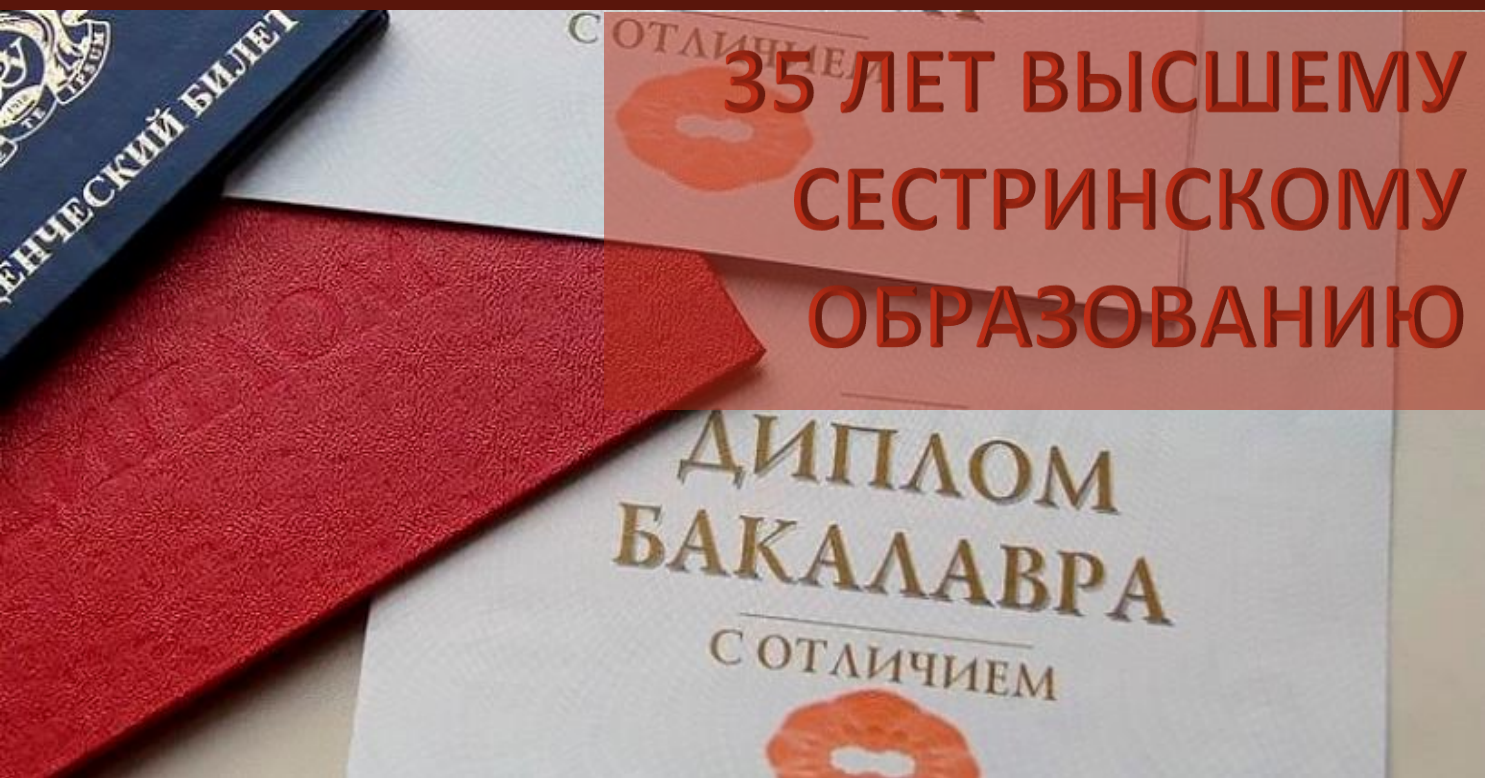


2026, № 42

# Специалист здравоохранения®

Научно-практический журнал



**ОРИГИНАЛЬНЫЕ СЕСТРИНСКИЕ  
ИССЛЕДОВАНИЯ  
ДИСКУССИЯ  
АНАЛИТИКА  
ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА  
НАУЧНО-ОБОСНОВАННАЯ ПРАКТИКА  
МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ  
СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ  
ЭССЕ**





2026, 27 февраля, № 42

## СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

**Арьев А.Л.**, д.м.н., профессор кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиновой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

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

**Мазуренко С.О.**, профессор, главный терапевт СПб «ГБ Святого Великомученика Георгия»

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

**Петрова А.И.**, к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиновой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

**Сафонова Ю. А.**, д.м.н, профессор кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиновой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

**Петрова В.Б.**, к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиновой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

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

**Аристидова С.Н.**, зав.уч.ч., ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С.Пушкиновой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

ISSN 2413-6271

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

Журнал выходит с 2013 г.

Спонсор выпуска – ПРОО МР СПб  
С 2017 года ЖУРНАЛ ИНДЕКСИРУЕТСЯ В  
РИНЦ (Российский Индекс Научного Ци-  
тирования – Science Index)

### Редакция

**Цуцунава М.Р.**, BSc, MS, ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиновой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», главный редактор

**Аристидова С.Н.**- зам.главного редак-  
тора

**Трипутина К.И.**- ответственный редак-  
тор

**Кабакова Н.А.** - корректор

### Адрес редакции:

г.Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47,  
павильон 6/2

Кафедра гериатрии, пропедевтики и управ-  
ления в сестринской деятельности им. Э.С.  
Пушкиновой ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. Мечни-  
кова»

Оригинал-макет – Цуцунава М.Р.

Онлайн версия журнала доступна на сайте  
ПРОО МРСР [amspiter.ru](http://amspiter.ru)

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

Наличие перевода отдельных разделов статей на английский язык является одним из требований международных классификаторов, в которых индексируются профессиональные журналы и, таким образом, становятся доступными для широкого круга читателей.

ISSN 2413-6271

2026, 27 февраля, № 42

# СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®

<b>ОТ РЕДАКЦИИ</b> .....	3
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ</b>	
<b>Кулибаба Д.М., Шубинский В.Д., Цай А.Ф., Поповнина Н.А., Чучина Т.В.</b> СИНДРОМ МУНЬЕ-КУНА У ПАЦИЕНТКИ С БОКОВЫМ АМИОТРОФИЧЕСКИМ СКЛЕРОЗОМ.....	6
<b>АНАЛИТИКА</b>	
<b>Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.</b> ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА - О ЗНАЧИМОСТИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА .....	11
<b>ОБЗОРЫ</b>	
<b>Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.</b> ПОТЕНЦИАЛ СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ.....	16
<b>Петрова В.Б., Пижевская М.Е., Халилова Ш. В., Петрова А.И., Шумков В.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ.....	22
<b>МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ</b>	
<b>Воробьева С.А., Завершинская Н.А.</b> СТАРОСТЬ В КОНТЕКСТЕ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ПРОБЛЕМ.....	31
<b>Егоренко М.Н.</b> СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СТАРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ДОГОВОРА.....	34

## НАШИ ЮБИЛЕИ

**35 лет тому назад, в 1991 году, вышел приказ Государственного комитета СССР по народному образованию от 28.06.91г. № 313 «Об открытии специальности «Сестринское дело», в соответствии с которым в перечень специальностей высших учебных заведений СССР была внесена специальность «Сестринское дело».**

Высшее образование котируется в России чрезвычайно высоко. Престиж высшего образования обусловлен, прежде всего, тем, что большинство россиян видят в нем важнейший ресурс, резко повышающий социальную мобильность гражданина и его конкурентоспособность на рынке труда. Высокообразованные люди, как правило, более социально вовлечены, имеют более высокий уровень занятости и относительно более высокий заработок. Это создает сильные стимулы для людей продолжать свое образование.

За стремлением к высшему образованию усматриваются не только прагматические мотивы, но и тяга к интеллектуальному и духовному росту, к самосовершенствованию и самореализации («для развития ума», «для всестороннего развития», «шире возможности реализовать себя»). Довольно часто эти мотивы – прагматический и потребность в самоусовершенствовании – сочетаются: «для карьеры, для духовного развития»; «для роста – человеческого и карьерного».

Сейчас двери вузов открыты как для мужчин, так и для женщин, и те, и другие обладают равными правами на поступление, обучение, дальнейшую самостоятельную практику и имеют возможности проведения научных исследований; достигнуто равноправие полов, и это, несомненно, способствует развитию общества, науки и повышению качества жизни населения. При этом, путь женщин к высшему образованию был устлан не розами, а терниями, и история сохранила множество мрачных, а порой и трагических страниц, которые сегодня кажутся невероятными. Это была долгая и жестокая борьба не просто за право учиться, а за право считаться полноценным членом интеллектуального сообщества.

Как известно, в 19 веке правом получить высшее, в частности, медицинское образование, обладали только мужчины. Считалось само собой разумеющимся, что таким правом обладают только мужчины. К занятиям в университетах, которые жили по уставу 1855 г., женщины не допускались (в уставе о женщинах вообще не упоминалось). До 1861 г. ни одна женщина не попыталась добиться официального разрешения на поступление в университет с правом получения впоследствии ученой степени.

Это объяснялось, конечно, прежде всего, очевидностью безнадежности таких попыток в дореформенное время. На стремление женщин к высшему образованию, желание проявить свои способности, послужить своему народу, участвовать наравне с мужчинами в жизни общества большинство профессоров «не особенно сочувственно смотрело»: «допускать молодых женщин в университеты, когда не знаешь, как справиться с молодыми мужчинами, это было бы верхом безумия», - категорически заявляли они.

Высшее образование женщина могла получить только за границей, однако незамужняя женщина не могла самостоятельно выехать за пределы России. В.Н. Фигнер вспоминала: «Мы были еще пионерками в достижении женщинами высшего образования, и поездки за границу давались всем не легко; предрассудки окружающей провинциальной среды, сопротивление новшеству со стороны родителей, их опасения отпустить дочерей в неведомую даль, материальные затруднения, - все это надо было преодолеть серьезной твердостью, настойчивым усилием воли». Женщины, которые достигали высокого положения в мире мужчин, рассматривались как уникамы, а называли их «семинаристами в шали», «синими чулками».

История дает немало примеров тому, как невысокий уровень образования граждан становился причиной низкой политической культуры, неспособности к самоуправлению, предпосылкой разного рода социальных отклонений. Многие национальные правительства реализуют политику расширения доступа к высшему образованию из-за социальных и экономических выгод для людей и компаний, что привело к значительному повышению уровня образования за последние десятилетия.

Однако длительное время в стране оставались профессии, представители которых были лишены права на продвижение в работе и карьерный рост за счет получения высшего образования в сфере своей деятельности. К таким профессиям до недавнего времени относилось сестринское дело. И это несмотря на то, что на огромное значение для российского общества женщин, получивших высшее образование, уже было указано в далеком 1861г. В частности, писатель-революционер М.Л.Михайлов в своей статье «Женщина в университете», которая была размещена в «Современнике» (литературный и общественно политический журнал демократического направления), решительно указывал на то, что «...от женщин, выслушавших университетский курс, можно будет ждать коренного преобразования первоначального женского воспитания...». «Мы, - заканчивал автор, - верим в способности и великую будущность русских женщин» (Воспоминания Б.Н. Чичерина. Московский университет, М., 1929)

При этом стране потребовалось 130 лет, чтобы обратить внимание на одну из чисто женских профессий, осознать необходимость и предоставить ее представителям право на получение высшего образования. Только в 1991 году вышел приказ Государственного комитета СССР по народному образованию от 28.06.91г. № 313 «Об открытии специальности «Сестринское дело», в соответствии с которым в перечень специальностей высших учебных заведений СССР была внесена специальность «Сестринское дело». Неоспоримым является то, что высшее сестринское образование занимает особое место в повышении престижа сестринской специальности как в отрасли, так и в обществе в целом.

В первых номерах журнала «Сестринское дело» (издается с 1995 года) довольно активно публиковались материалы, демонстрирующие дуальное отношение медицинской общественности к данному явлению. Например, с одной стороны, кто-то считал «... данное образование нужным и полезным, так как благодаря ему расширяется кругозор медсестры, она приобретает дополнительные знания, позволяющие ей стать действительно незаменимым помощником врача». Кто-то был изначально тверд в своих убеждениях относительно важности высшего образования для медицинских сестер: «Нам просто необходимы действительно умные, талантливые специалисты с высшим сестринским образованием,

чтобы расставить все на свои места. Работы для таких специалистов – поле непаханое».

Однако, с другой стороны, признавая тот факт, что сестры с высшим образованием – это хорошо подготовленные специалисты и они прекрасно справляются с обязанностями старшей сестры отделения, снимать с должности уже работающую главную медсестру стационара с большим практическим опытом и ставить на ее место выпускницу факультета ВСО, как считалось в далеких 90-х, было лишено смысла. «Мы как всегда поспешили: медсестры с ВО уже выпускаются, а законодательно определенного места для них еще нет».

От критиков досталось и самой программе подготовки медицинских сестер, которую считали оторванной от практического здравоохранения. «Приходят студенты с надуманными, никому не нужными темами для дипломных работ, пытаются на базе нашей больницы провести какие-то общие исследования. Такое впечатление, что эти темы им даются для того, чтобы выяснить, умеют ли они хорошо писать или нет...»

Сегодня, спустя 30 лет со времени этих публикаций, вряд ли кто не согласится с тем, что специалисты с высшим образованием необходимы российскому здравоохранению. Однако главной задачей остается та же: чтобы медсестра с высшим образованием была востребована нашей системой здравоохранения, чтобы, наконец, пришло понимание важности произошедших изменений в системе сестринского образования и, как следствие этого, чтобы нынешние бакалавры (чаще всего – вчерашние школьники), не слышали в свой адрес вопросы вроде: «И что вам это даст?» или «А на врача-то почему не доучились?», а проблемы, связанные с определением статуса, реализацией возможностей и оплатой труда специалистов с высшим сестринским образованием, наконец, должны быть нивелированы.

