

2018, № 4 (18)

## 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.

**ХІУ НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ  
«ПУШКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Герiatrics - основа межведомственной системы  
комплексной медико-социальной помощи гражданам  
старшего поколения**

29 ноября прошла XIV научно-практическая конференция «ПУШКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ. Герiatrics - основа межведомственной системы комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения». На пленарном заседании конференции, которая проходила в Конгресс-холле Санкт-Петербургского Городского гериатрического центра, приняли участие Президент Геронтологического общества РАН **Анисимов В.Н.**, Заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике **Бибикова Е.В.**, Главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга **Софиева З.А.**, главный врач СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр» **Серпов В.Ю.**

В соответствии с планом работы и программой конференции в пленарном заседании были представлены доклады депутатов Законодательного Собрания СПб **Ивченко Б.П.** («Повышение качества жизни пожилых граждан и совершенствование нормативной базы, регламентирующей предоставление государственной социальной помощи гражданам старшего поколения»), и **Тугова Д.Б.** («Реализация партийного проекта «старшее поколение» в Санкт-Петербурге: использование опыта, наработок, отработка взаимодействия государственных структур с общественными организациями»), а также д.м.н., профессора кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России **Фроловой Е.В.** («Задачи северо-западного федерального округа в национальном проекте «Демография»), д.м.н., профессора кафедры герiatrics, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России **Арьева А.Л.** «Организация герiatricsкой службы в Ленинградской области», к.т.н. **Финагентова А.В.** «Разработка и реализация государственных региональных программ по совершенствованию комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения» (АНО «Северо-Западный институт герiatrics и социально-медицинского проектирования»).

Среди частных вопросов прозвучали, в частности, такие как «Деонтологические аспекты работы мультидисциплинарной бригады» (Лавут Л.М.), «Заболевания глаз, наиболее часто встречающиеся в пожилом возрасте» (Хокканен В.М.), «Хрономедицинский подход к проблеме констипации у пациентов старшего возраста» (Шемеровский К.А.), «Скандинавская ходьба как модель физической активности для пожилых» (Волков А.В.).

Отдельные вопросы были обсуждены в рамках секционных заседаний:

Секционное заседание 1 - Межрегиональный семинар по реализации партийного проекта «Старшее поколение» ВПП «Единая Россия» в Санкт-Петербурге «Создание опытной зоны долговременного комплексного медико-социального сопровождения граждан старшего поколения, ветеранов в Адмиралтейском и Невском районах Санкт-Петербурга»;

секционное заседание 2 – «Школа по лечению хронической боли».

Одним из организаторов мероприятия выступила кафедра герiatrics, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова». Зав. кафедрой – Лаптева Е.С.

**ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ**

Лаптева Е.С., Лавут Л. М., Аристидова С. Н.  
ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

Мультидисциплинарная команда (бригада) это объединение специалистов, оказывающих помощь в лечении и реабилитации больных, работающая как единая команда (бригада) с четкой согласованностью, координированностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход в реализации задач лечения и реабилитации. Это определение предложено региональным бюро ВОЗ по европейским странам. Залогом плодотворного сотрудничества среднего и младшего персонала с врачами является четкое понимание сфер ответственности каждого работника мультидисциплинарной команды.

При формировании команды большое значение имеют личностные качества членов команды. Они должны быть профессионалами, совместимыми с коллегами, принципиальными, уважающими мнение коллег, способными на бескорыстную помощь членам команды и работающими на общий результат. Нежелательно включать в команду медработников с явной склонностью к конфликтному поведению, эгоцентриков и людей с завышенной самооценкой.

Члены мультидисциплинарной бригады должны владеть основными этическими принципами: милосердием, гуманностью, уважением человеческого достоинства пациентов, эмпатией, конфиденциальностью, справедливостью и доброжелательностью.

Медработники общаются с пациентами вербально, невербально и паравербально. Исследования показали, что восприятие информации через вербальное общение составляет лишь – 7%, через невербальное – 38%, паравербально воспринимается 55% информации. Эти данные диктуют медработникам следить за своей мимикой, жестами, взглядами, позами, а также интонацией голоса, темпом и четкостью речи, соблюдать паузы при общении. При вербальном общении необходимо создать благоприятный психологический климат в начале беседы. Важно уметь внимательно слушать и реагировать на высказывания, ориентироваться в проблеме пациента и уметь обмениваться с пациентом мнениями, обсуждать варианты его лечения и ухода. Очень важно уметь выходить из контакта. Последняя фраза должна быть доброжелательной и выражать надежду на благоприятный исход болезни, а в случае паллиативного больного давать уверенность, что медики помогут облегчить страдания.

Желательно, чтобы члены мультидисциплинарной команды при оказании медицинской помощи предвидели реакцию пациента на свои действия. Реакция зависит от типа нервной системы больного. С холериками и меланхоликами следует сохранять спокойствие, больные этих типов должны чувствовать желание им помочь, доброжелательностью, уверенность ваших действий. Сангвиники и флегматики более дисциплинированы, рекомендации по лечению принимают более оптимистично и верят в успех лечения, особенно сангвиники.

Современное поколение медработников относится часто к миллеиналам, то есть к рожденным в 1990-2000 годах. Им свойственна вовлеченность в цифровые технологии, нарушение коммуникации, отсутствие эмпатии. Включая их в команду желательно способствовать формированию у миллеиналов чувства эмпатии к пациентам и коммуникативных способностей.

Таким образом, при формировании мультдисциплинарной команды следует учитывать не только деловые качества членов команды, но их черты характера и совместимость друг с другом. Известный музыкант и руководитель ансамбля Рудольф Баршай писал: «Для игры в ансамбле человеческие качества важнее музыкальных. Если партнер не обладает скромностью, гибкостью, терпением, не хочет слышать партнера, он не добьется хороших результатов в ансамбле».

## **ЭКСПРЕССИЯ БЕЛКОВ P16 И P53 В БУККАЛЬНОМ ЭПИТЕЛИИ: ОЦЕНКА ТЕМПА СТАРЕНИЯ ОРГАНИЗМА ПРИ РАЗВИТИИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

**Зуев В.А.<sup>1</sup>, Ильина А.Р.<sup>1,2</sup>, Кветная Т.В.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии,  
Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого,  
Санкт-Петербург, Россия

Болезнь Альцгеймера (БА) – наиболее распространенное нейродегенеративное заболевание у лиц старших возрастных групп. Перспективным направлением ранней прижизненной диагностики БА является изучение экспрессии сигнальных молекул в периферических тканях. Такой вид диагностики возможен благодаря тому, что некоторые клетки периферических тканей способны экспрессировать те же молекулы-маркеры БА, что и клетки гиппокампа (A $\beta$  и т-протеин). Кроме того, на начальных стадиях БА в гиппокампе возрастает экспрессия транскрипционных факторов p53 и p16 – маркеров старения, активирующих апоптотические процессы. Цель работы - оценка темпа старения организма по экспрессии белков p16 и p53 в буккальном эпителии (БЭ) пациентов с БА. Объект исследования – биопсийный материал БЭ людей пожилого и старческого возраста без нейропатологии (контроль) и с БА (начальная и умеренная стадия деменции). Экспрессию белков p16 и p53 выявляли на цитологических мазках БЭ иммунофлуоресцентным методом с использованием первичных антител к p16 (1:50, Dako), p53 (1:50, Dako) и последующей визуализацией на инвертированном конфокальном микроскопе "Olympus" Fluoview CM FV300-IX70. Результаты иммуноцитохимического окрашивания оценивали в программе «Videotest Morphology 5.2» по показателю площади экспрессии и оптической плотности. Статистическую обработку экспериментальных данных проводили в программе "Statistica 6.0". По результатам исследования выявлено увеличение синтеза белков клеточного старения и апоптоза в БЭ пациентов с БА пожилого и старческого возраста: p16 - в 6-10 раз и p53 - в 2-3 раза по сравнению с лицами без нейропатологии тех же возрастных групп.

Полученные данные показали, что исследование экспрессии белков p16 и p53 в БЭ является перспективным методом оценки темпа старения организма при развитии БА.

