонада. Если же она не помогла и кровотечение продолжалось, то ученый советовал наложить лигатуры на сосуды или прибегнуть к прижиганию. Кстати, описанный им метод прижигания ран использовался затем в медицине в продолжение около полутора тысячелетий. Цельс подробно описал, что надо делать при осложненных ранах, например, при возникновении гангрены.

Цельс обогатил современную ему хирургию описанием ряда новых операций. Так, он первым сообщил об операции при катаракте: впоследствии ее производили в течение многих столетий хирурги ряда стран. Вплоть до конца 20-х годов XIX века применялся и впервые описанный Цельсом метод операции бокового промежностного камнесечения. Немало нового изложил Цельс и в вопросах пластической хирургии, болезней полости рта, патологии костей, различной гинекологической и акушерской патологии (именно он первым описал поворот на ножки плода в родах).

## БИБЛИОТЕКЕ НА ИТАЛЬЯНСКОЙ – 100 ЛЕТ!

В 1919 г. по инициативе группы медиков во главе с академиком Н.Ф.Гамалеей (1859-1949) в Петрограде создана центральная медицинская библиотека Губздравотдела. Основана она была на базе Библиотеки земских врачей, переданной Центральной медицинской выставке (преобразованной в 1919г. в Музей-выставку здравоохранения, а затем – в Дом санитарного просвещения).

Библиотека является одной из первых публичных медицинских, основанных в России после революции 1917 г. В 1983 г. подразделение было включено в перечень медицинских библиотек, «имеющих исторически сложившиеся уникальные фонды большой научной и культурной ценности и выполняющие функции депозитариев».

Коллекция редких изданий до 1917 г. сегодня составляет 11 616 единиц хранения: 2360 экземпляров книг и 9256 экземпляров журналов. Среди раритетов – манускрипт «Книга врачебной хитрости», «О здравии ученых людей Г.Тиссоа (1787)», «Домашний лечебник, или Простой способ лечения» Х.Пекена (1765) и др.

В библиотеке хранятся труды основоположников отечественной медицины: Н. Амбодика-Максимовича, В. Рихтера, Д. Жбанкова, П. Куркина, Г. Рейна, И. Мечникова, И. Сеченова, Н. Пирогова, Д. Отта.

В редком фонде имеются уникальные издания с автографами выдающихся деятелей медицины: С.Боткина, Е.Боткина, В.Бехтерева, Н.Гамалеи, В.Губерта, В.Оппеля, П.Тарновской, К.Улезко-Строгановой, Г.Хлопина. 80 томов из редкого фонда включены в Общероссийский свод книжных памятников.

Библиотека сотрудничает с РНБ, где получает книги, отечественные и иностранные журналы, авторефераты диссертаций.

Информация о библиотеке – на сайте ГЦМП в разделе «Библиотека» или по запросу: «Медицинская библиотека СПб, ул.Итальянская, 25». Электронный каталог доступен только в локальной сети.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2019, № 19

---

Подписано в печать 17.05.2019. 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

---

Е-mail: [mediteka21@mediteka.ru](mailto: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](mailto:galanika@list.ru), [www.galanika.com](http://www.galanika.com)