От редакции,

*Цуцунба М.Р.*

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

### СИНДРОМ МУНЬЕ-КУНА У ПАЦИЕНТКИ С БОКОВЫМ АМИОТРОФИЧЕСКИМ СКЛЕРОЗОМ

*Кулибаба Д.М., Шубинский В.Д., Цай А.Ф., Поповнина Н.А., Чучина Т.В.*

#### Введение

Трахеобронхомегалия (синдром Мунье-Куна) (СМК) — редкое врождённое заболевание, характеризующееся патологическим расширением трахеи и главных бронхов, которое обусловлено врожденным дефектом или атрофией эластических волокон, гладких мышц трахеи и главных бронхов с их выраженным расширением. Впервые трахеобронхомегалия была выявлена Е. Czyhlarz при аутопсии в 1897 г., а впервые описан французским риноотоларингологом Р. Mounier-Kuhn в 1932 г. Этиопатогенез СМК до сих пор окончательно не установлен, часто отмечается сочетание синдрома с другими пороками развития и наследственными заболеваниями, в частности, с наследственными синдромами дисплазии соединительной ткани. Часто наблюдается у детей, известны семейные случаи СМК. Предполагается аутосомно-рецессивный путь наследования порока. Чаще СМК выявляют у мужчин, чем у женщин, в соотношении 5,5:1 - 8:1. В зависимости от характера изменений центральных дыхательных путей могут быть выделены несколько типов заболевания в зависимости от сочетания и тяжести изменений трахеи и бронхов.

Для СМК характерны некоторые симптомы: малопродуктивный или сухой кашель, который отличается характерным звучанием, напоминающим «блеяние козы», одышка, нарастающая при физической нагрузке, стеснение и боль в грудной клетке, усиливающиеся на вдохе, периодические подъёмы температуры, при обширных поражениях — акроцианоз, деформация фаланг пальцев, в тяжёлых случаях — спонтанный пневмоторакс, кровохарканье, бронхоэктатическая болезнь и буллёзная эмфизема. Анализ 169 рентгеновских исследований при СМК выявил у больных средний диаметр трахеи  $34,3 \pm 6,1$  мм, и высокую распространённость сопутствующих заболеваний - бронхоэктатическую болезнь (71,6 %) и дивертикулёз трахеи (67,5 %). Наиболее частыми клиническими проявлениями были кашель (64,5 %), одышка (52,7 %) и рецидивирующие респираторные инфекции (57,4 %) (1, 3, 4, 5, 6, 8).

#### Клинический случай

Больная Ф., (история болезни № 3993), 82 лет, поступила в Центр респираторной поддержки (ЦРП) СПб городского гериатрического медико-социального центра (ГГЦ) 17.10.2025.

Жалобы: нарушение речи, глотания, поперхивание при питье и приеме пищи, слабость и утомляемость нижних конечностей, непроизвольный наклон туловища вперед при нахождении в вертикальном состоянии, одышка в положении лежа на спине и при физической нагрузке.

Считает себя больной с апреля-мая 2024г, когда проявились нарушения речи. При СКТ ГМ 11.06.24 данных за острое нарушение мозгового кровообращения(ОНМК) не получено, выявлены признаки ангиоэнцефалопатии, лейкоареоз, смешанная гидроцефалия. С августа 2024г присоединились нарушения глотания и одышка. С октября 2024г стала нарастать слабость, быстрая утомляемость, нарушения движения в нижних конечностях. В октябре 2024 принимала калимин 60мг х 2р\д., без значимого эффекта. В связи с появлениями болей, а животе и неэффективностью самостоятельно прекратила прием калимина. С 10.01.25 по 21.01.25 госпитализирована в ГБУЗ ГМПБ№2, где установлен диагноз бокового амиотрофического склероза (БАС). Состояние больной постепенно ухудшалось, планоно госпитализирована в

ЦРП ГГЦ для оказания паллиативной медицинской помощи (ПМП). Обоснование госпитализации подбор аппаратуры и режима неинвазивной искусственной вентиляции легких.

Анамнез жизни: профессиональных вредностей нет, ЦВБ, перенесла ОНМК в 2001г, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, ГБ 3ст, ХСН 2 ф.к., РССО 3ст, СД 2 тип, компенсированный. ЖКБ, холецистэктомия в 2014г. Регулярно принимает рилузол, карнитин, коэнзим, цитофлавин, метформин, галвус, лазортан Н, лазортан, кардиомагнил. Аллергологические реакции и непереносимости лекарств не отмечено, вредных привычек нет. Прием наркотических препаратов по медицинским показаниям. Б-1, Р-1, А-0.

Эпидемиологический анамнез: инфекционными заболеваниями не болела, поездки за пределы города и области за последние 6 месяцев не было. Пенсионер по возрасту, группы инвалидности нет.

Антропометрические данные - рост – 165см, вес – 80кг, ИМТ – 29.

Состояние средней тяжести, сознание ясное, ориентирован: в месте, во времени, в собственной личности. Когнитивные функции сохранены, положение активное. Тип телосложения – гиперстеническое, питание повышенное, смешанное ожирение 1-2 ст. Опорно-двигательная система – выраженная потеря силы мускулатуры верхних и нижних конечностей. Кожа и видимые слизистые розовые, влажность: сухие, чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, молочные железы в стадии инволюции, без патологических изменений, щитовидная железа не пальпируется, отеков нет. Сердечно-сосудистая система: пульс симметричный, ритмичный, частота 70 в мин, ЧСС 70 в мин, тоны сердца приглушены. АД – 130/80 мм рт.ст. Дыхательная система: грудная клетка в дыхании участвует симметрично, активно, ЧД 18, при перкуссии звук ясный легочный, дыхание жесткое, свистящие бронхиальные хрипы. SpO<sub>2</sub> 90-94% Органы брюшной полости: язык: влажный, чистый, участвует в дыхании всеми отделами, симметричный, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка: не пальпируется, перистальтика выслушивается, симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления - мочеиспускание самостоятельное, стул регулярный со склонность к запорам.

Неврологическая симптоматика: сознание ясное, контакту доступна, просьбы выполняет правильно. Зрение сохранено, глазные щели и зрачки D=S, фотореакция положительная, движения глазных яблок в полном объеме. Поля зрения ориентировочным методом сохранены. Диплопии, нистагма нет. Лицо симметричное, слабость нижней порции мимической мускулатуры. Язык по средней линии, девиации нет. Афазия, дисфагия. Мышечный тонус снижен. Тетрапарез: верхние конечности проксимально 4б, сгибатели предплечья 2б, разгибатели предплечья 3б, сгибатели стопы 1б. Сухожильные рефлексy D=S, низкие. Патологические симптомы: положительный симптом Бабинского с двух сторон. Нарушения чувствительности нет. Координаторные пробы не выполняет. В позу Ромберга не ставится. Менингеальные симптомы отрицательные. Функции тазовых органов не контролирует.

**Диагноз основной:** Болезнь двигательного нейрона, смешанная форма, с формированием смешанного тетрапареза и бульбарных нарушений, прогрессирующей дыхательной недостаточности и мышечной атрофии, стадия 4б.

**Осложнения:** прогрессирующая дыхательная недостаточность 3 ст. Неинвазивная искусственная вентиляция легких от 25.09.2025. Прогрессирующая нейрогенная дисфагия 3 ст.

**Диагноз сопутствующий:** ЦВБ. ОНМК от 2001г неуточненное со слабостью в правых конечностях и полным функциональным восстановлением от 2001г. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. ГБ 3 ст, ХСН 2 ф.к., Риск ССО4. СД 2 тип, на ПССП. ЖКБ, лапароскопическая холецистэктомия от 2014г.

20.10.2025., у больной стала нарастать дыхательная недостаточность, которая не купировалась неинвазивной ИВЛ, и дежурным анестезиологом была выполнена интубация трахеи с переводом больной на ИВЛ. 20.10.2025. выполнена рентгенограмма легких (лежа) (рис.1), на которой отчетливо видно значительное расширение трахеи в подсвязочном пространстве и ее сужение до нормальных размеров на уровне Th3, ниже которого определяется конец интубационной трубки.

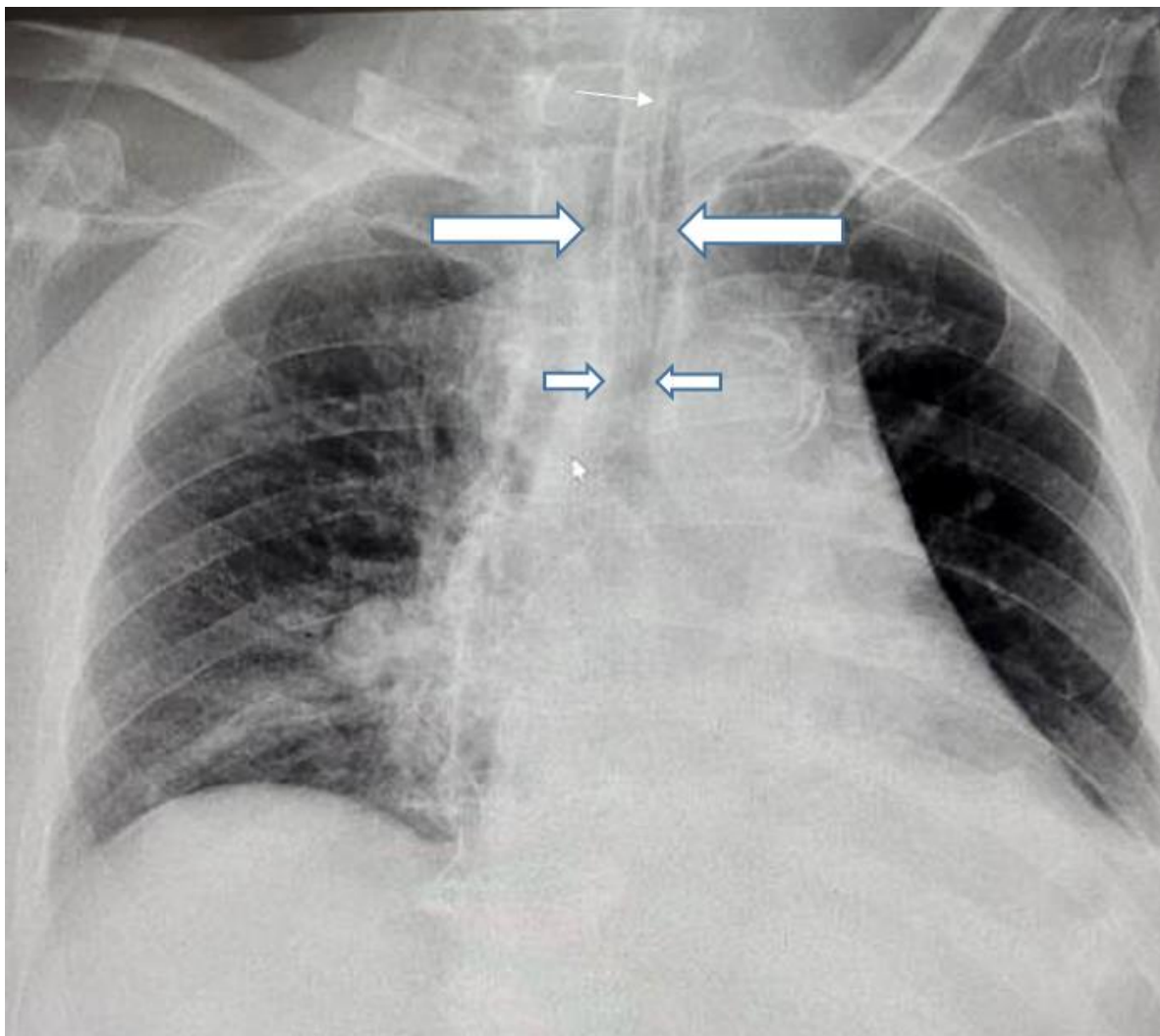


Рис.1. Рентгенограмма больной Ф. (лежа). Большие стрелки – максимальный размер трахеи, маленькие – минимальный. Тонкая стрелка – интубационная трубка.

Учитывая прогноз заболевания, полную зависимость больной от аппарата ИВЛ и другие позитивные результаты длительного дыхания больного через трахеостомическую трубку, 21.10.2025. больной выполнена верхняя трахеостомия. После выделения стенок трахеи тупым способом (проф. Кулибаба Д.М.) оказалось, что на уровне 2-3 колец трахеи она резко (до 3-4см) расширена на протяжении не менее 5 см, стенки инфильтрированы, утолщены, резко уплотнены, настолько, что для ее рассечения пришлось использовать электроскальпель. После рассечения стенки оказалось, что она утолщена (1,5-2,0мм), на дне открывшейся полости находится интубационная трубка, а стенки трахеи покрыты грануляционными тканями с большим количеством сливкообразного гноя (микробиологическое исследование определило наличие

Genus *Neisseria*  $10^3$  КОЕ/мл и *Proteus mirabilis*  $10^6$  КОЕ, чувствительные к амикацину и меропенему). После санации трахеи растворами антисептиков она интубирована трахеостомической трубкой 8,5 мм, причем для надежной фиксации и герметичности раздувной манжеткой ее пришлось провести предельно низко, в зону сужения трахеи практически над кариной.

Послеоперационный период протекал благополучно, больная быстро адаптировалась к дыханию через трахеостомическую трубку, SpO<sub>2</sub> 94-96%. Учитывая ранее развившуюся дисфагию, питание через назогастральный зонд и предполагаемый благополучный длительный послеоперационный период, 24.10.2025. больной под внутривенным обезболиванием пропфолом выполнена чрескожная эндоскопическая гастростомия (использовался набор для чрескожной эндоскопической гастростомии MIC-KEY фирмы Avanos Inc., USA). Послеоперационный период без осложнений, с третьих суток начато лечебное энтеральное питание жидкими смесями Nutrien и Nutrien Energy.

27.10.2025. выполнена бронхоскопия, сначала трансназальная, при которой отмечена значительное расширение просвета трахеи в подсвязочном пространстве, которое было заполнено рыхлыми грануляциями и гнойным содержимым, а после санации этого отрезка трахеи через трахеостомическую трубку, где был диагностирован поверхностный эндобронхит. Бронхоскопия выполнялась переносным бронхоскопом Olympus BF-PE2, поэтому оценить точные размеры подсвязочного отдела трахеи не представлялось возможным, однако врачом отмечено значительное расширение в отличии от стандартного.

28.10.2025. на контрольной рентгенограмме легких (рис.2) у больной та же картина расширения верхних отделов трахеи до прежних размеров, и возникшая правосторонняя прикорневая пневмония. Швы сняты, заживление трахеостомической раны первичное. После смены антибиотиков состояние больной и рентгеновская картина улучшились, и больная продолжила получать поддерживающую терапию в условиях отделения центра респираторной поддержки. Заключение.

Описанный клинический случай иллюстрирует бессимптомное течение редкого врожденного заболевания трахеи, представившего тактические и технические трудности операционной бригаде, экстренно оказывавшей помощь пациентке с острой дыхательной недостаточностью. Попытки восстановления особенностей течения заболевания в дооперационном периоде и возможности его ранней диагностики оказалась неудачными, поскольку ни больная, ни ее родственники не смогли восстановить особенностей течения острых респираторных заболеваний в разных возрастных периодах больной (2, 7).