## ПОЛИПЕПТИДНЫЙ КОМПЛЕКС «ЭПИТИД» НОРМАЛИЗУЕТ СИНТЕЗ МОЛЕКУЛ-МАРКЕРОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЭПИФИЗА ПРИ СТАРЕНИИ

Ивко О.М.<sup>1</sup>, Линькова Н.С.<sup>2,3</sup>, Полякова В.О.<sup>2,4,5</sup>, Кветной И.М.<sup>2,4,5</sup>, Орлова О.А.<sup>1</sup>, Rahbani S.<sup>6</sup>, Хавинсон В.Х.<sup>2,7</sup>

<sup>1</sup>*Predictive Medicine Institute, Nicosia, Cyprus*

<sup>2</sup>*Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург, Россия*

<sup>3</sup>*Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург, Россия*

<sup>4</sup>*Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта, Санкт-Петербург, Россия*

<sup>5</sup>*Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия*

<sup>6</sup>*Dermapro Anti Aging center, Beirut, Lebanon*

<sup>7</sup>*Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, Санкт-Петербург, Россия*

Снижение синтеза молекул, регулирующих циркадные ритмы, отражает физиологические механизмы возрастной инволюции эпифиза. «Эпитид» - пептидный комплекс, выделенный из эпифиза, восстанавливает синтез мелатонина в эпифизе при старении.

Цель работы – изучить молекулярные механизмы биологической активности «Эпитида» у лиц пожилого возраста. Объект исследования – буккальный эпителий (БЭ) лиц пожилого возраста – позволяет проводить прижизненную оценку экспрессии молекул, характеризующих функциональную активность эпифиза. Пациенты получали «Эпитид» ежедневно по одной орогрануле сублингвально утром в течение 30 дней. Пациенты контрольной группы принимали плацебо - орогранулы без активного компонента. Проведен иммунофлуоресцентный анализ БЭ с использованием антител к Melatonin, CLOCK, BMAL-1 (1:100, Abcam). Полученные при помощи конфокальной микроскопии изображения проанализированы в программе "Videotest Morphology 5.2" по показателю площади экспрессии. Статистическая обработка данных проводилась в программе "Statistica 7.0". У лиц, принимавших «Эпитид», экспрессия Melatonin, CLOCK и BMAL-1 повышалась соответственно на 31%, 18% и 16% по сравнению с контролем.

Результаты исследования указывают на перспективность применения «Эпитида» для восстановления функций эпифиза при старении.

## ЭКСПРЕССИЯ Т-ПРОТЕИНА И А-СИНУКЛЕИНА В ЧЕРНОЙ СУБСТАНЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ФИБРОБЛАСТАХ КОЖИ У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Ильина А.Р.<sup>1,2</sup>, Зуев В.А.<sup>1</sup>, Кветная Т.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург, Россия*

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург, Россия

Болезнь Паркинсона (БП) - нейродегенеративное заболевание, этиология которого в настоящее время остается неясной. Актуальной задачей молекулярной медицины является поиск методов предиктивной диагностики БП с целью раннего начала фармако-терапии и улучшения качества жизни пациентов. Популярным направлением исследований в этой области является поиск биомаркеров, специфичных для БП, определение которых в периферических тканях позволит провести предиктивную оценку риска возникновения заболевания. Цель исследования – сравнительное изучение экспрессии  $\alpha$ -синуклеина и т-протеина в черной субстанции (ЧС) головного мозга и фибробластах кожи лиц пожилого и старческого возраста. Объекты исследования – аутопсийный материал ЧС и биопсийный материал фибробластов кожи пациентов пожилого и старческого возраста без нейропатологии (контроль) и с БП. Экспрессию т-протеина и  $\alpha$ -синуклеина в нефиксированных фибробластах кожи и препаратах ЧС определяли иммуногисто- и иммуноцитохимическими методами с использованием первичных антител к т-протеину (1:75, Dako),  $\alpha$ -синуклеину (1:100, Abcam) и последующей визуализацией на инвертированном конфокальном микроскопе "Olympus" Fluoview CM FV300-IX70 при увеличении 200. Количественную оценку экспрессии молекул проводили в программе «VideotestMorphology 5.2» по показателям площади экспрессии и оптической плотности. Статистическую обработку экспериментальных данных проводили в программе "Statistica 6.0". Экспрессия т-протеина и  $\alpha$ -синуклеина в ЧС головного мозга пациентов пожилого и старческого возраста с БП была в 11-25 раз выше по сравнению с лицами без нейропатологии. В фибробластах кожи пациентов с БП экспрессия  $\alpha$ -синуклеина была в 3-14 раз выше по сравнению с лицами без нейропатологии, а экспрессия т-протеина в исследуемых группах достоверно не различалась. Таким образом, иммуноцитохимическое исследование экспрессии  $\alpha$ -синуклеина в фибробластах кожи может являться легкодоступным методом ранней диагностики БП у людей старших возрастных групп.

## **ДИПЕПТИДЫ СНИЖАЮТ АПОПТОЗ ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ ПРИ ИХ СТАРЕНИИ *IN VITRO***

**Миронова Е.С.<sup>1</sup>, Дудков А.В.<sup>1</sup>, Ивко К.О.<sup>2</sup>, Бенберин В.В.<sup>1</sup>, Хавинсон В.Х.<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии,  
Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>Predictive Medicine Institute, Nicosia, Cyprus

<sup>3</sup>Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, Санкт-Петербург, Россия

Короткие пептиды, в том числе лекарственный препарат Тимоген (дипептид EW), обладают выраженным иммуно- и геропротекторным действием. На молекулярно-клеточном уровне их биологическая активность реализуется через стимуляцию пролиферации и дифференцировки и снижение выраженности апоптоза иммунных клеток. При этом антиапоптотическое действие иммунопротекторных пептидов наименее изучено. Цель работы - изучить влияние пептидов EW и KE на экспрессию маркеров каспаза-зависимого и

митохондриального апоптоза в культурах лимфоцитов крови человека при старении. Материал исследования, первичные культуры лимфоцитов крови человека, выращивали до 3 пассажа («молодые» культуры) и до 14 пассажа («старые» культуры). Все культуры лимфоцитов были разделены на 3 группы: контроль (добавление физраствора), 2 – добавление пептида EW (100 нг/мл), 3 – добавление пептида KE (100 нг/мл). Проведен иммуноцитохимический анализ клеток с использованием антител к p53 («Novocastra», 1:50), Caspase-9 («Abcam», 1:100), AIF («Novocastra», 1:150). Полученные при помощи конфокальной микроскопии изображения проанализированы в программе “Videotest Morphology 5.2” по показателю площади экспрессии. Статистическую обработку данных проводили в программе “Statistica 8.0”.

Площадь экспрессии p53 в «старых» культурах увеличивалась в 7,38 раза по сравнению с «молодыми» культурами. Добавление пептида EW снижало экспрессию p53 в «молодых» и «старых» культурах соответственно в 1,95 и 3,03 раза. Добавление пептида KE снижало экспрессию p53 в «молодых» и «старых» культурах в 2,17 и 1,26 раза. Площадь экспрессии Caspase-9 в «старых» культурах увеличивалась в 3,70 раза по сравнению с «молодыми» культурами. При добавлении пептидов EW и KE в «старых» культурах экспрессия этого маркера снижалась в 3,38 и 1,41 соответственно. Площадь экспрессии AIF в контроле «старых» культур лимфоцитов была в 2,70 раза выше по сравнению с «молодыми» культурами. Добавление пептида KE снижало экспрессию AIF в «старых» культурах лимфоцитов в 1,85 раза.

Иммуно- и геропротекторное действие пептида EW реализуется путем воздействия на митохондриальный и каспаза-зависимый путь апоптоза. Пептид KE регулирует только каспаза-зависимый апоптоз лимфоцитов крови человека при их старении.

## ПЕПТИДНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КЛЕТЧНОГО СТАРЕНИЯ

**Хавинсон В.Х.<sup>1,2</sup>, Линькова Н.С.<sup>1,3</sup>, Богатырев А.Н.<sup>1</sup>, Миронова Е.С.<sup>1</sup>, Трофимова С.В.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург, Россия

Короткие пептиды – биологически активные молекулы с физиологическим механизмом действия. Эти молекулы способствуют увеличению продолжительности жизни, уменьшают вероятность возникновения онкологических заболеваний, восстанавливают функции органов и тканей при старении в норме и при патологии.