Судить о наличии врожденного заболевания возможно, поскольку после трахеотомии и санации трахеи ее размеры совершенно не изменились, что прямо свидетельствует о длительности течения заболевания. Кроме того, толщина и плотность стенке трахеи подтверждают длительность течения процесса. Дооперационная диагностика синдрома могла быть более точной и помочь в определении тактики операции и выбора способа трахеотомии, однако в описании рентгенологической картины отсутствовал акцент на значительное расширение трахеи в ее подсвязочном пространстве.

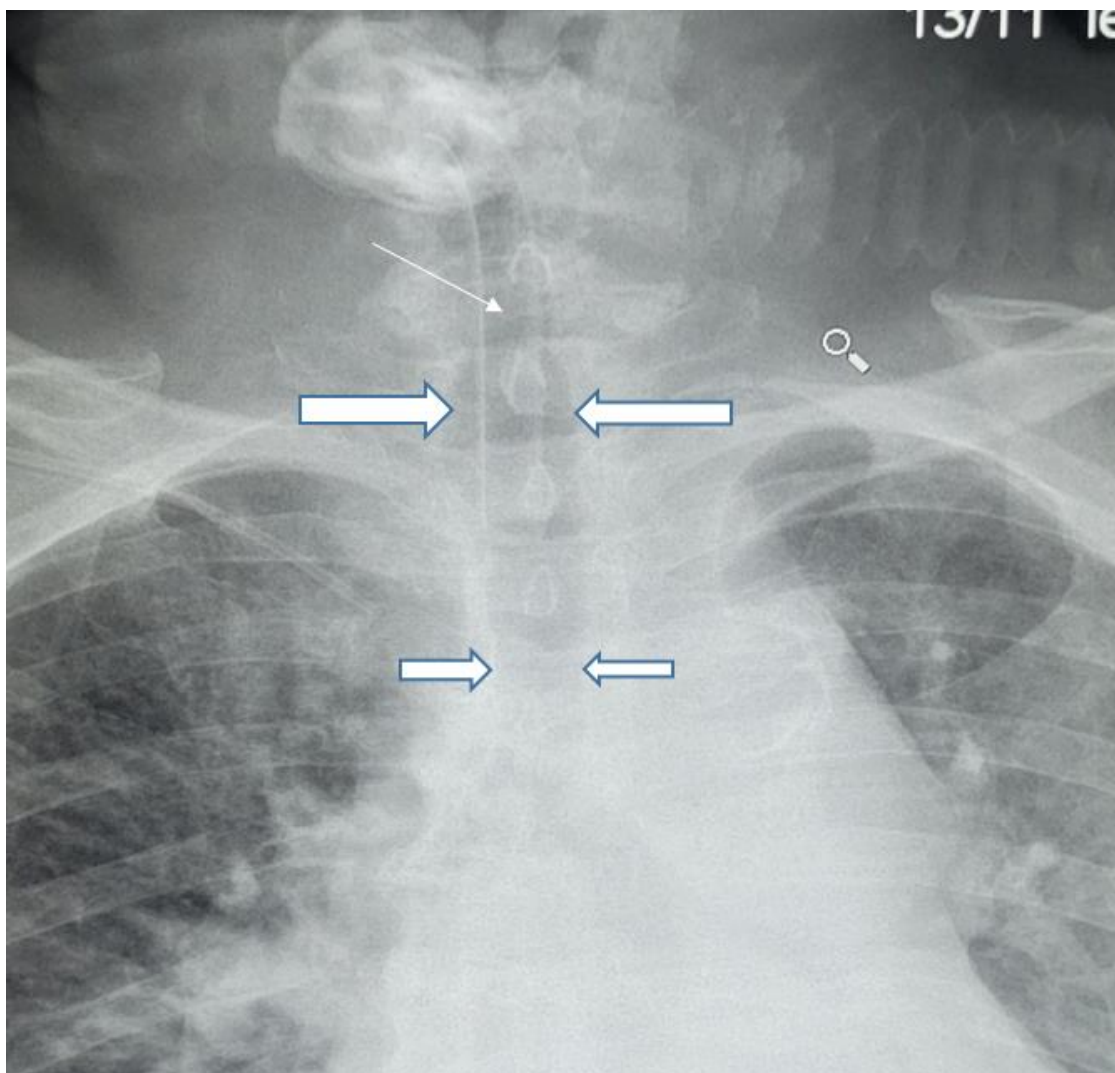


Рис.2. Рентгенограмма больной Ф. (лежа, после трахеостомии). Большие стрелки – максимальный размер трахеи, маленькие – минимальный. Тонкая стрелка – трахеостомическая трубка.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Афтаева Е.В., Казакова С.С., Крылова Е.А., Плетнева И.А. Компьютерная томография в диагностике синдрома Мунье-Куна. Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2021. Т. 9, № 2. С. 267-271
2. Мержоева З.М., Гайнитдинова В.В., Берикханов З.Г., Атаман К.С., Жукова Д.О., Авдеев С.Н. Случай пациента с синдромом Мунье-Куна. Респираторная медицина. 2025;1(2):83-87.
3. Самаль Т.Н. Пороки развития, наследственные и интерстициальные болезни легких у детей. Учебно-методическое пособие. Минск: БГМУ, 2014 – 38 с.
4. Янцзе Ван, Луяо Ван, Хаосян Чжан, Сяоцзя Чжу, Сяоси Ши, Сируи Фу, Кай Сун, Цзяо Ван, Quanwei Ren, Юнцзинь Цзи, Чанцин Чжао. Синдром Мунье — Куна: трёхсторонний анализ, объединяющий клиническую эпидемиологию, эволюцию методов визуализации и глобальные исследования. том 20 Orphanet Journal of Rare Diseases, номер статьи: 238 (2025)
5. Babiker S, Najalamin M. An atypical encounter: Mounir-Kuhn syndrome and aspergilloma coexistence: A case report. Radiol Case Rep. 2024;19(9):3962-3965. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2024.06.001>
6. Bateson EM, Woo-Ming M. Tracheobronchomegaly. Clinical Radiology. 1973;24(3):354-358. [https://doi.org/10.1016/s0009-9260\(73\)80056-x](https://doi.org/10.1016/s0009-9260(73)80056-x)
7. Celik B, Bilgin S, Yuksel C. Mounier-Kuhn syndrome: a rare cause of bronchial dilation. Tex Heart Inst J. 2011;38(2):194-196.
8. Cook DP, Adam RJ, Abou Alaiwa MH, Eberlein M, Klesney-Tait JA, Parekh KR, Meyerholz DK, Stoltz DA. Mounier-Kuhn syndrome: a case of tracheal smooth muscle remodeling. Clin Case Rep. 2016;5(2):93-96. <https://doi.org/10.1002/ccr3.794>

## ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА - О ЗНАЧИМОСТИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

*Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.*

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им.И.И.Мечникова»

### АННОТАЦИЯ

Сестринское дело остается профессией, значимость которой до сих пор осознана и признана не каждым. Данный факт вызывает тревогу особенно сегодня, когда на фоне кадрового дефицита снова намечается тенденция обесценить сестринское образование и квалификацию специалистов за счет политики уравниловки, подразумевающей сокращение зарплатных разрывов между неквалифицированным и квалифицированным трудом.

**Цель** - обобщить научные данные, доказывающие значимость сестринской профессии и аргументирующих необходимость в ее развития в определенных сферах

**Методы:** тематический обзор научных статей, опубликованных в открытых источниках в 2025 г.

**Результаты:** сегодня неоспоримым является участие медицинской сестры в мультидисциплинарной команде, которая связана со снижением частоты госпитализаций, улучшением контроля симптомов и повышением качества жизни пациентов, участие среднего медперсонала в обучении пациента, контроле за выполнением рекомендаций, эмоциональной поддержке, дистанционном сопровождении, что значительно повышает уровень приверженности к лечению; доказывается возможность организации в дневном стационаре поста самостоятельного приема медицинской сестрой с такими функциями как доврачебная оценка состояния здоровья пациента и определение срочности оказания ему медицинской помощи

**Выводы:** научные исследования продолжают аккумулировать данные, доказывающие, что развитие сестринского дела в общей системе здравоохранения, расширение их профессиональных обязанностей и предоставление сестринских услуг, максимально удовлетворяющих потребностям населения, может обеспечить повышение качества медицинской помощи населению

**Ключевые слова:** сестринское дело, гериатрия, мультидисциплинарный подход, приверженность к лечению, сестринские исследования

На протяжении не одного десятилетия сестринская профессия пытается доказать свою значимость для системы здравоохранения, вызвать заслуженное отношение, проявляемое, в частности, в достойной оплате труда. В разные годы разные специалисты пытались обосновать ценность профессии для системы здравоохранения:

«В охране здоровья населения особое место наряду с квалифицированными врачами занимают умелые медсестры. В целях почитания их ответственной профессии, совершенствования основ сестринского дела, популяризации передового опыта в системе каждый год 12 мая отмечается Международный день медсестер» [3];

«Традиционный стереотипный подход к практике использования среднего медицинского персонала, отсутствие правильного понимания его функций создает серьезные проблемы планирования, подготовки, управления средним медицинским персоналом на всех уровнях здравоохранения и тем самым, в повышении социального статуса и престижности профессии медицинской сестры» [11];

«Развитие сестринского дела в общей системе здравоохранения путем эффективного использования медицинских сестер, расширения их профессиональных обязанностей и предоставления сестринских услуг, максимально удовлетворяющих потребностям населения, сейчас, как и ранее, обеспечивает повышение качества медицинской помощи населению» [12];

«Сестринский персонал, от которого в значительной степени зависит качество и эффективность медицинских услуг, играет важнейшую роль в решении задач медико-социальной помощи населению... Повышение качества медицинских услуг во многом определяется сестринским участием в лечебном процессе» [16].

И вот когда, преодолев определенные трудности, в стране удалось добиться главного - сохранить интерес медсестер к их необычайно трудной профессии, к повышению уровня образования, квалификации, возможность обучения медсестер в различных формах в рамках единого образовательного пространства, и сохранить те кадры, на которых сегодня держится и будет держаться отечественное сестринское дело, что стало итогом в далеком 2003 году [7], недалёковидные чиновники пытаются повернуть время вспять и свести на нет все приложенные для этого усилия обратившись к политике уравниловки пытаясь обесценить сестринское образование и сестринскую квалификацию.

Данная тенденция имеет место быть на фоне дефицита медицинских кадров, в частности, среднего медицинского персонала. Неспособность решить проблему дефицита медсестер на местном, региональном, национальном или глобальном уровне приведет к проблемам в здравоохранении. Стратегические цели, направленные на поощрение занятости, улучшение условий труда и удержание медсестер, в значительной мере зависят от выявления факторов, способствующих дефициту медсестер [19]. Одной из основных причин оттока является недооценка сестринского персонала.

Цель данного обзора – обобщить научные данные, демонстрирующие важность развития сестринской профессии для определенных областей здравоохранения в нашей стране.

Поиск литературы был проведен на платформе Киберленинка. 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, повышение цитируемости российской науки и построение инфраструктуры знаний.

По ключевым словам, «сестринский уход» и «сестринское дело», по одному критерию для поиска (2025 г). было найдено 90 статей. Однако после анализа названий статей и имеющихся аннотаций для данного обзора было отобрано 12 статей.

Одной из областей, где требуется развитие сестринского ухода, остается гериатрия. Среди обсуждаемых вопросов, связанных с гериатрией, в частности, - вопросы улучшения организации сестринского ухода за пожилыми пациентами в отделении реанимации, мультидисциплинарный подход в гериатрии, приверженность пациентов к лечению.

Уход за пожилыми пациентами в отделениях реанимации является сложным и многоаспектным процессом, требующим сочетания клинических, организационных и психосоциальных мер. Возрастные изменения физиологических систем, полиморбидность и высокая уязвимость к осложнениям диктуют необходимость применения индивидуализированных стратегий ухода, которые включают как медицинские, так и немедицинские компоненты. В

мировой практике доказана эффективность внедрения стандартизированных протоколов, регулярного мониторинга состояния, ранней мобилизации, а также применения технологий, позволяющих минимизировать риск пролежней, инфекций и когнитивных нарушений.

Как показывает опыт, в реальной клинической практике сохраняются проблемы кадрового обеспечения, недостаточной интеграции междисциплинарных команд и ограниченного доступа к современным средствам реабилитации. Для повышения результативности сестринской помощи требуется не только модернизация организационных подходов, но и систематическое повышение квалификации сестринского персонала с акцентом на специфику ведения пожилых пациентов в критическом состоянии [1].

При обсуждении вопроса мультидисциплинарного подхода в гериатрии аргументируется его значимость, обусловленная ростом численности пожилого населения, для которого характерно сочетание различных возраст-ассоциированных заболеваний и гериатрических синдромов, требующих участия в лечении не только врачей-специалистов разных профилей, но и среднего медицинского персонала, социальных работников, специалистов по уходу. Именно командная работа в современном мире представляет собой один из основных факторов, определяющих успех любой организации, в частности медицинской [8].

Высокая эффективность мультидисциплинарного подхода доказывается научными данными: как показало исследование Гацаева С.Ш. и соавт., применение мультидисциплинарного подхода связано со снижением частоты госпитализаций, улучшением контроля симптомов и повышением качества жизни пациентов. При этом среди основных ограничений были отмечены дефицит квалифицированного персонала, недостаточное финансирование, правовые и культурные барьеры. Особое внимание уделено необходимости внедрения образовательных программ, в частности [4], для эффективного взаимодействия различных специалистов требуется соответствующая профессиональная подготовка, а также разработки нормативной базы и алгоритмов взаимодействия при оказании медицинской помощи [15].

Актуальным вопросом остается вопрос приверженности пациенток к лечению, в частности, к амбулаторному лечению, особенно при хронических заболеваниях. Невыполнение медицинских рекомендаций ведёт к ухудшению клинических исходов, росту числа осложнений, увеличению повторных госпитализаций и экономической нагрузке на систему здравоохранения.

В этих условиях возрастает значимость среднего медицинского персонала как ключевого звена. Установлено, что участие среднего медперсонала — в виде обучения пациента, контроля за выполнением рекомендаций, эмоциональной поддержки, дистанционного сопровождения — значительно повышает уровень приверженности и снижает риск рецидивов [13].

Приверженность пациентов к лечению рассматривается также в контексте вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Как показал обзор Ажихановой А.Ж. и соавт., в приверженности пациентов к соблюдению всех рекомендаций важную роль играет осведомленность и уровень знания пациентов о своем заболевании и важности проводимой терапии. Для улучшения приверженности пациентов важную роль играют сестринский уход, программа телемониторинга, так же оптимизация контроля приема лекарственной терапии [2].

С амбулаторным лечением тесно связан сестринский пост в дневном стационаре, эффективность работы которого также изучается специалистами. Как показал анализ существующей модели организации медицинской помощи в условиях дневного стационара, она не всегда полностью соответствует современным требованиям и ожиданиям пациентов. Это выявляется в недостаточной гибкости и адаптивности существующей системы, что затрудняет быстрое реагирование на изменяющиеся потребности населения.

В ходе одного из исследований удалось обосновать и доказать развитие ключевых направлений, которые положительно сказываются на всей системе работы дневного стацио-

нара. В частности, в качестве основного элемента предложенной новой структурно-функциональной модели организации медицинской помощи пациентам был предложен пост самостоятельного приема медицинской сестрой с такими функциями как доврачебная оценка состояния здоровья пациента и определение срочности оказания ему медицинской помощи [6].

Развитие сестринского дела невозможно без решения такой проблемы как эмоциональное выгорание медицинских работников. В 2025 году были рассмотрены такие вопросы как взаимосвязь между эмоциональным выгоранием и образом деятельности у среднего медицинского персонала, были проанализированы факторы, влияющие на морально-психологический климат в коллективе медицинских сестер.

В настоящее время исследовано около ста симптомов, так или иначе связанных с синдромом эмоционального выгорания. При этом считается, что основной причиной, порождающей их, выступают непосредственно условия профессиональной деятельности [14]. Однако, похоже, те рекомендации, которые были снова озвучены в 2025 году, как, например, необходимость в создании благоприятной рабочей среды, обучение методам преодоления стресса и поддержки профессионального роста, а также регулярные оценки состояния здоровья и психоэмоционального благополучия медицинских работников) относятся к идеалистическому подходу, а, значит, требуются изменения иного плана (прежде всего, в умах тех, от кого зависят решения). К идеалистическому подходу можно отнести и такую рекомендацию как создание устойчивой морально-психологической среды через развитие внутри коллективных коммуникаций и поддержку сотрудников в качестве приоритетной кадровой политики в здравоохранении [5] и приоритетной задачи развития систем здравоохранения [10].

Для того, чтобы ускорить прогресс в области сестринского процесса, способствуя как качеству медицинской помощи, так и развитию самой профессии, необходимы сестринские исследования. Без проведения научных исследований в области сестринского дела невозможно сформулировать стратегическое представление по вопросам развития сестринских служб лечебных учреждений, улучшению качества оказания сестринской помощи населению, рациональному использованию кадровых ресурсов, внедрению новых технологий деятельности сестринского персонала [18].

Однако проведения самих исследований недостаточно; параллельно встает вопрос о доступности локальных исследований в сестринском деле. Неоспоримым является факт, что результаты локальных исследований могут значительно улучшить уход за пациентами, однако информационная изоляция исследований приводит к сценариям, снижающим эффективность сестринской практики. Например, лишь небольшому кругу специалистов известно, что в некоторых регионах России проводились параллельные исследования по улучшению ухода за пациентами с диабетом. Кроме того, существует проблема безызвестности эффективных практических наработок, разработанных организациями локально, из-за отсутствия соответствующих публикаций. Научно доказано, что 60% выявленных инноваций не находят применения из-за недостатка информации [9]. Ограниченный доступ к сестринским исследованиям подчеркивает необходимость, в первую очередь, осознания данной проблемы.

## **Заключение**

На протяжении не одного десятилетия специалисты пытаются продемонстрировать и доказать значимость сестринского дела для системы здравоохранения. Это важно особенно сегодня, когда на фоне кадрового дефицита снова наметилась тенденция политики уравниловки и обесценивания сестринского образования и квалификации представителей профессии.

В данной статье обобщены данные, указывающие на те сферы здравоохранения, которые остаются актуальными для здравоохранения в целом и улучшение которых тесно связано с развитием сестринского дела. Одной из таких областей является гериатрия и связанные с ней

вопросы: приверженность пациентов к лечению, создание мультидисциплинарных команд, разработка новых моделей сестринской помощи в рамках дневного стационара.

Однако остаются факторы, негативно влияющие на развитие сестринского дела. Среди них наиболее актуальными остаются проблема эмоционального выгорания медицинских работников, решение которой возможно только за счет идеалистического подхода к проблеме, стратегии которого фокусируются на роли *сознания, идей и ценностей как главной движущей силы истории, общества и человеческого бытия*, а также информационная изоляция и безызвестность сестринских исследований, проводимых в нашей стране.

## Список использованной литературы

1. Абилхас А.А., Рыскулова А.Р. Улучшение организации сестринского ухода за пожилыми пациентами в отделение реанимации. Обзор литературы // *Medicine, Science and Education*. 2025. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/uluchshenie-organizatsii-sestrinskogo-uhoda-za-pozhilymi-patsientami-v-otdelenie-reanimatsii-obzor-literatury> (дата обращения: 04.01.2026).
2. Ажиханова А.Ж., Куралова М.Б., Бримжанова М.Д. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний // *Medicine, Science and Education*. 2025. № апрель. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vtorichnaya-profilaktika-serdechno-sosudistykh-zabolevaniy> (дата обращения: 04.01.2026).
3. Акбарова Д. Ш., Фазлидинова Ё. А. Сестринское дело: достижения и задачи // *Мировая наука*. 2019. №6 (27). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sestrinskoe-delo-dostizheniya-i-zadachi> (дата обращения: 05.01.2026).
4. Гацаев С.Ш., Шалыганова Е.А., Жеглатая Т.П. и соавт. Особенности организации паллиативной помощи в многопрофильных лечебных учреждениях: роль мультидисциплинарной команды // *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова* 2025. т. 20. №3. С. 141-146
5. Демеубаева Д.М., Гржибовский А.М., Камхен В.Б. и соавт. Анализ факторов, влияющих на морально-психологический климат в коллективе медицинских сестер // *Журнал казахстанско-российского медицинского университета*, 2025. № 2 (48). С. 69-82
6. Карайланов М.Г., Наниев С.О., Рожкова Г.В. и соавт. Организация сестринского поста в условиях дневного стационара поликлиники // *Менеджмент в здравоохранении*. 2025. № 5. С. 134-141
7. Киселева А. Н., Резцова Е. М. Сестринское дело: прошлое, настоящее, будущее // *Вятский медицинский вестник*. 2003. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sestrinskoe-delo-proshloe-nastoyashee-budushee> (дата обращения: 05.01.2026).
8. Косцова Н.Г., Курушина Е.С., Денякина В.М. Исследование проблем командообразования в трудовом коллективе медицинских работников и разработка мероприятий по их разрешению // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2025 г. № 1. С. 872-898
9. Куркова Е.А. Проблема доступности локальных исследований в сестринском деле и пути ее решения // *Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина»* №5, сентябрь-октябрь (77) 2025
10. Мингазова Э.Н., Гуреев С.А., Т.С. Кугаевская Т.С. и соавт. Профессиональное выгорание медицинских сестер как общемировая проблема в организации здравоохранения // *Менеджер здравоохранения*. 2025. № 2. С. 111-119
11. Муратбекова С. К. Повышение социального статуса и престижности профессии среднего медицинского персонала // *Приволжский научный вестник*. 2012. №1 (5). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/povyshenie-sotsialnogo-statusa-i-prestizhnosti-professii-srednego-meditsinskogo-personala> (дата обращения: 05.01.2026).
12. Поклад Л.А. Сестринское дело: перспективы устойчивого развития // *Ремедиум Приволжье*. 2017. №4 (154). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sestrinskoe-delo-perspektivy-ustoychivogo-razvitiya> (дата обращения: 05.01.2026).
13. Походенько И.В. Роль среднего медицинского персонала в управлении факторами, влияющими на уровень приверженности пациентов к амбулаторному лечению после выписки из стационара // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*, 2025 г. № 3. С. 803-820
14. Рогова, Е. Е. Взаимосвязь между эмоциональным выгоранием и образом деятельности у среднего медицинского персонала // *Мир науки. Педагогика и психология*. 2025. Т. 13. № 4.
15. Соломянник И. А., Галеева Ж. А., Алексанян Л. А. Мультидисциплинарный подход в гериатрической практике // *Российский журнал гериатрической медицины*. 2025; 3 (23): 310–320. DOI: 10.37586/2686-8636-3-2025-310-320
16. Федорова Г. В., Голева О. П. Научная медицинская литература о проблемах сестринского дела // *Медицинская сестра*. 2015. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nauchnaya-meditsinskaya-literatura-o-problemah-sestrinskogo-dela> (дата обращения: 05.01.2026).
17. Хажин А.С. Интеграция искусственного интеллекта в различные аспекты сестринского дела // *Парадигма*. 2025. №11-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/integratsiya-iskusstvennogo-intellekta-v-razlichnye-aspekty-sestrinskogo-dela> (дата обращения: 04.01.2026).
18. Чебоксарова Е. А. К вопросу об исследованиях развития в области сестринского дела // *Вестник науки и образования*. 2019. №12-2 (66). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-ob-issledovaniy-razvitiya-v-oblasti-sestrinskogo-dela> (дата обращения: 05.01.2026).
19. Smama'h Y, Eshah NF, et al. The Impact of Leadership Styles of Nurse Managers on Nurses' Motivation and Turnover Intention Among Jordanian Nurses. *J Healthc Leadersh*. 2023 Jan 24; 15:19-29

## ПОТЕНЦИАЛ СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

*Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.*

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова»

### АННОТАЦИЯ

В настоящее время до сих пор остается актуальным вопрос о значимости сестринского дела в системе здравоохранения, в связи с чем требуется искать доказательства расширения роли и сфер деятельности медицинской сестры и находить оценку их экономического вклада в систему здравоохранения.

**Цель** – рассмотреть потенциал сестринских вмешательств в профилактике послеродовой депрессии

**Методы:** тематический анализ научных публикаций, размещенных на платформе Pubmed за период с 2020 по 2025 гг. с применением ключевых слов «послеродовая депрессия», «роль медицинской сестры», «профилактика послеродовой депрессии»

**Результаты:** в качестве профилактических вмешательств сегодня применяются физические упражнения, программы осознанности, грудное вскармливание, когнитивно-поведенческая терапия посредством интернета, мобильного приложения. За последние пять лет появились публикации, в которых рассматривается как участие медицинских сестер в проведении групповой когнитивно-поведенческой терапии, так и эффективность такой роли медицинской сестры.

**Выводы:** роль медицинской сестры в системе здравоохранения постепенно расширяется, на данный момент относительно новой сферой деятельности медицинской сестры является профилактика послеродовой депрессии. Однако для ее выполнения медицинскими сестрами требуется специальная подготовка в области когнитивно-поведенческой терапии.

**Ключевые слова:** роль медицинской сестры, послеродовая депрессия, профилактика, сестринское дело, профилактические вмешательства

За последние 50 лет глобальная заболеваемость депрессией и тревожными расстройствами возросла, достигнув пандемического уровня. Эти показатели представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения, которую трудно выявить и лечить [18]. Тревожное состояние, испытываемое женщинами во время беременности, широко распространено, особенно в условиях ограниченных ресурсов, и является сильным предиктором распространенных психических расстройств в послеродовой период, тревожности и депрессии.

Перинатальный период, включающий беременность, роды и переход к родительству, представляет собой время глубокой радости для семей, которое также влечет за собой значительные психологические и социальные изменения для родителей. Двумя распространенными психологическими состояниями в этот период являются послеродовая хандра и послеродовая депрессия. Послеродовая хандра, которую испытывают примерно 80% женщин в течение пер-

вых двух недель после родов, является естественным и преходящим состоянием, характеризующимся усталостью, тревогой и изменениями в режиме сна и аппетита. Эти симптомы обычно проходят спонтанно через 7–14 дней после родов.

Послеродовая депрессия представляет собой серьезное и стойкое расстройство, которое может продолжаться месяцами или даже годами. Частота послеродовой депрессии достигает пика в первые шесть месяцев после родов. Это клиническое состояние проявляется такими симптомами, как выраженное истощение энергии, снижение либидо и суицидальные мысли.

Приблизительно 13–19% женщин в послеродовой период испытывают послеродовую депрессию, и большинство из них сообщают о наличии хотя бы некоторого стресса в послеродовой период [12]. При этом лишь каждая десятая из них получает лечение, основанное на доказательной медицине.

Примерно каждая пятая женщина в странах с низким и средним уровнем дохода страдает послеродовой депрессией, причем риск выше среди матерей детей с низкой массой тела при рождении [21]. Пандемия COVID-19 увеличила риск развития послеродовой депрессии, снизила доступность лечения и изменила предпочтения в сторону виртуальной медицинской помощи [23].

Послеродовая депрессия поражает не только матерей, но и отцов. Исследования показывают, что распространенность депрессии среди отцов составляет 4,8%–10% в пренатальный период и 6,6%–13,6% в послеродовой период. Недавний систематический обзор подтвердил, что послеродовая депрессия у отца остается распространенной и клинически значимой проблемой, имеющей свой уникальный набор факторов риска и пагубные последствия для благополучия семьи. Послеродовая депрессия у отца чаще всего возникает в первые три–шесть месяцев после родов, что совпадает с пиковым периодом послеродовой депрессии у матери [16].

Этиология представляется многофакторной, включая физиологические изменения, связанные с беременностью и родами, а также стресс, вызванный снижением автономии и адаптацией к окружающей среде. Как показало исследование распространенности и факторов риска послеродовой депрессии через 2 месяца после естественных родов [6], приблизительно у 10% женщин, родивших естественным путем, наблюдаются симптомы послеродовой депрессии, оцениваемые по шкале депрессии  $\geq 13$  баллов через 2 месяца. Факторы риска до беременности, акушерские особенности, такие как стимуляция родов и оперативное естественное родоразрешение; и негативные воспоминания о родах через 2 дня после родов были основными факторами, связанными с этим предварительным диагнозом.

Существуют противоречивые данные относительно связи между эпидуральной анальгезией во время родов и риском послеродовой депрессии. Исследование, проведенное Tan HS и соавт., например, не показало значимой разницы в риске послеродовой депрессии между пациентками, получавшими эпидуральную анальгезию во время родов, и теми, кто использовал неэпидуральные методы обезболивания [22].

## **ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ**

### **Профилактические вмешательства в период беременности**

Как показал аналитический обзор публикаций, профилактические вмешательства в отношении послеродовой депрессии могут применяться как во время беременности, так и в послеродовой период. Сегодня такие традиционные методы лечения как психотерапия и антидепрессанты зачастую считаются нецелесообразными или нежелательными. Потенциальные риски, связанные с применением психотропных препаратов беременными и кормящими женщинами, а также предпочтения женщин в отношении немедикаментозных вмешательств, означают, что важно обеспечить доступность эффективных психологических вмешательств.