Цель работы – изучить молекулярные механизмы биологической активности коротких пептидов в культурах клеток при их старении. В исследовании использовали плюрипотентные клетки лягушки *Xenopus Laevis*, эмбриональные клетки костного мозга, поджелудочной железы и бронхиального эпителия человека, первичные культуры тимуса, сосудов, сетчатки и кожи крыс линии Wistar. Экспрессию белков - маркеров пролиферации, дифференцировки и апоптоза изучали с помощью иммунофлуоресцентной микроскопии

и морфометрии. Пептид AEDG в плюрипотентных клетках стимулировал появление нервной ткани, пептид KE - сетчатки. Пептиды AEDG, KED, KE индуцировали дифференцировку эмбриональных клеток костного мозга CD34<sup>+</sup> в CD14<sup>+</sup> клетки, CD3<sup>+</sup> предшественников Т-лимфоцитов - в Т-хелперы и цитотоксические Т-лимфоциты. Пептид KEDW стимулировал дифференцировку ацинарных (Pdx1, Ptf1a) и островковых (Pdx1, Pdx6, Pdx4, Foxa2, NKx2.2) клеток поджелудочной железы. Пептиды AEDG, KED, KE, AEDL уменьшали экспрессию проапоптотических белков p53, p21, p16 каспазы-3 и усиливали экспрессию пролиферативного маркера Ki67 в фибробластах кожи, клетках почек, бронхиальном эпителии, тимоцитах, эндотелиальных клетках. Пептиды KE и AEDG индуцировали дифференцировку эмбриональных клеток сетчатки в нейроны (Brn3, Prox1, Vsx1, Pax6).

Короткие пептиды стимулируют дифференцировку, пролиферацию и снижают апоптоз клеток при их старении. Общие молекулярные механизмы пептидергической регуляции клеточной дифференцировки, пролиферации и апоптоза лежат в основе влияния пептидов на функции различных органов и продолжительность жизни.

## **ЦИТОФЛАВИН В ПРОФИЛАКТИКЕ ОТСРОЧЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ (ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ) ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**Цыган Н.В., Яковлева В.А., Рябцев А.В., Малышок Д.А., Карпова О.А., Проскуряков А.А., Никишин В.О.**

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург*

**Введение:** Послеоперационная мозговая дисфункция – это изменение структурного и функционального состояния головного мозга, преимущественно сосудистого генеза, возникающее в хирургической практике в интраоперационном или раннем послеоперационном периоде, проявляющееся в виде преходящих или стойких нарушений функций нервной системы. Послеоперационная мозговая дисфункция включает три клинических типа: периоперационный инсульт; симптоматический делирий раннего послеоперационного периода; отсроченные когнитивные нарушения (послеоперационную когнитивную дисфункцию). Отсроченные когнитивные нарушения являются наиболее частым клиническим типом послеоперационной мозговой дисфункции, в развитии которого ключевую роль играют изменения церебральной перфузии в периоперационном периоде.

**Цель исследования:** Оценка безопасности и эффективности предоперационного применения антигипоксического цитопротективного лекарственного препарата цитофлавин для защиты головного мозга и профилактики послеоперационной мозговой дисфункции при плановой операции коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения.



**Материалы и методы:** 55 пациентов были разделены на группы “контроль” (n=31; 63 [58; 68,5] лет) и “лечение” (n=24; 63,5 [62; 66,5] лет). В группе “лечение” в предоперационном периоде пациенты получали лекарственный препарат цитофлавин внутрь с 7-х по 1-е сут до операции. В до- и послеоперационном периодах выполняли неврологическое, нейропсихологическое (MoCA, FAB), психометрическое (HADS), нейровизуализационное обследование. Критерием диагностики отсроченных когнитивных нарушений являлось снижение результатов послеоперационного нейропсихологического обследования по MoCA и/или FAB на 2 и более баллов, в том числе выраженных отсроченных когнитивных нарушений – на 3 и более баллов.

**Результаты:** Исследуемые группы пациентов были однородны по полу, возрасту, результатам неврологического и нейропсихологического обследования в предоперационном периоде. Частота периоперационного инсульта, а также частота симптоматического делирия раннего послеоперационного периода не имели достоверных различий в исследуемых группах. Отсроченные когнитивные нарушения были диагностированы в группе “контроль” у 15 (48,4%) пациентов, в группе “лечение” – у 10 (41,7%) пациентов (p=0,63). Снижение по шкале MoCA на 3 и более баллов в послеоперационном периоде наблюдалось в группе “контроль” у 9 (29%) пациентов, в группе “лечение” – у 1 (4,2%) пациента (ОШ 0,11; 95% ДИ 0,002-0,908; p=0,036). Прием цитофлавина в предоперационном периоде имел хороший профиль безопасности.

**Заключение:** Предоперационное применение цитофлавина уменьшает частоту выраженных отсроченных когнитивных нарушений при операциях коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения. Полученные результаты позволяют предполагать эффективность предоперационного применения цитофлавина для уменьшения частоты и тяжести периоперационного инсульта и симптоматического делирия раннего послеоперационного периода при хирургическом лечении ишемической болезни сердца.

## ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МАДРИДСКОГО МЕЖДУНАРОДНОГО ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ: ПЕРВЫЕ 15 ЛЕТ

Михайлова О.Н.

*Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург*

**Введение.** Мадридский международный план действий по проблемам старения (ММПДПС), принятый на второй Всемирной ассамблее по проблемам старения в Мадриде в 2002 году, продолжает оставаться глобальной политической рамочной программой, направляющей действия стран в ответ на старение населения. В региональной стратегии осуществления, принятой в Берлине в 2002 году, закреплены десять обязательств государств – членов ЕЭК, на которые они решили сосредоточить особое внимание при осуществлении Мадридского плана (ECE/AC.30/2017/3 GE.17-11691 7).

В начале осуществления ММПДПС было решено проводить обзор и оценку хода его осуществления каждые пять лет как на региональном, так и на глобальном уровнях. В

2007 году на Конференции ЕЭК на уровне министров в Леоне (Испания) был завершен первый пятилетний цикл обзора и оценки хода осуществления ММПДПС/PCO, и в Декларации министров были подтверждены десять обязательств Региональной стратегии осуществления (PCO). В 2012 году на Конференции ЕЭК на уровне министров в Вене (Австрия) был завершен второй цикл обзора и оценки на региональном уровне. В Венской декларации министров наряду с четырьмя целями была одобрена концепция активного старения. Третий цикл обзора и оценки за период 2012–2017 годов был запущен в июне 2015 года. Странам было предложено сообщить о прогрессе, достигнутом по каждой из четырех приоритетных целей, поставленных в Венской декларации 2012 года: 1) поощрять более долгую трудовую жизнь и поддержание трудоспособности; 2) поощрять участие, недискриминацию и социальную интеграцию пожилых людей; 3) поощрять и охранять достоинство, здоровье и самостоятельность в пожилом возрасте; и 4) обеспечивать и укреплять межпоколенческую солидарность. Третий цикл обзора и оценки завершился в 2017 г. Конференцией ЕЭК на уровне министров в Лиссабоне (Португалия), на которой была принята Лиссабонская заявка министров **«Устойчивое общество для всех возрастов: реализация потенциала более продолжительной жизни»**.

**Актуальность.** После принятия ММПДПС/PCO в 2002 году демографическая структура стран региона продолжала меняться под влиянием процесса старения населения. К 2017 году в общей численности населения региона, насчитывающего 1,27 млрд человек, число людей в возрасте 65 лет и старше увеличилось до 194,9 млн человек (15,4%). Для сравнения, в 2002 году эта возрастная группа насчитывала 154,5 млн человек (13,1% от общей численности населения региона). На масштабы и темпы старения населения влияют увеличение средней продолжительности жизни, хронически низкая рождаемость, а также рост миграции. При сохранении этих тенденций к 2030 году люди в возрасте 65 лет и старше будут составлять более одной пятой от общей численности населения в регионе ЕЭК. На лиц в возрасте 80 лет и старше будет приходиться 5,4% населения. Медианный возраст населения ЕЭК увеличится к 2030 году до 42,3 лет по сравнению с 38,8 лет в настоящее время (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. New York: United Nations <https://esa.un.org/unpd/wpp/>*).

В ряде стран Восточной Европы увеличение продолжительности жизни в последнее время было гораздо более заметным, чем в среднем по региону. Тем не менее, различия в ожидаемой продолжительности жизни между странами ЕЭК, а также между мужчинами и женщинами (как между странами, так и в рамках отдельных стран) остаются довольно значительными. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении у мужчин колеблется от 81,2 лет в Исландии до 64 лет в Туркменистане, а у женщин – с 85,3 лет в Испании до 74,5 лет в Таджикистане.

Государства – члены ЕЭК проводят широкомасштабные программы реформ, пытаются адаптироваться к демографическим изменениям в регионе. В период с 2012 по 2017 год страны предпринимали шаги по реформированию основ социальной защиты в пожилом возрасте – пенсионного обеспечения, медицинского обслуживания и долгосрочного ухода – в целях удовлетворения растущего спроса. Эти реформы были направлены на то,

чтобы каждый человек мог встретить старость достойно при полном уважении своих прав человека.