К вмешательствам, применяемым в дородовой период, относятся программы осознанности, дородовое обучение, физические упражнения.

### **Программы осознанности. Дородовое обучение**

Вмешательства, основанные на осознанности, могут предложить новый подход к лечению проблем с психическим здоровьем в перинатальный период [11].

Данное направление исследования появилось более 15 лет тому назад. Методы осознанности в дородовой период для снижения депрессии, тревоги и стресса были изучены, например, Woolhouse H и соавт. в 2014 году [25]. Их исследование предоставило доказательства целесообразности применения практики осознанности во время беременности для снижения психологического стресса. В 2023 году Pan WL и соавт. провели похожее исследование и показали, что практика осознанности во время беременности может играть роль в смягчении расстройств настроения и тревожных расстройств и должна рассматриваться в будущих подходах к профилактике психологического дистресса [18].

Çankaya S, и соавт. изучили влияние дородового обучения на страх перед родами, депрессию, тревожность, уверенность в своих силах при родах и способ родоразрешения у первородящих беременных женщин [3]. Было установлено, что у женщин, прошедших дородовое обучение, наблюдалось меньше симптомов страха перед родами, депрессии, тревоги и стресса, а также отмечалась повышенная уверенность в своих силах в отношении родов по сравнению с контрольной группой. В группе, прошедшей дородовое обучение, было больше естественных родов по сравнению с контрольной группой. Результаты данного исследования продемонстрировали, что дородовое обучение имеет важные клинические преимущества для женщин как во время беременности, так и в послеродовой период, и все беременные женщины должны получать это обучение.

### **Физические упражнения**

При этом научные данные доказывают эффективность физических упражнений, программ осознанности, дородового обучения, программ групповой поддержки, грудного вскармливания, а также когнитивно-поведенческой терапии.

Научные исследования, демонстрирующие защитное действие физических упражнений на воспринимаемый стресс у женщин, подверженных риску послеродовой депрессии, проводятся последние лет 20. Например, в 2012 году было проведено исследование «Здоровая мама» [13], в 2019 году Broberg L. И соавт. изучили влияние физических упражнений на симптомы депрессии у беременных женщин [2]. Coll соавт. оценили эффективность регулярных физических упражнений во время беременности в профилактике послеродовой депрессии [4]. В 2021 году Lewis и соавт. в очередной раз показали, что оздоровительные мероприятия оказались эффективными в предотвращении симптомов депрессии; воспринимаемый уровень стресса через 6 месяцев был значительно ниже среди участников, занимавшихся физическими упражнениями, по сравнению с участниками, получавшими стандартное лечение. Авторы считают, что специалистам следует рассмотреть возможность включения физических упражнений и оздоровительных мероприятий в послеродовой уход [12].

## **ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД**

В числе профилактических вмешательств, применяемых в послеродовой период, - грудное вскармливание, психологические вмешательства посредством Интернета, мобильные приложения.

### **Грудное вскармливание**

Послеродовая депрессия также может негативно влиять на грудное вскармливание и его продолжительность. Однако положительный опыт грудного вскармливания на ранних этапах и в дальнейшем может снизить риск развития послеродовой депрессии. Мероприятия по

поддержке грудного вскармливания, направленные на увеличение продолжительности и исключительности грудного вскармливания, могут помочь предотвратить или уменьшить симптомы послеродовой депрессии [10].

В одном из исследований была проведена оценка влияния программы групповой поддержки грудного вскармливания под руководством акушерки на профилактику послеродовой депрессии [20]. Программы групповой поддержки доказали свою эффективность в оказании помощи женщинам в преодолении депрессии и повышении показателей грудного вскармливания. Результаты исследования с контрольной и экспериментальной группами показали значительную разницу в показателях исключительно грудного вскармливания через 4 месяца после родов между группами (контрольная группа - 50%, экспериментальная группа - 69,9%). Кроме того, в группе вмешательства наблюдался более низкий средний балл по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии. Аналогично, более высокие показатели общей самооффективности наблюдались среди кормящих женщин через 2 и 4 месяца после родов. В итоге, группы поддержки грудного вскармливания под руководством акушерок повысили самооффективность, повлияли на продление грудного вскармливания и снизили послеродовую депрессию через 4 месяца после родов.

Amani В и соавт. оценили когнитивно-поведенческую терапию (далее – КПТ), проводимую равными по статусу пациентами – женщинами, оправившимися от послеродовой депрессии, - при послеродовой депрессии. Результаты показали клинически и статистически значимое улучшение симптомов депрессии и тревожности в экспериментальной группе, и эти улучшения оставались стабильными в течение 6 месяцев наблюдения [1].

### **Профилактические вмешательства посредством Интернета**

Ранее проведенные исследования подтвердили, что симптомы послеродовой депрессии можно облегчить с помощью психологических вмешательств, проводимых через интернет. Преимущества лечения через интернет включают анонимность, удобство и доступность для женщин, которые не имеют возможности получить очную консультацию. Появились исследования, направленные на сравнение эффективности одной из первых веб-ориентированных КПТ (интернет-КПТ + консультации тренера) для лечения послеродовой депрессии с очной КПТ. Эти результаты подтверждают результаты предыдущих исследований, показавших клинически значимые улучшения симптомов депрессии, и предоставляют прямое эмпирическое подтверждение того, что интернет-терапия для женщин с послеродовой депрессией является жизнеспособной альтернативой очной терапии [15].

При этом интернет-ориентированная КПТ для профилактики послеродовых депрессивных симптомов у беременных женщин с депрессией, изученная Duan СС, и соавт., не предотвратила развитие послеродовой депрессии. Однако, как считают авторы, она может быть предпочтительным вариантом для женщин с легкими и умеренными симптомами дородовой депрессии [5]. Похожие результаты были получены Nishi D и соавт., которые также изучили профилактический эффект интернет-ориентированной КПТ для предотвращения депрессии во время беременности и в послеродовой период [17].

В работе Van Lieshout RJ и соавт. изучалось влияние однодневных онлайн-семинаров по КПТ в сочетании с обычным лечением по сравнению с применением только обычного лечения при послеродовой депрессии. Авторы заключили, что однодневный онлайн-семинар по КПТ послеродовой депрессии представляет собой эффективный и краткосрочный вариант для матерей, снижающий послеродовую депрессию и тревожность, а также улучшающий социальную поддержку, отношения между матерью и ребенком [23].

### **Мобильные приложения**

Относительно новым и многообещающим направлением в профилактике послеродовой депрессии является КПТ на основе мобильного приложения [19]. Например, работа Qin X и соавт. по изучению эффективности программы CareMom, новой программы КПТ на основе

приложения, в снижении симптомов депрессии у матерей в самый ранний послеродовой период, предоставила предварительные доказательства эффективности CareMom в снижении симптомов депрессии у женщин в послеродовом периоде в целом.

В работе Zuccolo PF и соавт. была проведена оценка эффективности приложения Motherly автономного приложения для смартфонов на основе КПТ, в снижении симптомов послеродовой депрессии. Однако авторы пришли к выводу, что самостоятельные вмешательства с использованием приложений для лечения послеродовой депрессии еще не готовы к внедрению в клиническую практику [26].

### **ВЛИЯНИЕ НАУЧНООБОСНОВАННОГО СЕСТРИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПРОФИЛАКТИКУ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Доказательная сестринская практика широко применяется в клинической практике и демонстрирует замечательные результаты. В частности, исследование Meng J и соавт. с участием беременных женщин, у которых во время госпитализации не была диагностирована послеродовая депрессия, но которые были склонны к ней, показало, что применение научно обоснованного сестринского вмешательства в течение 6 недель значительно снизило частоту послеродовой депрессии, а также повысило уровень удовлетворенности пациенток и эффективно снизило их тревожность [14].

Van Lieshout RJ и соавт. изучили эффективность групповой КПТ при послеродовой депрессии, проводимой медицинскими сестрами общественного здравоохранения без специальной подготовки или имеющими незначительную подготовку, в улучшении состояния при депрессии, тревожности [24]. Авторы пришли к заключению, что медицинские сестры могут быть обучены эффективному проведению групповой КПТ при послеродовой депрессии для улучшения состояния при депрессии, тревожности и отношения между матерью и ребенком. Передача задач по лечению послеродовой депрессии с помощью групповой КПТ медицинским сестрам может повысить эффективность лечения и привести к лучшим результатам для матерей, семей и системы здравоохранения.

К такому выводу пришли и Nuh K. и соавт., которые оценили онлайн-групповую КПТ послеродовой депрессии под руководством медицинской сестры общественного здравоохранения [7]. Авторы заключили, что медицинские сестры могут быть обучены проведению эффективной онлайн-групповой КПТ при послеродовой депрессии с целью снижения депрессии и тревоги, а также улучшения аспектов взаимоотношений между матерью и ребенком, что представляет собой важный способ расширения доступа к эффективному лечению послеродовой депрессии.

Изучение осуществимости и приемлемости однодневных семинаров по КПТ для лечения послеродовой депрессии, проводимые медицинскими сестрами [8], показало, что набор и удержание участников в исследовании однодневных семинаров по КПТ, проводимых медицинскими сестрами, осуществимы. Результаты пилотного исследования показывают, что семинары могут привести к улучшению состояния при послеродовой депрессии в течение 9 месяцев после семинара.

На данный момент есть исследования, оценивающие экономическую эффективность групповой КПТ для лечения послеродовой депрессии, проводимой медицинскими сестрами в сфере общественного здравоохранения [9]. Анализ экономической эффективности, проведенный на основе данного исследования, показал, что групповая КПТ, проводимая специалистами по посттравматическому стрессовому расстройству и добавляемая к стандартному лечению, может быть экономически эффективной по сравнению с применением только стандартного лечения.

## Заключение

Как показал аналитический обзор литературы, сегодня профилактика послеродовой депрессии может проводиться как в период беременности, так и в послеродовой период. К вмешательствам, применяемым в период беременности, относятся, в первую очередь, психологические вмешательства, программы осознанности, дородовое обучение, а также физические упражнения. В послеродовом периоде особое место занимает грудное вскармливание, а также апробируются профилактические вмешательства посредством Интернета и через мобильные приложения.

Среди специалистов, которые задействованы в профилактических мероприятиях, есть и медицинские сестры, что говорит не только о расширении сферы их деятельности, но и о том, в первую очередь, что квалификация медицинских сестер и уровень подготовки позволяют данной когорте специалистам участвовать в проведении когнитивно-поведенческой терапии, однако при условии прохождения дополнительной подготовки.

Учитывая актуальность проблемы, уже сегодня необходимо обратиться к разработке программы дополнительного образования для медицинских сестер по основам перинатальной психологии, когнитивно-поведенческой терапии и консультированию. Данная квалификация потребует включить профилактику послеродовой депрессии в должностные инструкции и стандарты работы медицинских сестер, особенно в первичном звене и службе патронажа. Данные новшества зададут вектор сестринским исследованиям, приоритетными направлениями которых могут быть долгосрочная экономическая эффективность сестринских вмешательств при послеродовой депрессии, адаптация определенных программ для российских условия и др.)

## Список использованной литературы

1. Amani B, Merza D, Savoy C, et al. Peer-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy for Postpartum Depression: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry*. 2021 Nov 9;83(1):21m13928.
2. Broberg L, Backhausen M, Damm P, et al. Effect of supervised exercise in groups on psychological well-being among pregnant women at risk of depression (the EWE Study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017 May 5;18(1):210.
3. Çankaya S, Şimşek B. Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. *Clin Nurs Res*. 2021 Jul;30(6):818-829.
4. Coll CVN, Domingues MR, Stein A, et al. Efficacy of Regular Exercise During Pregnancy on the Prevention of Postpartum Depression: The PAMELA Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2019 Jan 4;2(1):e186861.
5. Duan CC, Zhang C, Xu HL, et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Preventing Postpartum Depressive Symptoms Among Pregnant Individuals with Depression: Multicenter Randomized Controlled Trial in China. *J Med Internet Res*. 2025 Mar 4;27:e67386.
6. Froeliger A, Deneux-Tharoux C, Loussert L, et al. Tranexamic Acid for Preventing Postpartum Hemorrhage After Vaginal Delivery Study Group. Prevalence and risk factors for postpartum depression 2 months after a vaginal delivery: a prospective multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*. 2024 Mar;230(3S): S1128-S1137.e6.
7. Huh K, Layton H, Savoy CD, et al. Online Public Health Nurse-Delivered Group Cognitive Behavioral Therapy for Postpartum Depression: A Randomized Controlled Trial During the COVID-19 Pandemic. *J Clin Psychiatry*. 2023 Jul 24;84(5):22m14726.
8. Layton H, Campbell M, Huh K, et al. Public Health Nurse-Delivered 1-Day Cognitive Behavioral Therapy-Based Workshops for Treating Postpartum Depression: A Pilot Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry*. 2025 Apr 30;86(2):24m15712.
9. Layton H, Huh K, Savoy CD, Xie F, Van Lieshout RJ. Cost-utility of public health nurse-delivered group cognitive behavioural therapy for postpartum depression. *J Affect Disord*. 2025 Jun 15;379:673-679.
10. Lenells M, Uphoff E, Marshall D, et al. Breastfeeding interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025 Feb 18;2(2):CD014833.
11. Lever Taylor B, Cavanagh K, Strauss C. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016 May 16;11(5):e0155720.
12. Lewis BA, Schuver K, Dunsiger S, et al. Randomized trial examining the effect of exercise and wellness interventions on preventing postpartum depression and perceived stress. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Nov 22;21(1):785.
13. Lewis BA, Gjerdingen DK, Avery MD, et al. Examination of a telephone-based exercise intervention for the prevention of postpartum depression: design, methodology, and baseline data from The Healthy Mom study. *Contemp Clin Trials*. 2012 Nov;33(6):1150-8.

14. Meng J, Du J, Diao X, Zou Y. Effects of an evidence-based nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period. *Stress Health*. 2022 Aug;38(3):435-442.
15. Milgrom J, Danaher BG, Seeley JR, et al. Internet and Face-to-face Cognitive Behavioral Therapy for Postnatal Depression Compared with Treatment as Usual: Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster. *J Med Internet Res*. 2021 Dec 8;23(12):e17185.
16. Mozaffari R, Bahrami N, Bahramkhani M, et al. A randomized controlled trial investigating the impact of coping strategies training for fathers during pregnancy on postnatal depression among couples. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2025 Dec 31;46(1):2566074.
17. Nishi D, Imamura K, Watanabe K, et al. The preventive effect of internet-based cognitive behavioral therapy for prevention of depression during pregnancy and in the postpartum period (iPDP): a large scale randomized controlled trial. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2022 Nov;76(11):570-578.
18. Pan WL, Lin LC, Kuo LY, Chiu MJ, Ling PY. Effects of a prenatal mindfulness program on longitudinal changes in stress, anxiety, depression, and mother-infant bonding of women with a tendency to perinatal mood and anxiety disorder: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Jul 31;23(1):547.
19. Qin X, Liu C, Zhu W, Chen Y, Wang Y. Preventing Postpartum Depression in the Early Postpartum Period Using an App-Based Cognitive Behavioral Therapy Program: A Pilot Randomized Controlled Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 15;19(24):16824.
20. Rodríguez-Gallego I, Vila-Candel R, Corrales-Gutierrez I, et al. Evaluation of the Impact of a Midwife-Led Breastfeeding Group Intervention on Prevention of Postpartum Depression: A Multicentre Randomised Clinical Trial. *Nutrients*. 2024 Jan 10;16(2):227.
21. Sinha B, Sommerfelt H, Ashorn P, et al. Effect of Community-Initiated Kangaroo Mother Care on Postpartum Depressive Symptoms and Stress Among Mothers of Low-Birth-Weight Infants: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2021 Apr 1;4(4):e216040.
22. Tan HS, Tan CW, Sultana R, et al. The association between epidural labour analgesia and postpartum depression: a randomised controlled trial. *Anaesthesia*. 2024 Apr;79(4):357-367.
23. Van Lieshout RJ, Layton H, Savoy CD, et al. Effect of Online 1-Day Cognitive Behavioral Therapy-Based Workshops Plus Usual Care vs Usual Care Alone for Postpartum Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2021 Nov 1;78(11):1200-1207.
24. Van Lieshout RJ, Layton H, Savoy CD, et al. Public Health Nurse-delivered Group Cognitive Behavioral Therapy for Postpartum Depression: A Randomized Controlled Trial. *Can J Psychiatry*. 2022 Jun;67(6):432-440.
25. Woolhouse H, Mercuri K, Judd F, Brown SJ. Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Oct 25;14:369.
26. Zuccolo PF, Brunoni AR, Borja T, et al. Efficacy of a Standalone Smartphone Application to Treat Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*. 2024;93(6):412-424.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

*Петрова В.Б., Пижевская М.Е., Халилова Ш. В.,  
Петрова А.И., Шумков В.А.*

ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И.Мечникова»

### **АННОТАЦИЯ**

В литературном обзоре рассмотрены современные данные о распространенности, факторах риска и особенностях профилактики внутрибольничных инфекций (ВБИ) у пациентов пожилого и старческого возраста. Показано, что гериатрические пациенты являются одной из наиболее уязвимых категорий вследствие иммуностарения, полиморбидности, синдрома старческой астении, нутритивной недостаточности, недержания, пролежней, частых инвазивных вмешательств и длительной госпитализации. Проанализированы основные виды ВБИ у пожилых: инфекции мочевыводящих путей (в том числе катетер-ассоциированные), инфекции кровотока, внутрибольничные пневмонии, инфекции области хирургического вмешательства, инфекция *Clostridioides difficile*. Отдельное внимание уделено проблеме антибиотикорезистент-

ности и роли медицинского персонала в передаче патогенов. Подчёркнута ключевая роль медицинской сестры в системе инфекционного контроля, включая оценку индивидуальных факторов риска, реализацию профилактических мероприятий, обучение пациентов и их родственников, соблюдение санитарно-гигиенического режима и рациональное использование антимикробных препаратов. Сделан вывод о необходимости комплексного, междисциплинарного подхода к профилактике ВБИ у гериатрических пациентов с учетом их клинической и функциональной уязвимости.

**Ключевые слова:** внутрибольничные инфекции; гериатрические пациенты; инфекционный контроль; сестринский процесс; старческая астения; полиморбидность; антибиотикорезистентность; катетер-ассоциированные инфекции; пролежни; инфекции мочевыводящих путей.

Актуальность проблемы управления инфекциями в контексте пожилого населения является предметом значительного научного и практического интереса, особенно в связи с глобальным увеличением доли людей старшего возраста. Учитывая, что пожилые пациенты составляют категорию с высокими рисками развития неблагоприятных исходов при присоединении инфекционных заболеваний, необходимость эффективной системы профилактики и контроля инфекций становится более, чем очевидной.

Наиболее уязвимые группы, как правило, включают пожилых пациентов с полиморбидностью, у которых сочетание хронических заболеваний и возрастных изменений создает условия для высокой восприимчивости к инфекциям. Работы Всемирной организации здравоохранения представляют собой важные инструменты для повышения уровня профилактики инфекций, предлагая программы контроля, направленные на внедрение научно обоснованных профилактических мер, направленных на снижение заболеваемости и, как следствие, смертности.

Средний медицинский персонал играет решающую роль в осуществлении эффективного контроля инфекций. Их участие в административных, организационных и клинических аспектах ухода за пожилыми пациентами представляет собой ключевую составляющую системы предотвращения инфекционных заболеваний. В этом контексте крайне важно обеспечить непрерывное обучение и повышение квалификации медицинских сестер, углубленное понимание механизмов передачи инфекций, а также внедрение современных технологий и методик в повседневную практику, что может значительно снизить риски, связанные с инфекционными заболеваниями.

Факторы, детерминирующие развитие внутрибольничных инфекций, можно классифицировать по их происхождению на три основные категории: связанные с состоянием пожилого пациента, характеристиками окружающей среды стационара и особенностями медицинской практики [1,2].

Пожилые люди подвержены большему риску возникновения внутрибольничной инфекции из-за многих факторов, включая иммуностареющие клетки, пищевой статус, проблемы с неподвижностью и общее хрупкое состояние. Центры по контролю и профилактике заболеваний США сообщают о примерно 687 000 случаев инфицирования внутрибольничной инфекцией и предполагают, что к 2060 году численность населения старше 65 лет удвоится, а тех, кто старше 85 лет, утроится. Примерно у 3% госпитализированных пациентов в определенный момент времени есть внутрибольничная инфекция на основе данных за 2011 год [3].

Общеизвестно, что пожилые люди имеют более высокий риск заражения внутрибольничными инфекциями по сравнению с молодыми пациентами. Это явление можно объяснить несколькими факторами: у пожилых людей часто наблюдаются нарушения защитных механизмов организма, таких как клеточный и гуморальный иммунитет. Кроме того, у них могут возникать проблемы с физиологическими функциями, например, кожа становится более тонкой,

увеличивается простата, замедляются процессы заживления ран, снижается кашлевой рефлекс, а также могут развиваться недержание мочи и другие расстройства. Увеличенная предрасположенность к хроническим заболеваниям, таким как: сахарный диабет, рак, деменция и атеросклероз, а также применение различных лекарственных средств, включая иммунодепрессанты, антихолинергические и седативные средства, играют роль в повышении частоты развития ВБИ среди пожилых людей. Важно отметить, что у пожилых пациентов часто встречаются неклассические симптомы инфекций, такие как неявно выраженная или отсутствующая лихорадка, отсутствие кашля или мокроты при пневмонии, а также отсутствие дизурии или позывов при инфекциях нижних мочевыводящих путей [5].

Скрининг на гериатрические синдромы, предрасполагающих пожилых людей к присоединению ВБИ, может стать основой для разработки индивидуальных планов профилактики во время госпитализаций и длительного пребывания в учреждениях по уходу за пожилыми пациентами [4].

Применение инвазивных методов лечения способствует нарушению естественных барьеров организма и созданию входных ворот для патогенных микроорганизмов. Например, автор обзорной статьи Lindsay E. N. опирается на данные американского исследования, где сообщается о том, что катетер-ассоциированная инфекция мочевыводящих путей (КАИМП) широко распространена среди пожилых пациентов. В американском исследовании 12,6% пожилых пациентов в учреждениях длительного ухода имели постоянный катетер при поступлении. В 78 шведских домах престарелых 16% мужчин и 3% женщин использовали постоянные уретральные катетеры. Лица, у которых мочеиспускание осуществляется с помощью постоянного катетера, всегда страдают бактериурией. Частота инфицирования новых пожилых пациентов составляет от 3% до 7% в день. К проблеме распространенности КАИМП присоединяется также факт того, что клиническая диагностика инфекции мочевыводящих путей у лиц пожилого возраста затруднена из-за нарушения коммуникации и хронических мочеполовых симптомов [6].

Проблема антибиотикорезистентности среди лиц пожилого возраста, описанная ранее, также относится к факторам, детерминирующим присоединение ВБИ. По данным обследования распространенности ВБИ и применения противомикробных препаратов в ЕС и ЕЭЗ с 2016 по 2017 год, общее число, заболевших ИСМП, вызванным по крайней мере одним резистентным микроорганизмом, оценивалось в 291 067 пациентов для составного индекса и в 31 696 пациентов для энтеробактерий, устойчивых к карбапенемам [7]. Статистические данные по возрастным группам предоставлены в отчете не были, но стоит отметить, что цифры по распространенности колоссально высоки.

Контаминированные поверхности в операционных, перевязочных, палатах интенсивной терапии и других лечебных помещениях могут быть главными источниками патогенной микрофлоры. Нарушение правил санитарной обработки помещений, медицинского инструментария, оборудования или даже рук персонала способствует распространению инфекций. В 2018 году, было проведено 13-недельное продольное наблюдательное исследование в 2 отделениях интенсивной терапии в штате Юта с ежедневным отбором образцов на основе культуры с участков тела пациента, поверхностей в помещении, рук медработников и общих поверхностей в помещении. Образцы с участков тела пациента отбирались из подмышечной впадины, паха и перианальной области или стула. Образцы в помещениях отбирались с поверхностей, к которым прикасался пациент, поверхностей, к которым прикасался медицинский работник, и поверхностей туалета. Образцы с рук или перчаток (если они были надеты) медицинских работников, которые ухаживали за пациентом, отбирались при выходе из помещения и до гигиены рук или снятия перчаток. Образцы с общих поверхностей отбирались ежедневно. Было обнаружено, *S. difficile*, выделяемый пациентами в их собственную комнату, часто оказывался на руках медработников, покидавших другие комнаты пациентов во время одновременного

пробывания, и на поверхностях других комнат пациентов. Авторы отмечают, что все выявленные кластеры передачи включали либо поверхности окружающей среды, либо руки медработников [8].

Инфицированный медицинский персонал или посетители могут быть источником патогенов. Нередко инфекции распространяются через контакт (руки, одежда, инструменты), капельным путём или аэрозоли. В продольном когортном исследовании в ESSCVP, Лиссабон, Португалия было отобрано 280 носовых мазков у студентов-медсестер в 14 временных точках за четыре года обучения (2012–2016). Авторы сообщают об очень высоких показателях назального носительства *S. aureus* (72%) и MRSA (11%) среди студентов-медсестер в португальском университете. Значительная часть студентов была колонизирована *S. aureus* (30%), включая MRSA (11%) во время обучения на медсестру, в основном после клинического воздействия. Колонизация студентов-медсестер была очень динамичной с постоянным проникновением штаммов с различными типами или подтипами у одного и того же человека. Три из пяти изолятов MRSA принадлежали к распространенному клону (EMRSA-15, ST22-IVh), циркулирующему в национальных больницах. Результаты свидетельствуют о том, что студенты-медсестры представляют собой важные резервуары и переносчики *S. aureus* /MRSA внутри больниц и в обществе

Перегруженность больниц создаёт благоприятные условия для перекрёстного инфицирования, так как пациенты находятся в тесном контакте. Это особенно актуально в отделениях интенсивной терапии или в паллиативной медицине. Средняя заполняемость больниц в США, например, составляла 63,9% с 2009 по 2019 год по сравнению с 75,3% в год после окончания чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, связанной с COVID-19. Прогнозируется, что общее количество госпитализаций в год увеличится с 36 174 000 в 2025 году до 40 177 000 в 2035 году из-за старения населения. Это будет соответствовать заполнению больниц в стране примерно на 85% к 2032 году для взрослых коек [20]. По данным Росстата число больничных коек в РФ на 10 тыс. населения в 2022 г. составляла 77,5, в то время как в 2012 г., например, показатель был на уровне 92,8 [10].

Таким образом можно сделать вывод о том, что внутрибольничные инфекции – это результат сложного взаимодействия факторов, включая физиологическое состояние пациента, характеристики внутрибольничной среды и проводимые медицинские вмешательства. Эффективная профилактика данного типа инфекций требует системного интегрированного подхода, включающего совершенствование мероприятий по инфекционному контролю, ограничение необоснованных инвазивных процедур, повышение профессиональной компетентности медицинских работников, рационализацию применения антимикробных препаратов, а также разработку и строгое соблюдение регламентированных норм санитарно-гигиенического режима в учреждениях здравоохранения.

ВБИ чаще встречаются и протекают тяжелее среди пожилых пациентов из-за факторов, связанных непосредственно со старением или госпитализацией.

В исследовании университетской больницы Лайкон в Афинах приняли участие 236 пациентов в возрасте >65 лет (средний возраст:  $75,0 \pm 8,3$ ), которые были экстренно госпитализированы в отделение внутренних болезней с января по сентябрь 2009 года. В настоящем исследовании 46,1% пациентов были подвержены риску осложнений, связанных с питанием, что было оценено с помощью простой в использовании и объективной шкалы GNRI. Во время госпитализации у 23,7% пациентов развился по крайней мере один эпизод документированных ВБИ [11].

Достаточно часто, ввиду наличия большого количества хронических заболеваний, пожилых пациентов переводят из одних лечебно-профилактических учреждений в другие. Переводы между ЛПУ, организациями, осуществляющими уход за пожилыми пациентами, делает

их более уязвимыми к потенциальным путям передачи патогенов через повышенное воздействие загрязненных поверхностей и контакты с людьми. Ретроспективное исследование случай-контроль было проведено с использованием данных, извлеченных из электронных медицинских карт и микробиологических культур неплановых медицинских госпитализаций в крупную городскую сеть больниц, состоящую из трех больничных участков в период с 2015 по 2018 год в Великобритании. Анализ был сосредоточен на лицах в возрасте 65 лет и старше. Из 24 240 эпизодов 2877 случаев были включены в анализ, 72,2% эпизодов содержали по крайней мере один внутрибольничной перевод. Авторы пришли к выводу при многофакторном анализе, что каждый дополнительный внутрибольничной перевод увеличивал вероятность получения ВБИ на 9% [12].