Во многих странах ЕЭК были разработаны или пересмотрены комплексные национальные стратегии в области старения, воплощающие концепцию активного старения. Они разработали политические меры, создающие стимулы и условия для активной социальной и самостоятельной жизни пожилых людей на протяжении как можно более длительного времени. Такие страны, как Армения, Грузия и Республика Молдова, получали от ЕЭК помощь в разработке и реализации «дорожных карт», призванных обеспечить должное внимание к проблемам старения, которые содержали конкретные рекомендации, сформулированные по итогам тщательного анализа ситуации в стране. В 2016 г. в России была принята «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2015 года».

**Результаты.** Несмотря на существующее в регионе разнообразие, в ходе третьего цикла обзора и оценки осуществления ММПДПС/РСО в период 2012–2017 годов были определены общие подходы стран к достижению четырех приоритетных целей, согласованных в 2012 году в Вене на Конференции ЕЭК на уровне министров по проблемам старения.

#### 1. Более долгая трудовая жизнь

Необходимость продления трудовой жизни в условиях роста продолжительности жизни дала толчок пенсионной реформе в 30 странах в отчетный период 2012–2017 годов. Многие страны продолжали повышать и выравнивать возраст выхода на пенсию для женщин и мужчин. Важными политическими мотивами являлись необходимость сдерживания роста расходов и обеспечения долгосрочной финансовой стабильности.

#### 2. Участие, недискриминация и социальная интеграция

Во многих странах региона ЕЭК были созданы консультативные органы, помогающие вовлекать пожилых людей в местные и национальные политические процессы. Пропагандируются возможности для занятия волонтерской деятельностью, организации досуга и участия в культурной жизни с учетом потребностей и предпочтений пожилых людей. Страны разработали целый ряд мер для решения проблем дискриминации, насилия, злоупотреблений и пренебрежительного отношения к пожилым людям.

#### 3. Достоинство, здоровье и самостоятельность

Процесс старения населения в регионе ведет к повышению спроса на услуги здравоохранения и медицинское обслуживание. Для удовлетворения растущего спроса некоторые страны вкладывают средства в материальную базу здравоохранения и в увеличение численности медико-санитарного персонала. Другие страны сообщают о повышении стандартов качества и дальнейшей адаптации методов лечения и оказываемых услуг к потребностям пожилых людей. Новыми направлениями деятельности являются улучшение координации и интеграции услуг, обучение сотрудников медицинских учреждений методам работы с пожилыми пациентами и обеспечение равного доступа.

#### 4. Межпоколенческая солидарность

Государства – члены ЕЭК сообщили о целом ряде просветительских инициатив и проектов, направленных на поддержание и укрепление солидарности поколений. Часто

подход заключается в том, чтобы создать возможности для совместной деятельности, в том числе волонтерской.

**Выводы.** В обобщающем докладе, об осуществлении Мадридского международного плана действий по проблемам старения в регионе ЕЭК ООН в период с 2012 по 2017 год констатируется высокая продолжительность жизни, которая открывает перед экономикой и обществом огромные возможности. Эти возможности используются далеко не в полной мере. Люди старших возрастов вносят вклад в создание материальных благ в качестве предпринимателей и работников. Как потребители они стимулируют инновации и вносят вклад в формирование новых рынков «серебряной экономики».

Для того чтобы пожилые люди могли как можно дольше вести самостоятельную жизнь, поддерживая свое здоровье и благополучие, требуются эффективная интеграция и координация медицинской и социальной помощи, оказываемой как официальными учреждениями, так и неформально, в общинах и на дому.

Кроме того, на конференции ЕЭК в Лиссабоне было отмечено, что для того чтобы пожинать плоды долголетия, необходимо инвестировать в программы укрепления здоровья, повышения квалификации и расширение участия в трудовой жизни, предлагать гибкие условия выхода на пенсию, повышать доступность услуг здравоохранения и реабилитации, а также создавать благоприятную и стимулирующую атмосферу. Переосмысление старости, борьба с глубоко укоренившимися негативными стереотипами и дискриминацией являются одним из ключевых приоритетов на будущее. Необходимы дополнительные усилия, с тем чтобы разрушить остающиеся барьеры для полной интеграции и участия пожилых людей в жизни общества. Важно защищать их права человека, а также предотвращать все проявления злоупотреблений, насилия и невнимания. Большое значение для достижения прогресса в этой области будет иметь учет проблематики старения во всех областях государственной политики и продолжение межсекторального и многостороннего сотрудничества.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ ДОЖИТИЯ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

Ленских О.В.

СПБ ГБПОУ «Медицинский колледж №1»

*В статье анализируются различные психологические стратегии дожития в пожилом и старческом возрасте. В связи с тем, что до сих пор не удается выработать единую классификацию стратегий автор приходит к выводу, что в основе стратегии дожития лежит понятие «установки» Узнадзе. В социальной психологии это утверждение называется аттитюд, то есть ориентация индивида на те, или иные социальные ценности. Автор выдвигает гипотезу, что воспитание у человека с детства установки на активную жизнь вне зависимости от возраста и будет являться стратегией проживания пожилого и старческого возраста.*

*Ключевые слова: геронтология, психология, стратегии, дожитие, установка, аттитюд, социальная психология, активная жизнь, классификация.*

## PSYCHOLOGICAL STRATEGIES OF SURVIVAL IN THE ELDERLY AND VERY OLD PEOPLE

*The article analyzes various psychological strategies of survival in the elderly and senile age. Due to the fact that it is still not possible to work out a unified classification of strategies, the author comes to the conclusion that the concept of Uznadze's "installation" lies at the heart of the survival strategy. In social psychology, this position is called the attitude, that is, the orientation of the individual to various social values. The author hypothesizes that upbringing a person with an active position to life from childhood, regardless of age, will be a strategy of survival in the elderly and senile age.*

*Key words: gerontology, psychology, strategies, survival, installation, attitudes, social psychology, active life, classification.*

У большинства людей между рождением и смертью существует длинная кривая, переходящая в короткую прямую, которую называют пожилой, старческий и дряхлый возраст. Прожить его, так чтобы он не был совершенно прямым большое искусство.

Сегодня в большинстве цивилизованных стран наблюдается увеличение средней продолжительности жизни и, следовательно, люди, вступающие в пожилой возраст, постепенно превращаются в определенную категорию со своими социальными и психологическими особенностями. Это особенно важно, так как в недавнем прошлом (30-50 лет назад) человек, достигший пенсионного возраста, считался уже «вышедшим в тираж» и в основном жил, ожидая приближения естественного конца жизни.

В связи с увеличившейся продолжительностью жизни, в психологических и социальных науках закономерно возник вопрос: «Какие стратегии жизни вырабатывает человек, пожилого и старческого возраста? На основе, каких критериев, он их формирует?»

Предложено много классификаций, но, ни одна из них не отражает всей полноты практической жизни.

Так, Л.И. Анцыферова выделяет два типа старости. Первый тип — это люди, которые признают свое старение и активно его проживают, вторые — трагично переживают период старения и впадают в уныние. М.В.Ермолаева выдвигает предположение, что одни люди в пожилом возрасте стремятся сохранить свою личность, другие же стараются обособиться от общества. Ф. Гизе выделяет три типа стариков: негативиста, считающего, что у него не может быть старости, старика-экстраверта, признающего старость, и старика-интроверта, тяжело переживающего период постарения. Широкое распространение и известность в мировой психологической литературе получила классификация, предложенная Д.Б.Бромли. Автор выделяет пять типов приспособления (стратегий) личности к старости:

1. конструктивное — позитивное отношение человека к старости;
2. зависимое — пассивность и зависимость от других людей;
3. оборонительное — преувеличенная эмоциональная сдержанность;
4. враждебное к окружающим — повышенная агрессивность;
5. враждебное к самому себе — депрессия, пессимизм.

В последние десятилетия начали разрабатываться теории стратегий проживания старости в зависимости от личности человека. Так, например, В.В. Чавычалова (2007 г.) считает, что значимую роль в разнообразии проживания старости играют не социально-демографические или социально экономические характеристики человека, а его индивидуально-личностные особенности. На основании данного положения автор выделяет пять стратегий дожития по стремлению человека к 1) комфорту; 2) социальному статусу; 3) возможности общения; 4) к искренним и гармоничным межличностным отношениям; 5) саморазвитию.

Пряжников Н.С. (2017), анализируя различные факторы удовлетворенности жизнью людей пожилого и старческого возраста предполагает, что объединяющим условием удовлетворенности жизнью в этом возрасте является «центральная жизненная идея (цель, смысл)», из которой складываются следующие психологические стратегии дожития в пожилом и старческом возрасте. Это:

1. стратегия (модель) творчества — поиск новых целей и возможностей для развития;
2. стратегия (модель) «правильной» жизни — пассивная реализация стереотипов жизни пенсионера;
3. стратегия патернализма или модель «игнорирования» старости;
4. стратегия (модель) защиты своих прав (в условиях несовершенства пенсионных систем);
5. стратегия (модель) борьбы за выживание (в условиях резкого ухудшения здоровья);
6. стратегия (модель) самоутверждения;
7. стратегия (модель) осмысления прожитого;
8. стратегия (модель) подготовки к смерти.