Авторы Hess С. Т., Rook L. J. обращают внимание на то, что недержание мочи затрагивает 38% женщин и 17% мужчин в возрасте 60 лет и старше. Повреждение кожи промежности вследствие недержания, как сообщается, происходит у 31% пациентов, получающих неотложную помощь, и у 41% пациентов, получающих долгосрочный уход. Сообщают также о том, что дерматит промежности повышает риск ИМП, микробных инфекций кожи и пролежней. Недержание кала было задокументировано как один из наиболее распространенных факторов риска развития пролежней [13].

Пролежни наблюдаются у 15,5% пациентов гериатрического профиля, находящихся на лечении в нашем стационаре. Наличие пролежней оказывает огромное влияние на качество жизни пожилых людей и значительно увеличивает риск смерти, предиктором которой становится инфекция. Хотя пролежни можно предотвратить, они являются частой находкой у госпитализированных пожилых пациентов, прикованных к постели из-за своего острого заболевания. Уровень распространенности пролежней в больницах варьировался от 5,8% до 26% по данным исследований, проведенных в Европе, Канаде и Соединенных Штатах. Заживление пролежней у пожилого человека трудно предсказать, и у некоторых пациентов могут быть хронические глубокие раны в течение длительного времени. При возникновении серьезных инфекционных осложнений, таких как бактериемия или сепсис, риск смертности в этой группе пациентов составляет более 50%. Перспективное наблюдательное исследование, проведенное в 30-местном остром гериатрическом отделении в Медицинском центре Университета Малайзии с октября 2012 года по май 2013 года, включало пациентов в возрасте не менее 65 лет с уже имеющимися пролежнями при поступлении и пациентов, у которых пролежни появились во время госпитализации. Из 684 пациентов у 106 (15,5%) были выявлены пролежни по крайней мере второй стадии, у 76 (11,1%) уже были пролежни при поступлении, а у 30 (4,4%) развились новые пролежни в больнице. Смертность пациентов с пролежнями в гериатрическом отделении в течение 12 недель была высокой и составляла 66%. Авторы в заключении исследования отмечают, что факторы, связанные со смертностью, включали инфекцию пролежней

В научных публикациях, касательно проблематики пролежней, авторы определяют, что наибольший риск возникновения пролежней существует у людей с ограниченной подвижностью или чувствительностью, которые, как правило, прикованы к постели или инвалидному креслу. В источниках также ссылаются на то, что естественные изменения кожи, связанные со старением, являются дополнительным фактором риска у пожилых пациентов [15].

Факторы риска развития пролежней следует оценивать при первом контакте неподвижного пациента с медицинским работником. Соответствующие меры, которые следует предпринять, по мнению авторов Anders J., Heinemann A., Leffmann С.: поощрение движения, избегание давления (тип положения), устранение давления (интервал позиционирования) и распределение давления (вспомогательные средства позиционирования), защитные пластыри или спреи для кожи (акрилатные терполимеры, разбавленные гидроколлоиды), регулярная смена

средств, помогающих при недержании мочи, использование эудермических синтетических мочеприемников, средств по уходу за кожей (крем), поддержание обогащенной полноценной диеты (высококалорийной, с высоким содержанием белка). Эти меры должны быть скоординированы и часто перепроверяться в соответствии с индивидуально разработанным планом профилактики. Меры по поощрению движения улучшают нарушенную подвижность и помогают предотвратить дальнейшие осложнения, такие как контрактуры; такие меры варьируются от активизации сестринского ухода до сложного междисциплинарного лечения и реабилитации. Чередование положений является средством снижения давления и должно применяться на индивидуальной основе, например, положение лежа на спине в сочетании с наклонным положением на 30° и 135° на чередующихся сторонах; конечности и точки давления должны быть свободны от давления. Особое внимание следует уделять обучению и вовлечению пациента и его или ее семьи, чтобы они также могли принять меры для минимизации риска развития пролежней. Пациента спрашивают о наличии пролежней в прошлом (риск рецидива), кожу осматривают на предмет видимых поражений или эритемы, а также оценивают степень подвижности пациента. Индивидуальный риск развития пролежней в первую очередь определяется не конкретным диагнозом, который носит пациент, а его или ее состоянием сознания, подвижностью и независимостью в уходе за собой и возможным наличием факторов риска, способствующих возникновению язвы. Было разработано много различных инструментов для поддержки этой многомерной оценки с помощью стандартизированной документации. В немецких больницах широко используются шкала Нортон и шкала Ватерлоу. Шкала Брейдена рекомендуется для оценки пожилых пациентов, поскольку она учитывает большее количество факторов риска в градуированной форме [16].

В учреждениях здравоохранения наблюдается рост числа организмов с множественной лекарственной устойчивостью. Метициллин-резистентный золотистый стафилококк (MRSA) – представляет наибольшую проблему в последние годы, не взирая на то, в настоящее время в Европе наблюдается снижение числа внутрибольничных инфекций MRSA. В исследовании приняли участие 19 гериатрических учреждений с 759 сотрудниками здравоохранения и 422 резидентами. Половина персонала проработала в гериатрической сфере от года до десяти лет, а 19% проработали в этой сфере более 15 лет. 60% заявили, что имеют квалификацию в области ухода, причем чаще всего упоминалось обучение в качестве гериатрических медсестер и помощников по уходу за престарелыми. Большинство персонала на момент проведения опроса занимались уходом. Резиденты – жители домов престарелых, в основном женщины и лица, старше 80 лет: 19% находились в больнице или перенесли хирургическую процедуру в течение последних трех месяцев, а 19% принимали антибиотики. У 759 сотрудников и 422 резидентов были взяты мазки из носа для проверки на MRSA. Уровень колонизации MRSA в 1,6% был обнаружен у 759 сотрудников и в 5,5% у 422 жителей [17]. Не смотря на низкую распространенность MRSA в данном исследовании, авторы подчеркивают, что результаты дают хорошую основу для описания риска профессионального воздействия MRSA медицинским персоналом на пожилых пациентов.

Слабость (старческая астения) у пожилых пациентов – состояние повышенной уязвимости к неблагоприятным последствиям для здоровья, вторичное по отношению к множественным дефицитам физиологических, физических и умственных функций. Авторы научных публикаций отмечают, что слабые пожилые люди с большей вероятностью будут инфицированы грибами, бактериями и вирусами, чем население в целом. Сообщалось, что слабость влияет на восприимчивость и тяжесть пневмонии у людей старше 65 лет и тесно связана с их более высокой смертностью в течение 1 года. Исследования показали, что слабость связана с ослаблением вызванных вакциной реакций на антитела и увеличением поствакцинальных инфекций гриппа среди пожилых людей, проживающих в обществе, и что эффективность вакцины снижается с увеличением слабости и возраста. Однако, важно отметить, что риск смерти

у не вакцинированных пожилых пациентов остается выше, чем у вакцинированных. Кроме того, есть данные, что люди в возрасте 60 лет и старше подвержены наибольшему риску смерти от гриппа, и что этот риск увеличивается с возрастом. Когортное исследование выявило повышенный риск развития COVID-19 при наличии синдрома старческой астении [17]. Вышеперечисленные характеристики взаимосвязи между возникновением инфекционных заболеваний и слабости допустимо отнести и к риску возникновения ВБИ у пожилых пациентов, поскольку, как было описано ранее, медицинские работники достаточно часто являются носителями патогенных микроорганизмов внутри ЛПУ и учреждений по уходу за лицами пожилого возраста. Можно предположить, что риски также будут возрастать при нарушении медицинскими сотрудниками правил по профилактике и контролю инфекционных заболеваний и ИСМП. Обзор базы данных Medline, EMBASE и CJO, проведенный Liu X., Long Y., Greenhalgh C., в Китае, показал, что ВБИ были в значительной степени связаны с социально-демографическими характеристиками, включая возраст старше 60 лет и мужской пол, инвазивные процедуры, наличие хронических заболеваний. Другие факторы риска включали длительное пребывание в постели и факторы риска, связанные со здравоохранением, такие как: химиотерапия, гемодиализ, гормональная терапия, использование антибиотиков и пребывание в стационаре более 15 дней [18]. Целесообразно соотнести описанные факторы риска с пожилыми пациентами, поскольку как минимум один из нескольких факторов обязательно будет присутствовать у лиц, старше 65 лет.

Пожилое население характеризуется большей потребностью в социальном обеспечении и медицинском лечении, чем другие возрастные группы. Наряду со старением возникает ряд проблем со здоровьем, уходом, заботой, психологических и социальных проблем. Сложность этих проблем обусловлена сочетанием у пожилых пациентов инволюционных изменений, множественными заболеваниями, снижением функциональной эффективности и другими факторами.

Пожилым возрастом сопровождается повышенной уязвимостью к хроническим заболеваниям, что, в свою очередь, приводит к частым госпитализациям или обращениям в ЛПУ. Хронические заболевания, столь типичные для пожилых людей, являются процессами, вызывающими системные расстройства и биологические дисфункции, которые часто влияют на психическое здоровье, социальную жизнь, а также на общее состояние организма и его устойчивость к внутрибольничным инфекциям. При этом каждая госпитализация пожилого пациента может приводить к прогрессированию старческой астении.

В связи с ростом числа пожилых людей важно направить политику здравоохранения и социальную политики стран на удовлетворение потребностей и решение проблем, связанных с оказанием помощи этой группе населения.

Вирджиния Хендерсон определила 14 потребностей человека в уходе на основе теории А. Маслоу. На практике медсестры оценивают удовлетворение этих потребностей, работая на основе сестринского процесса, который является основой сестринской практики. Медсестры оценивают потребности в области здравоохранения, диагностируют проблемы ухода, рассматривают проблемы самоухода и самообслуживания, функциональную эффективность, планируют цели и задачи ухода, обучают пациентов и близкое окружение пожилого пациента уходу. Они также занимаются консультированием по вопросам здоровья.

В литературных источниках описываются следующие ВБИ, которым подвержены пациенты пожилого возраста: инфекция *Clostridioides difficile*, инфекции в области хирургического вмешательства, внутрибольничные пневмонии, инфекции кровотока, инфекции мочевыводящих путей [19, 20, 21, 22, 23]. Инфекция *Clostridioides difficile* (CDI). *C. difficile* является наиболее распространенной причиной внутрибольничной диареи у пожилых людей. Ее заболеваемость возросла в индустриально развитых странах, особенно среди пожилых пациентов. Обсервационное исследование, проведенное во Франции, включало 323 пациента в возрасте >75

лет, госпитализированных с острой пневмонией, требующей антибиотикотерапии. В ходе исследования было выявлено 92 пациента (28,4% от общего числа исследуемых) у которых во время госпитализации развился CDI [19].

Инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ) – в Онтарио, Канада, было проведено исследование среди пациентов старше 65 лет, в ходе которого авторы выявили следующее: из 3436 пациентов у 177 (5,1%) была диагностирована инфекция в области хирургического вмешательства в течение 30 дней после оперативного вмешательства [24]. В работе, проведенной в учебно-исследовательском медицинском центре Мерсина, были включены 75 пациентов старше 65 лет с ИОХВ. Средний возраст пациентов составил 75 лет, 68% были мужчинами. Наиболее часто выделяемым возбудителем был *Acinetobacter baumannii* – предиктор грамтрицательных внутрибольничных инфекционных заболеваний, таких как: сепсис, инфекции хирургической раны, инфекции кожи и мягких тканей [25]. Общий уровень госпитальной смертности составил 25,3% [23].

Внутрибольничные пневмонии, которые также имеют подгруппы, такие как: вентилятор-ассоциированная пневмония (ВАП) и послеоперационная пневмония, приобретенная в палате – авторы отмечают, что пневмония составляет 13%-48% всех инфекций в условиях домов престарелых. По оценкам, заболеваемость пневмонией в домах престарелых в 10 раз выше, чем у пожилых людей, живущих в обществе, а показатели госпитализации при пневмонии, приобретенной в домах престарелых, по оценкам, почти в 30 раз выше, чем при внебольничной пневмонии. Важно отметить, что внутрибольничная пневмония имеет самый высокий уровень смертности среди всех инфекций, которые возникают в домах престарелых (показатели смертности достигают 44,4% ~ 56,9%). В ретроспективное наблюдательное исследование было включено 219 пожилых пациентов, которые проживали в доме престарелых в Шанхае в период с сентября 2016 года по сентябрь 2021 года. Медианный возраст составил 88 лет. Из 219 лиц пожилого возраста – 117 пациентов умерли от внутрибольничной пневмонии, а 102 выздоровели. Общая смертность пожилых пациентов составила 53,4% [20].

Инфекции кровотока, например, катетер-ассоциированная инфекция кровотока (КАИК) – частая проблема пожилых пациентов. Так исследование, проведенное в университетской больнице Гента, Бельгия среди гериатрических стационарных пациентов в возрасте  $\geq 70$  лет, поступивших в гериатрическое или терапевтическое отделение, показывает, что 142 случая ВБИ произошли у 129, среди которых КАИК – это 29 случаев (20,4%) [26]. Наблюдательное популяционное исследование, проведенное в период с 2013 по 2023 год в Сконе, на юге Швеции, описывает заболеваемость, клинические особенности и факторы риска смерти от инфекций кровотока, вызванных *Morganella morganii*. Средний возраст включенных пациентов составил 77 лет, 55 (27%) пациентов были женщинами. Большинство случаев наблюдалось у лиц в возрасте 71-80 лет. Общее количество эпизодов ВБИ, вызванной *M. morganii* у 201 пациента составило 211. Из 211 эпизодов 137 (65%) были связаны с получением инфекции в рамках оказания медицинской помощи, а 28 (13%) были внутрибольничными инфекциями. В течение периода исследования у восьми пациентов было два эпизода, а у одного пациента — три эпизода ВБИ, вызванной *M. Morganii* – инфекцией, которая, по мнению авторов, поражает пожилых людей и чаще всего приобретает у лиц с хроническими заболеваниями, которые находятся в учреждениях здравоохранения [22].

Инфекции мочевыводящих путей, с подгруппой катетер-ассоциированной инфекции мочевыводящих путей (КАИМП) – инфекция мочевыводящих путей (ИМП) является крайне распространенной бактериальной инфекцией среди пожилых людей, а *E.coli* является наиболее распространенным патогеном среди людей старше 65 лет. Было проведено ретроспективное поперечное исследование посевов мочи микробиологическим отделением в период с февраля 2014 года по декабрь 2020 года. В исследование было включено 1133 мужчины старше 80

лет. Авторы сообщают, что выделенные из культуры мочи патогены оказывают влияние на общую смертность в этой когорте. Уровень катетеризированных пациентов составил 26,9% на момент сбора мочи для анализа культуры. Наиболее распространенным патогеном была *E. coli* с показателем 29,5%. Медианное общее время выживания составило 4 месяца. Самое длинное и самое короткое медианное общее время выживания для группы *E. coli* и группы грибов составило 17,4 месяца и 0,4 месяца соответственно [21].