Одна из наиболее интересных и необычных теорий стратегий дожития принадлежит американскому психологу Даниэлю Левинсону, являющемуся основателем психологии развития или в современном понимании: возрастной психологии. Автор уподобил жизненный цикл человека путешествию: «Характер путешествия (*т.е. жизни*)<sup>1</sup> определяют разнообразные обстоятельства, встречающиеся на пути. Они могут заставить изменить маршрут, ускорить или замедлить передвижение, и даже в крайних случаях, совсем прекратить путешествие. Однако до тех пор, пока движение продолжается, путешествие проходит в определенной последовательности» (1978). Далее автор, продолжая развивать мысль, приходит к выводу, что жизнь человека можно разделить на *сезоны* (эры), которые перекрывают друг друга в исходе или начале нового жизненного периода. Согласно собственной классификации возрастов Левинсон отмечает, что после 60-ти лет наступает не пожилой возраст, как это принято считать в классификации ВОЗ, а поздняя зрелость, то есть достижение человеком определенного развития личности, дающего толчок для нового *сезона*. Таким образом, автор дает право человеку самому выбрать: вступает ли он в последние десятилетия жизни и ждет смерти или поворачивает на новую дорогу своего жизненного путешествия.

Изучая теорию автора, можно выделить следующие жизненные стратегии доживания пожилых и старых людей по Левинсону:

<sup>1</sup> Разрядка здесь и далее в тексте автора.

1. продолжающееся «путешествие» по дороге жизни, то есть активная жизненная позиция;
2. остановка «путешествия» на определенной точке по дороге жизни, то есть ежедневное ожидание неизбежного конца.

Анализируя вышеперечисленные стратегии (как и другие, менее известные), представленные в научной литературе по возрастной психологии, в частности психологии пожилого и старческого возраста автор данной статьи пришел к выводу, что для установления стратегии дожития в пожилом возрасте можно применить понятие «*установки*», разработанное советской психологической школой под руководством Дмитрия Узнадзе (1956 г.). Впервые понятие «установки» было сформулировано филологом, а в последующем психологом Людвигом Ланге в 1888 году.

«*Установка*» по Узнадзе означает готовность индивида к определенной активности. Эта неосознаваемая готовность является основой целесообразной избирательной активности человека. Установка возникает в момент контакта организма и среды. В этом случае происходит взаимодействие потребности и ситуации ее удовлетворения. «Все поведение, как бы и где оно не возникало, определяется влиянием окружающей действительности не напрямую, а прежде всего — опосредованно — через целостное отражение этой последней в субъекте деятельности, то есть через его установку», — писал Д.Узнадзе. Установка **представляет собой первичное целостное недифференцированное состояние, которое предшествует сознательной психической деятельности и лежит в основе поведения.** С.Л.Рубинштейн сближает установку с апперцепцией, то есть осознанным восприятием. И здесь речь идет о восприятии не одних только представлений, а всего реального бытия личности. Исходя из теории Д.Узнадзе, можно сказать, что *установка* в момент наступления пожилого возраста может выступать, как стратегия дожития. Например, если:

1. установка определяет устойчивый, последовательный, целенаправленный характер протекания деятельности, выступает как механизм ее стабилизации, что позволяет сохранить единый путь действия в изменяющихся ситуациях, то и стратегия проживания последних десятилетий жизни будет *позитивной*;

2. установка выступает в качестве фактора, обуславливающего инертность, косность деятельности, что затрудняет приспособление субъекта к новым ситуациям, то и стратегия проживания последних десятилетий жизни будет *негативной*.

В социальной психологии У. Томасом и Ф. Знанецким (1918) был введен термин *аттитюд* (отношение) или социальная установка. Дальнейшие разработки аттитюда в разные периоды XX века (1950, 1960, 1970, 1980, 1990 – е годы) позволили ученым выделить его признаки, базирующегося на четырех состояниях сознания: а) его определенности; б) его предшествующего опыта; в) его организованности; г) его состояния готовности к реакции.

Таким образом, *аттитюд* или социальная установка зависит от всего предшествовавшего опыта человека, его ориентации на социальные ценности общества. Именно он регулирует все поведение человека.

Подводя итог, можно сказать, что выработать единую классификацию стратегий дожития в пожилом и старческом возрасте невозможно. Люди живут в странах с различным государственным строем, разным возрастным выходом на пенсию, имеют различные социальные установки, отличающийся размер пенсии, разное физическое и психическое здоровье, психологические личностные особенности, темперамент, характер и тому подобное. Кроме этого современная жизнь настолько динамична, что изменения в понимании многих сторон жизни происходят очень быстро. Единственное, что можно предложить для формирования стратегии проживания последних десятилетий жизни — это формирование с детских лет аттитюда (*социальной установки*), что жизнь не является бегом от одного барьера к другому, то есть от одного возраста к другому, а составляет единую дорогу, в которой бывают различные «сезоны» или время «сеять» новую жизнь. И, каждый «сезон» — это определенный цельный период, а не «дожитие». Путешествие по любой дороге должно доставлять удовольствие!

#### Список использованной литературы

1. Анцыферова Л. И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии / Издание 2-е исправленное и дополненное: Институт психологии РАН; Москва; 2006. — 740 с.: 11 ил.
2. Ермолаева М.В. Методическое пособие для студентов заочной и дистанционной форм обучения /2-е издание. Издательство: Московский психолого-социальный институт, НПО МОДЭК; 2003. — 376 с. — Серия «Библиотека психолога»
3. Ильин Е. П. Психология взрослости / Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2012. — 542 с.: ил. — Серия «Мастера психологии»
4. Пряжников Н.С. О факторах и моделях удовлетворенности жизнью в пожилом и старческом возрасте. // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. — 2017. — №4 — с. 85-101
5. Роменец В.А. Маноха И.П. История психологии XX века / Киев, Лыбидь, 2003. — 894 с.
6. Рубинштейн С. Л Основы общей психологии / СПб: Издательство «Питер», 2000. — 712 с.
7. Узнадзе Д. Н. Общая психология / Пер. с грузинского Е. Ш. Чомахидзе; Под ред. И. В. Имедадзе / М.: Смысл; СПб: Питер, 2004. — 413 с: ил. — Серия «Живая классика»
8. Чавычалова В.В Индивидуально-психологические особенности адаптации человека к старости / дис. канд. психол. наук: 19.00.01 Москва, 2007 158 с. РГБ ОД, 61:07-19/335
9. Levinson, D. J. (1986) A conception of adult development. // American Psychologist 41, 1986. — P. 3-13.

## РЕГУЛЯРНЫЙ РИТМ КИШЕЧНИКА ПОВЫШАЕТ УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Шемеровский К.А.<sup>1</sup>, Бочкарёв М.В.<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Институт Экспериментальной Медицины»,

<sup>2</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова»,  
Санкт-Петербург, Россия



**Введение:** С позиций хрономедицины цикл «сон-бодрствование» проявляется периодической сменой периода активности мозга в состоянии бодрствования и периода его активности в состоянии сна каждые 24 часа. [1]. Такой же циркадианный ритм характерен в норме и для регулярной функции кишечника [2].

**Целью** данной работы было выяснение закономерностей циркадианной регулярности мозга и кишечника у лиц, специально занимающихся биологическими ритмами в норме и при патологии.

**Методом исследования** служило анкетирование с помощью специально разработанного теста «Ритм мозга и кишечника» - одностраничный опросник с 12 вопросами и данными антропометрии. Исследование выполнено на 50 специалистах-биоритмологах (42 женщины и 8 мужчин в возрасте от 24 до 71 года) в период проведения III Российского съезда по хронобиологии и хрономедицине 2-3 октября 2018 г в городе Ессентуки.

**Результаты исследования** показали, что соблюдение циркадианного ритма кишечника в виде регулярного ректального ритма (PPP) имело место у 27 человек (21 женщина и 6 мужчин). Нарушение циркадианного ритма кишечника в виде нерегулярного ректального ритма (НPP) имело место у 23 человек (21 женщина и 2 мужчин).

Соблюдение физиологически оптимальной утренней акрофазы ритма кишечника имело место у 22 из 27 лиц с PPP (81%). Утренняя акрофаза ритма кишечника имела место лишь у 8 из 23 лиц с НPP (35%).

Выявлено три стадии тяжести НPP. Первая (легкая) стадия (5-6 раз неделю) выявлена у 16 из 23 лиц. Вторая (умеренная) стадия (3-4 раза в неделю) обнаружена у 5 из 23 лиц. Третья (тяжелая) стадия (стул 1-2 раза в неделю) выявлена у 2 из 23 лиц с НPP.

Соблюдение циркадианного ритма активности мозга (засыпание до 24:00) выявлено у 15 из 27 лиц с PPP (55%), а нарушение ритма сна (засыпание после 24:00) имело место у 15 из 23 лиц с НPP (65%). Среди 27 лиц с PPP длительностью сна были довольны 9 человек, а среди 23 лиц с НPP длительностью сна был доволен только 1 человек.

Отличный уровень качества жизни (80-100% от оптимального) был выявлен у 8 из 27 лиц с PPP, но лишь у 3 из 23 лиц с НPP.

### **Выводы:**

- 1) Соблюдение физиологически оптимальной утренней акрофазы циркадианного ритма кишечника при PPP встречалось в 2,3 раза чаще, чем при НPP.
- 2) Большинство лиц (55%) с PPP соблюдают физиологически оптимальный режим отхода ко сну (до 24:00).
- 3) Большинство лиц (65%) с НPP не соблюдают режим отхода ко сну, засыпая через 1-3 часа после полуночи.
- 4) Отличный уровень качества жизни при PPP встречался в 2,6 раза чаще, чем при НPP. Регулярный ритм стула способствует повышению уровня Качества Жизни.

**Литература**

- [1] Бочкарёв М.В. и др. Цикл сон-бодрствование. Хронобиология и хрономедицина. Под ред. С.М. Чибисова, С.И. Рапопорта, М.Л. Благоднравова, М., РУДН, 2018, С. 550-581.
- [2] Шемеровский К.А. Хронобиологическая стратегия лечения больных с запорами. Хронобиология и хрономедицина. Под ред. С.М. Чибисова, С.И. Рапопорта, М.Л. Благоднравова, М., РУДН, 2018, С. 804-816.

Шемеровский Константин Александрович – доктор медицинских наук, заведующий Отделом физиологии висцеральных систем ФГБНУ «ИЭМ». СПб, ул. Академика Павлова, 12. constshem@yandex.ru

**С 13 ПО 15 НОЯБРЯ 2018 ГОДА В САНКТ–ПЕТЕРБУРГ–СКОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА ПРОХОДИЛА ГОРОДСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ И СТУДЕНТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ».**

13 ноября в актовом зале колледжа прошла студенческая научно-практическая конференция по заявленной теме. С приветственным словом к участникам конференции обратились Президент Профессиональной региональной общественной организации медицинских работников Санкт-Петербурга Г.М. Подопрнгорa, директор колледжа У.Б. Курбатова. Затем, в соответствии с программой конференции были представлены следующие доклады:

1. Проблемы толерантности при профессиональной подготовке среднего медицинского персонала - Леонова Ксения, СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Руководители: И.В. Рабинович, Ю.Ю. Смелякова
2. Толерантность в медицине: реальность или условность? - Кристиан Кара, Акимова Ильмира СПб ГБПОУ «МК №3». Руководитель: к.ист.наук Сорокина Л.А.
3. Организация медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в Эстонии и роль сестры в профилактике ВИЧ-инфекции - Таллиннская Высшая школа Здравоохранения Almaz Rustamova. Руководитель – Олеся Зеель
4. Школа сахарного диабета в России - Маркелова Мария; Громова Мария.СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Руководители: Беляева Я.В., Парахина А.П.
5. Особенности лечения сахарного диабета в Финляндии - Monika Neudorf, Kirsi Pitkanen. Savo Vocational College
6. Профилактика синдрома диабетической стопы при сахарном диабете - Маякова Антонина. СПб ГБПОУ «Медицинский техникум №2». Руководители: Роженцова О.И., Юшкина Г.Ю.
7. Роль медицинской сестры в профилактике сахарного диабета 2 типа: вчера, сегодня, завтра - Быстрова Ирина, Токова Диана. СПб ГБПОУ «Медицинский техникум №9» Руководитель: Петрова Я.Б., Феоктистова В.И.

8. Лечение и профилактика транзиторных ишемических атак в Финляндии - Essi Luotola, Jenna Villman. Etela-Kymenlaakso Vocational College. Antti Laari. Saimaa Vocational College Sampo
  9. Курение как фактор риска заболеваний легких и сердца - Крутогорова Ангелина, Магомедов Аслан. СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Руководители: Кузнецова Н.М., Черватюк В.С.
  10. Влияние курения на течение беременности, родов, развитие новорожденных и детей раннего возраста. Симирская Надежда «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П. Антонова». Руководители: Ижохина Н. Г., Самусенко Е.Л.
  11. Организация перинатальной службы для недоношенных в СПб - Мечикова Мария, СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Руководители: Великая Н.А., Трусова Е.А.
  12. Роль среднего медицинского персонала в выхаживании детей с экстремально низкой массой тела в условиях отделения интенсивной терапии - Карпова Ольга. СПб ГБПОУ «Акушерский колледж». Руководитель: Смирнова Т.В.
  13. Влияние факторов риска на срок гестации новорожденных - Митител Полина. СПб ГБПОУ «Акушерский колледж». Руководители: Галактионова М.В., Поликарпова О.А.
  14. Социальные причины развития анорексии у подростков - Лейнвебер Елена, СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Руководители: Голубева Л.Н., Курбатова У.Б.
  15. Профилактика сахарного диабета в Санкт-Петербурге - Десяткова Ирина, Ковалева Александра. СПб ГБПОУ «Медицинский колледж №2». Руководитель: Суховий Л.В.
  16. Социально-психологические проблемы у пациентов с сахарным диабетом - Литвинова Александра, Сидорова Анастасия. СПб ГБПОУ «Медицинский колледж №2». Руководитель: Суховий Л.В.
  17. Изучение информированности различных категорий населения по вопросу оптимального выбора приборов для самоконтроля сахара крови - Поташова Валерия, Сотникова Елизавета. ФГБ ПОУ «Санкт-Петербургский медико-технический колледж федерального медико-биологического агентства». Руководитель: Кузнецова Е.А.
  18. Роль медицинской сестры в организации ухода за недоношенными детьми на 2-м этапе в условиях стационара - Коренева Юлия, Зотова Ирина. СПб ГБПОУ «Медицинский колледж №2». Руководители: Иванова В.А., Кунчукина С.М.
  19. Проблемы курения в медицинском сообществе - Мосенцева Татьяна, Шубянкина Дарья. СПб ГБПОУ «Медицинский колледж №2». Руководитель: Ефимова Ю.Н.
  20. Профилактика курения как социально значимого заболевания среди студентов - Золотухина Анна, Киреев Андрей. СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж». Руководители: Анненкова О.М., Бушкевич А.В.
  21. Роль питания в развитии социально значимых заболеваний у молодежи - Меньшикова Елизавета. СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Руководитель: Рошак Э.Ф.
- 14 ноября для студентов – участников конференции были организованы мастер-классы:
1. 9-30 – 10-00 «ПМ02 МДК.02.01 Сестринский уход при нарушениях здоровья, раздел сестринский уход в хирургии». Ведущие: Твердохлебова О.Ю., Ханукаева М.Б. преподаватели СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева»
  2. 10-05 -10-35 «ПМ03 МДК. 03.02 Медицина катастроф». Ведущая: Димитрюк Л.А. преподаватель СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева»
  3. 10-40 – 11-10 «Основы микробиологии и иммунологии». Ведущая: Васильева Е.Е. преподаватель СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева»
  4. 11-15 – 11-45 «Командообразующий социально-психологический тренинг» ведущая: Прокофьева А.П. преподаватель СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева»

Гости Медицинского колледжа им. В.М. Бехтерева смогли погрузиться в образовательный процесс, вместе со студентами колледжа студенты других учебных заведений стали участниками занятий в рамках освоения образовательного стандарта по специальности «Сестринское дело».

В это же самое время в конференц-зале Медицинского колледжа им. В.М. Бехтерева был проведён интерактивный семинар для преподавателей профессионального образования медицинского профиля на тему: «Роль педагога в формировании профессиональных качеств медицинской сестры». Начался он с торжественного подписания договора о сотрудничестве между Медицинским колледжем им. В.М. Бехтерева и Витебским государственным колледжем имени академика И.П. Антонова. Директора учебных заведений У.Б. Курбатова и В.И. Заяц обменялись договорами и подарками. Наши гости и коллеги выступили с интересными сообщениями. Затем в непринуждённой обстановке обменялись опытом подготовки медицинских сестёр в своих странах по следующим темам:

1. *Особенности организации обучения по специальности 34.02.01 «Сестринское дело»*. СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Директор, преподаватель У.Б. Курбатова
2. *Технология благосостояния в рамках национальной учебной программы Финляндии и ее внедрение в учебную среду в Эседу. South Savo Vocational College*. Менеджер образования - Eija-Riitta Ikonen
3. *Учреждение образования «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П. Антонова»: история и современность*. «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П. Антонова». Директор колледжа, доцент - Заяц В. И.
4. *Неделя специальных дисциплин как фактор развития профессиональной мотивации медицинских сестер*. «Витебский государственный медицинский колледж имени академика И.П. Антонова». Руководитель практики - Максименко Ж. В.
5. *Особенности организации обучения фельдшеров в Российской Федерации*. СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж» Преподаватели - Удинский Д.Н., Сечко М.М.
6. *Таллиннская Высшая школа здравоохранения и программа подготовки сестер*. Таллиннская Высшая школа здравоохранения. Координатор, преподаватель Olesja Zeel
7. *Обзор специальностей профессионального образования в Таллиннской Высшей школе здравоохранения*. Таллиннская Высшая школа здравоохранения. Координатор учебных планов - Merike Kravets
8. *Дигитализация в уходе за пожилыми людьми*. Savo Vocational College. Преподаватели - Merika Kauhanen, Mirja Kuronen
9. *Особенности организации обучения по специальности «Акушерское дело» в Российской Федерации*. СПб ГБПОУ «Акушерский колледж». Преподаватель - Агапова Ю.В.
10. *Роль педагога в формировании профессиональных качеств медицинской сестры (брата) по массажу*. СПб ГБПОУ «Медицинский техникум №2». Преподаватели - Матвеева Г.Ю., Ушакова Е.А.
11. *Целевое обучение – как способ профессиональной мотивации студентов*. СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Заместитель директора по практическому обучению, преподаватель - Н.А. Великая
12. *Особенности преподавания биомедицинской этики будущим медицинским сестрам*. СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Заместитель директора по учебной работе, преподаватель - Л.В. Гиль
13. *Содействие образованию и развитию студента осуществляемое в учебной дисциплине психология*. СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Методист - О.Н. Якуничева
14. *Развитие коммуникативных навыков посредством социально-психологического тренинга*. СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Преподаватель - А.П. Прокофьева
15. *Медицинская сестра и право пациента на качественную медицинскую помощь*. СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Преподаватель - Климова Ю.Р.

16. *Роль преподавателя в формировании у студентов навыков общения, и ухода за слабовидящими и слепыми пациентами.* СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Преподаватель - Николук О.Ю.
17. *Технология моделирования при изучении учебной дисциплины «Основы патологии».* СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Преподаватель - Голубева Л.Н.
18. *Особенности образовательного процесса в медицинском колледже в условиях модернизации программ развития профессионального образования.* СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж» Преподаватель - Анненко Л. Г.
19. *Особенности учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся в медицинском колледже в условиях модернизации программ развития профессионального образования.* СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж» Преподаватель - Петронюк И. С.
20. *Проектирование современного практического занятия в медицинском колледже в условиях модернизации программ развития профессионального образования.* СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж» Преподаватель - Рыжова Н. П.
21. *Особенности организации клинических практических занятий в «МК им. В.М. Бехтерева».* СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Преподаватель - Шереметова Т.В.
22. *Рефлексия, как результат педагогического процесса на занятиях ОБЖ.* СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Преподаватель - Пудовская Е.В.
23. *Взаимосвязь рационального и эмоционального в обучении иностранному языку.* СПб ГБПОУ «МК им. В.М. Бехтерева». Преподаватель - Тищенко Н.В.

15 ноября в рамках реализации программы мероприятия наши коллеги из других учебных заведений показали для студентов Медицинского колледжа им. В.М. Бехтерева мастер-классы:

1. *Возможности применения альтернативной коммуникации в работе по уходу за больными* Таллиннская Высшая школа здравоохранения. Преподаватель - Tatjana Vetštomova
2. *Пациент с травмой.* Таллиннская Высшая школа здравоохранения. Преподаватель - Siiri Maasen
3. *Развитие донорского движения Санкт-Петербурга: итоги и перспективы.* Городская станция переливания крови. Специалист по пропаганде донорства, директор Ресурсного центра по донорству, Почётный донор России - Давыдов С. В.



В завершении проведения конференции участникам, гостям, преподавателям и студентам был показан праздничный концерт, посвящённый дню рождения Медицинского колледжа им. В.М. Бехтерева, которому 17 ноября 2018 года исполнилось 99 лет.

Курбатова У.Б.

## **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕЛИРИЙ. СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА (ЭССЕ)**

**Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р.**  
ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

**Одной из актуальных тем современной медицины является послеоперационный делирий у пожилых пациентов. Проведено достаточно исследований, в рамках которых были выявлены факторы риска развития делирия, что указывает на возможность пересмотра не только врачебной тактики, но и сестринской, в первую очередь, в хирургическом секторе на предоперационном этапе подготовки пациента, чтобы предотвратить это состояние. Данное эссе, построенное на основе анализа разноаспектных зарубежных тематических исследований, нацелено как на информирование медицинских работников относительно последних данных, полученных в рамках научных исследований, так и на расширение представления медицинских сестер и организаторов сестринского ухода относительно обозначенной проблемы, касающейся и сестринской практики.**

---

*Какие аспекты, связанные с делирием в послеоперационном периоде, сегодня привлекают внимание специалистов, и какие результаты находят свое научное подтверждение?*

Делирий - распространенное, часто неправильно диагностируемое, нераспознаваемое и неправильно понимаемое состояние в условиях интенсивной терапии, которое ассоциируется с повышенной смертностью и когнитивной дисфункцией. Послеоперационный делирий (далее – ПОД) является распространенным, серьезным и нежелательным явлением у пожилых пациентов. ПОД поражает до 47% пациентов, перенесших операцию, и чаще встречается у пожилых людей. По данным Raats JW и соавт. (2016), частота делирия варьирует от 5% до 39%. По данным Oh ES и соавт. (2016) общая частота послеоперационного делирия составила 34%. В исследовании Mosk C.A. и соавт. (2017), делирий наблюдался у 35%.

Изучение гендерных различий в хирургии перелома шейки бедра показало, что мужчины подвергаются более высокому риску развития послеоперационного делирия в период восстановления (44,8%), чем женщины (30,2%), и имеют больше послеоперационных хирургических осложнений. При этом более высокий риск послеоперационного делирия специалисты связывают с тяжестью предоперационного заболевания. [8]

Исследование Raats JW и соавт. (2016) показало, что делирий является распространенным осложнением после плановых сосудистых операций у пожилых людей. Чаще всего встречается после операции на открытой аорте, а также после операции по поводу критической ишемии конечности. Однако, как показывает литературный обзор, в основном специалисты сосредоточились на изучении делирия у пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу перелома шейки бедра, где делирий является частым осложнением у пациентов.

С повышенным риском ПОД связаны многие факторы. К ним относятся возраст, когнитивные нарушения, пол, депрессия, алкоголь, употребление наркотиков, курение, сопутствующую патологию, функциональный статус, оценку Американского Общества Анестезиологов (АОА) и предоперационные биохимические и гематологические нарушения. В качестве ведущих факторов риска называют когнитивные нарушения и возраст пациента.[10] Деменция является важным фактором риска развития делирия и часто встречается у слабых пожилых людей. Это продемонстрировано, в частности, в работе Mosk C.A. и соавт (2017).

В исследовании Mosk C.A. и соавт. (2017) существенными факторами риска делирия были высокий балл Американского общества анестезиологов, делирий в анамнезе, функциональная зависимость, предоперационная институционализация, низкий уровень гемоглобина и значительный объем трансфузии крови. Ведущими факторами риска считаются пожилой возраст и когнитивные нарушения. [6] Предрасполагающим фактором является мальнутриция. В частности, работа Sugita Y и соавт, показала заметную корреляцию между индексом массы тела при поступлении и развитием делирия у пациентов с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями. Эти результаты позволили авторам предположить, что оценка пищевого статуса при поступлении могла бы помочь выявить пациентов с высоким риском развития делирия. Этого же мнения придерживается и Mazzola P. и соавт.

## Факты:

- ✓ Ведущими факторами риска развития послеоперационного делирия считаются пожилой возраст и когнитивные нарушения.
- ✓ Предрасполагающим фактором является мальнутриция.
- ✓ Оценка пищевого статуса при поступлении может помочь выявить пациентов с высоким риском развития делирия.
- ✓ Назначение психотропных препаратов должно быть разумным для таких пациентов, чтобы минимизировать риск неблагоприятных исходов
- ✓ Только у ограниченного числа медсестер наблюдение за делирием является частью их повседневной практики
- ✓ Сестринская практика оценки делирия зависит от их восприятия делирия и осуществления пациент-ориентированного ухода
- ✓ Медицинские работники демонстрируют недопонимание серьезности вопроса и очевидные потребности в обучении
- ✓ В ежедневной практике отсутствуют стандартизированные инструменты или протоколы мониторинга и управления делирием.
- ✓ Делирий в ОИТ недооценивается и не подвергается скринингу, несмотря на установленные рекомендации.
- ✓ Исследования о современных задачах хирургических медсестер с учетом установленных данных о делирии на данный момент отсутствуют

(2017), которые изучали связь между предоперационным пищевым статусом и послеоперационным делирием после операции на переломе бедра у пожилых людей. Исследование показало, что мальнутриция является независимым предиктором послеоперационного делирия. Авторы подчеркнули важность определения риска развития делирия посредством оценки состояния пищевого статуса у лиц с переломом шейки бедра перед операцией. [5]

В исследовании Levinoff E. и соавт. была выявлена связь между назначением психотропных препаратов и проявлением делирия у пациентов с переломами шейки бедра, даже с учетом когнитивных нарушений. Авторы заключили, что назначение психотропных препаратов должно быть разумным для таких пациентов, чтобы минимизировать риск неблагоприятных исходов. [4]

Отдельным направлением является изучение работы медицинского персонала в отделениях интенсивной терапии (далее - ОИТ) с целью оценки рутинной практики и учетом в ней развития ПОД у пациентов. Поскольку делирий является серьезной проблемой у пациентов отделения интенсивной терапии (ОИТ), рекомендуется проводить плановую оценку делирия у всех пациентов ОИТ. Тяжесть, длительность и исход синдрома напрямую связаны с непрерывной оценкой пациентов на предмет признаков и симптомов делирия, которую должна проводить медицинская сестра. Тем не менее, исследования показывают, что только у ограниченного числа медсестер наблюдение за делирием является частью их повседневной практики. В одном из исследований было обнаружено, что практика оценки делирия медсестрами зависит от их восприятия делирия и осуществления пациент-ориентированного ухода. [9]

Работа Selim A.A. и соав. (2017) также показала, что, несмотря на имеющиеся данные, раскрывающие риски, связанные с делирием, и практические рекомендации по оценке делирия, медицинские работники демонстрируют недопонимание серьезности вопроса и очевидные потребности в обучении. Один из опросов показал, что только 26,8% медицинских работников регулярно проверяют пациентов на наличие признаков делирия. [11] Исследования подтверждают отсутствие в ежедневной практике стандартизированных инструментов или протоколов мониторинга и управления делирием.

Сложность диагностики делирия была продемонстрирована в исследовании Numan T. и соавт. (2017), целью которого была экспертная оценка точности диагноза «Делирий» при независимом изучении одинаковой информации. В частности, исследование показало разногласия между экспертами в отношении 89 (21,0%) оценок, и для окончательной классификации потребовался третий эксперт по делирию. Авторы считают, что последующие исследования должны быть направлены на разработку объективных инструментов для диагностики делирия. [7]

Оценке знаний медицинского персонала, понимания и управления делирием в отделении интенсивной терапии посвящена работа Elliott SR (2014). Кроме того, авторами была проведена оценка предполагаемых барьеров, препятствующих скринингу делирия в отделении интенсивной терапии с использованием проверенного инструмента. Исследование показало недостаток знаний о делирии у медицинских работников в ОИТ, а также о средствах для его скрининга. Как считают авторы, это исследование дополняет доказательную базу, позволяющую предположить, что делирий в ОИТ недооценивается и не подвергается скринингу, несмотря на установленные рекомендации. [1]

Изучению уровня знаний о делирии у медсестер многопрофильных стационаров посвящена работа Christensen M. (2016). Несмотря на наличие многочисленных



инструментов для скрининга делирия и их доказанную эффективность, многие медсестры по-прежнему не могут точно определить делирий у пациентов и вместо этого полагаются на клинический опыт для постановки диагноза делирия, что зачастую является неуместным. При этом, как показало исследование, медсестры, принявшие участие в этом исследовании, обладали существенными теоретическими знаниями о делирии. Однако неофициальные данные свидетельствуют о том, что эмпирические знания не всегда переносятся в практическую сферу – выглядит так, как будто медсестры знают больше, чем они делают. [2]

Целью работы Domingo Palacios-Ceña и соавт. (2015) «Как врачи и медсестры управляют делирием в отделениях интенсивной терапии?» было изучение опыта врачей и медсестер, ухаживающих за пациентами с делирием в отделении интенсивной терапии, и описание процесса лечения делирия. Авторы пришли к заключению, что сложность случаев проявления делирия требует применения определенных протоколов. [3]

Анализ научных данных показывает, что сегодня в центре внимания специалистов находится именно работа ОИТ, где медицинские работники чаще остальных сталкиваются с ПОД. Однако, на наш взгляд, не меньшего внимания требует к себе и работа медсестер хирургического отделения или тот этап, на котором можно

## Использованная литература

1. Elliott SR. ICU delirium: a survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care unit. // *Intensive Crit Care Nurs.* 2014 Dec; **30**(6):333-8. doi: 10.1016/j.iccn.2014.06.004. Epub 2014 Sep 6. Christensen M. Nurses' knowledge of delirium: a survey of theoretical knowing // *Kai Tiaki Nursing Research*. Vol. 7. No 1. September 2016
2. Domingo Palacios-Ceña et al. How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups // *BMJ Open* 2016; 6:e009678. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-009678
3. Levinoff E. et al. Precipitants of Delirium in Older Inpatients Admitted in Surgery for Post-Fall Hip Fracture: An Observational Study // *J Frailty Aging*. 2018; 7(1):34-39. doi: 10.14283/jfa.2017.37.
4. Mazzola P. et al. Association Between Preoperative Malnutrition and Postoperative Delirium After Hip Fracture Surgery in Older Adults // *J Am Geriatr Soc*. 2017 Jun;65(6):1222-1228. doi: 10.1111/jgs.14764. Epub 2017 Mar 6.
5. Mosk C.A. et al. Dementia and delirium, the outcomes in elderly hip fracture patients // *Clin Interv Aging*. 2017 Mar 10; 12:421-430. doi: 10.2147/CIA.S115945.
6. Numan T и соавт. Recognition of Delirium in Postoperative Elderly Patients: A Multicenter Study. *J Am Geriatr Soc*. 2017 Sep; 65(9):1932-1938. doi: 10.1111/jgs.14933. Epub 2017 May 12.
7. Oh ES и соавт. Sex Differences in Hip Fracture Surgery: Preoperative Risk Factors for Delirium and Postoperative Outcomes // *J Am Geriatr Soc*. 2016 Aug; 64(8):1616-21. doi: 10.1111/jgs.14243. Epub 2016 Jul 7.
8. Özşaban A<sup>1</sup>, Acaroglu R<sup>1</sup>. Delirium assessment in intensive care units: practices and perception of Turkish nurses // *Nurs Crit Care*. 2016 Sep; 21(5):271-8. doi: 10.1111/nicc.12127. Epub 2015 Jan 28.
9. Raats JW et al. Risk factors of post-operative delirium after elective vascular surgery in the elderly: A systematic review // *Int J Surg*. 2016 Nov;35:1-6. doi: 10.1016/j.ijsu.2016.09.001. Epub 2016 Sep 6.
10. Selim A.A. и соавт. Delirium the under-recognised syndrome: survey of healthcare professionals' awareness and practice in the intensive care units // *J Clin Nurs*. 2017 Mar; 26(5-6):813-824. doi: 10.1111/jocn.13517. Epub 2016 Dec 9.
11. Sugita Y и соавт. Correlation of Nutritional Indices on Admission to the Coronary Intensive Care Unit with the Development of Delirium // *Nutrients*. 2018 Nov 8; 10(11). pii: E1712. doi: 10.3390/nu10111712.

предусмотреть установленные факторы риска развития ПОД и рассмотреть возможность включения в сестринскую практику определенную работу с этими факторами. При этом исследований о современных задачах хирургических медсестер с учетом установленных данных о делирии на данный момент не найдено.

---

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
**«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

2018, № 4 (18)

---

Подписано в печать 07.09.2018. Формат 60 x 84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная.  
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 500 экз. Заказ № 6245

---

E-mail: [mediteka21@mediteka.ru](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)