В ходе проведенного литературного обзора были рассмотрены важные аспекты управления и профилактики внутрибольничных инфекций среди пожилых пациентов, что обусловлено растущей значимостью данной проблемы в условиях стареющего населения. Пожилые люди, как наиболее уязвимая категория пациентов, подвержены высокому риску развития ВБИ, что подразумевает необходимость применения строгих мер профилактики и контроля со стороны сестринского персонала.

## Список литературы

1. Global report on infection prevention and control 2024. Geneva: World Health Organization, 2024. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103986>
2. Актуальные вопросы внутрибольничной инфекции в хирургии. Методы, способы, инновационные пути их решения в лечебно-профилактических учреждениях: материалы Всероссийской конференции с международным участием для специалистов со средним медицинским образованием, 25 -26 сентября 2014 г. – Калининград: ФГБУ «Федеральный центр сердечно – сосудистой хирургии» Минздрава России, 2014.
3. Stevenson P., Marguet M., Regulski M. Biofilm and Hospital-Acquired Infections in Older Adults. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2023. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899588523000515>
4. Tesini B. L., Dumyati G. Health Care-Associated Infections in Older Adults: *Epidemiology and Prevention, Infectious Disease Clinics of North America*, 2023. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891552022000964>
5. Avci M., Ozgenc O., Coskuner S. A. Hospital acquired infections (HAI) in the elderly: Comparison with the younger patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2012. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494311000823>
6. Lindsay E. N. Urinary Tract Infections in the Older Adult. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2016. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749069016300350>
7. Suetens C., Latour K., Kärki T. The Healthcare-Associated Infections Prevalence Study Group. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Euro Surveill*. 2018. Дата обращения: 25.03.2025. URL: [https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516#html\\_fulltext](https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516#html_fulltext)
8. Keegan L. T., Tanner W., Orleans B., et al. Environmental and Health Care Personnel Sampling and Unobserved Clostridium Difficile Transmission in ICU. *JAMA Netw Open*, 2025. Дата обращения: 10.04.2025. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2832214?resultClick=1>
9. Conceição T., de Lencastre H., Aires-de-Sousa M. Carriage of *Staphylococcus aureus* among Portuguese nursing students: A longitudinal cohort study over four years of education, 2017. Дата обращения: 10.04.2025. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188855>
10. Федеральная служба государственной статистики: число больничных коек по специализации, 2024. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://rosstat.gov.ru> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S020480432300074X>
11. Gamaletsou M. N., Poulia K.-A., Karageorgou D. Nutritional risk as predictor for healthcare-associated infection among hospitalized elderly patients in the acute care setting. *Journal of Hospital Infection*, 2012. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670111003732>
12. Boncea E.E., Expert P., Honeyford K. Association between intrahospital transfer and hospital-acquired infection in the elderly: a retrospective case-control study in a UK hospital network. *BMJ Qual Saf.*, 2021. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33495288/>
13. Hess C. T., Rook L. J. Understanding recent regulatory guidelines for hospital-acquired catheter-related urinary tract infections and pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage*, 2007. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18184981/>
14. Khor H. M., Tan J., Saedon N. I. Determinants of mortality among older adults with pressure ulcers, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2014. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494314001149>
15. Mervis J. S., Phillips T.J. Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation, *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2019. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962219300921>

16. Anders J., Heinemann A., Leffmann C. Decubitus ulcers: pathophysiology and primary prevention, 2015. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20539816/>
17. Yang Y., Che K., Deng J. Assessing the Impact of Frailty on Infection Risk in Older Adults: Prospective Observational Cohort Study, JMIR Public Health and Surveillance, 2024. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2369296024003120>
18. Liu X., Long Y., Greenhalgh C. A systematic review and meta-analysis of risk factors associated with healthcare-associated infections among hospitalized patients in Chinese general hospitals from 2001 to 2022, Journal of Hospital Infection, 2023. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670123000713>
19. Bonnassot P., Barben J., Tetu J. Clostridioides difficile infection after pneumonia in elderly patients: which antibiotic is at lower risk? Journal of Hospital Infection, 2020. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670120302401>
20. Zhou X., Tan P., Huo M. Development and verification of a prediction model for outcomes of elderly patients with nursing home-acquired pneumonia, Applied Nursing Research, 2024. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189724000545>
21. Baran C., Akan A. T., Sezgin V. The effect of urinary tract infection on overall mortality in elderly male patients, Folia Medica, 2023. Дата обращения: 25.03.2025.
22. Karlbom O., Sunnerhagen T., Ljungquist O. Morganella morganii bloodstream infection affects the elderly in close contact with health care, 2024. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772707624001498>
23. Horasan E. S., Ersoz G., Kaya A. Surgical site infections and mortality in elderly patients, Médecine et Maladies Infectieuses, 2013. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X13002151>
24. Walraven C., Jackson D. T., Daneman N. Administrative data measured surgical site infection probability within 30 days of surgery in elderly patients, Journal of Clinical Epidemiology, 2016. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435616301482>
25. Горбич Ю. Л., Карпов И. А., Кречикова О. И. Инфекции, вызванные Acinetobacter baumannii: факторы риска, диагностика, лечение, подходы к профилактике // Медицинские новости. 2011. №5. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/infektsii-vyzvannye-acinetobacter-baumannii-factory-riska-diagnostika-lechenie-podhody-k-profilaktike>
26. Reunes S., Rombaut V., Vogelaers D. Risk factors and mortality for nosocomial bloodstream infections in elderly patients, European Journal of Internal Medicine, 2011. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0953620511000355>

## МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

### СТАРОСТЬ В КОНТЕКСТЕ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ПРОБЛЕМ

*Воробьева С.А., Завершинская Н.А.*

ФГБОУ ВО СПХФУ Минздрава России

#### **АННОТАЦИЯ**

В докладе анализируются экзистенциальные вызовы, стоящие перед человеком в старческом возрасте. Феномен старости характеризуется в широком историко-философском контексте. Рассматриваются дилеммы старческого возраста.

Проблема старости относится к числу универсальных проблем, волнующих людей в каждую культурно-историческую эпоху. Человек как смертное существо не может не переживать скоротечность времени: «все мы, все мы в этом мире тленны... Жизнь моя? иль ты приснилась мне?» (С. Есенин). Темпоральность человеческой жизни, конечность человеческого существования наиболее остро переживается в период старости. Более того может даже приобрести формы экзистенциального шока из-за сужения социальных горизонтов и ограничения физических возможностей. Старческий возраст сопровождается серьезными экзистенциальными переживаниями из-за утраты прежних смысложизненных ориентиров и ощущения пу-

стоты жизненных перспектив. Во-первых, выход на пенсию неизбежно сопровождается потерей профессиональной идентичности и, соответственно, одного из важных источников смыслов человеческого существования. Во-вторых, старость, как правило, сопровождает экзистенциальное одиночество из-за сужения круга общения вследствие ухода в мир иной близких людей, родных, друзей, отдаления детей. В-третьих, в старости может возникнуть ощущение ненужности из-за того, что ограниченные физические возможности делают невозможным заниматься привычными делами. В-четвертых, старость в обществе, ориентированном на молодость, маргинализируется, нарастает тенденция отрицания смыслов и символических ценностей старения, что ведет к бегству от «бытия старым», отрицанию значимости опыта прожитых лет. Более того, торжествующая геронтофобия принуждает пожилых людей до последнего пытаться шагать в ногу с молодыми, перенимать их привычки и сохранять (хотя бы внешне) молодежавый облик [1]. Это еще более обостряет экзистенциальные проблемы, связанные с кризисом идентичности людей старческого возраста, ведет к социальной и психологической дезадаптации.

Нельзя не отметить, что достижения современной медицины позволяют в определенной мере замедлить биологическое старение. В связи с этим изменяется восприятие возрастных границ стадий жизненного цикла. С повышением продолжительности и качества жизни постепенно сдвигаются границы старости. Не случайно, ВОЗ в 2025 году изменила возрастную классификацию, согласно которой старость разделяется на три этапа: пожилой возраст – 60-75 лет, старческий возраст – 75-90 лет, старше 90 лет – долголетие. В результате некоторой отсрочки биологического старения отодвигаются психологическая и социальная границы старения, что позволяет многим людям старческого возраста прожить часть этого заключительного этапа жизни активно, включая профессиональные активности. Однако следует иметь в виду, что нередко выбор продолжать работать в преклонном возрасте может быть продиктован не свободным решением личности, в таком случае речь идет о вынужденной активности.

В России по данным Росстата численность людей старшего возраста (65 лет и старше) на начало 2025 года составляло 25,8 млн. человек или 17,7% от общей численности населения. При этом фиксируется устойчивая тенденция роста численности людей старческого возраста. По прогнозу ООН 2024 года, предполагающему умеренное повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет, численность людей старшего поколения в России в возрасте 65 лет и старше к 2030 году достигнет 28 млн. человек, к 2050 году – приблизится к 32,5 млн. человек [2]. В настоящее время 12,8% россиян в возрасте 65-69 лет продолжают работать, численность работающих старше 70 лет составляет 1,9% [3].

Сужение жизненного пространства в старческом возрасте, как уже отмечалось, сопряжено с необходимостью адаптации к реальным физическим, социальным и психологическим трудностям старения. При этом каждый человек, вступающий в старческий возраст, стоит перед выбором решения проблемы «как надо стариться». Однозначной модели старения для всех не существует. Поиски ответа на поставленный вопрос уходят в глубокую древность. Так, в философии Платона разработана целостная и диалектическая концепция старения, в которой, с одной стороны, признается объективный биологический упадок человеческого организма, сопровождающий этот период жизни, а с другой, смысл старения наполняется позитивным философским и социальным содержанием продуктивной старости, где физический упадок компенсируется и перекрывается духовным и интеллектуальным расцветом. Характеризуя образ старости в «Государстве», Платон солидарен со словами Софокла: «старости нет у мудрецов – тех, кому присущ ум, вскормленный божественным дном (юности)» [4, с. 15]. В этом возрасте человек отвлекается от своей плоти и погружается в такие раздумья, которые раньше и не приходили ему на ум... Античные философы создали нравственно-поэтический образ старца, олицетворяющий освобождение человеческого духа от порабощения старческой плотью, проявив в бесконечно малом бесконечно большую волю Всесущего Духа [4, с. 15-16].

В русской православной традиции старость также изображается без однозначно негативных оценок, становясь временем духовного делания и онтологического утверждения личности. Русские философы-идеалисты перенесли этот религиозный идеал старости в плоскость метафизики и этики. Идеал образа старца в философии С. Франка отражает основной принцип его философского мировоззрения – противопоставление внутреннего самоуглубления внешней активности, который он обосновывает ссылкой на Августина: «не иди во вне, иди во внутрь себя: внутри человека обитает истина и когда ты внутри обретишь себя ограниченным, перешагни самого себя» [5]. По мысли Н.А. Бердяева, в человеке перед лицом конечности может произойти экзистенциальное прозрение, и он сможет утвердить свою свободу от детерминизма биологической природы через акт творческого преображения жизни.

В духе преемственности с наследием прошлого современная отечественная философская мысль развивает взгляд на старость не как на финал, а как на ключевой смыслонаполненный этап бытия личности. Настоящая старость, по утверждению К.С. Пигрова, – «это видение своей жизни как целого, которое, в свою очередь, включено в контекст всеобщего, в контекст предельных оснований бытия. У молодости не может быть такого видения, т.к. целое жизни молодого человека не сложилось, жизнь еще не случилась... Старик, в жизни которого уже все случилось, освобождается от онтологической случайности, он оказывается на стороне необходимости, и необходимость оказывается на его стороне» [6].

Таким образом, старение, связанное с подведением итогов, «равнозначно осознанию своей «становящейся завершенности», которая требует от личности специфической внутренней (герменевтической) активности, направленной на выстраивание смыслов, опирающихся на собственные «нажитые» ресурсы. В этом контексте жизнь старого человека предстает как акт куда как большего человеческого мужества, чем жизнь молодого или взрослого, и демонстрирует степень наличествующей (или отсутствующей) в нем полноты «человеческого» [1]. Это мужество проистекает из основной дилеммы этого возраста, сформулированной Э. Эриксонем следующим образом: «Целостность против отчаяния». На заключительной стадии жизненного цикла оценка жизни в контексте упущенных возможностей, ошибок и нереализованных целей порождает чувство безысходности и страха смерти. Жизнь в таком измерении теряет свой смысл и превращается в тягостное ожидание конца. Напротив, вся мировая и отечественная философская мысль ориентирует человека в старческом возрасте на оценку значения своей единственной и неповторимой жизни в широкой перспективе. Такая перспектива формирует у пожилого человека чувство полноты и осмысленности пройденного пути и содействует приобретению последней в этой жизни добродетели – мудрости как формы независимого и безразличного к физической смерти интереса к самой жизни.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сапогова Е.Е. Экзистенциально-психологический анализ старости // Культурно-историческая психология. 2011. Том 7. № 3. С. URL: [https://psyjournals.ru/journals/chp/archive/2011\\_n3/47979?ysclid=mggdba1sfg415341121](https://psyjournals.ru/journals/chp/archive/2011_n3/47979?ysclid=mggdba1sfg415341121) (дата обращения 07.10.2025)
2. Щербакова Е. Старшие поколения Россиян // Демоскоп. 2025. № 1079-1080. URL: <https://www.demoscope.ru/weekly/2025/01079/barom01.php?ysclid=mgg7pcwxyz544323768> (дата обращения 07.10.2025)
3. Логачева Е. Росстат рассказал, сколько в РФ пожилых людей и чем они занимаются // Парламентская газета. URL: <https://www.pnp.ru/social/rosstat-rasskazal-skolko-v-rf-pozhilykh-lyudey-i-chem-oni-zani-mayutsya.html?ysclid=mgg7exhwxn587124533> (дата обращения 07.10.2025)
4. Цит. по: Коротчик Н.А. (Рыбакова) Древнейший и античный образы старости // Вестник Псковского государственного университета. 2019. № 9. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/drevneyshiy-i-antichnyy-obrazy-starosti/viewer> (дата обращения 07.10.2025)
5. Назарова О. Немецкие публикации С.Л. Франка о старчестве. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nemetskie-publikatsii-s-l-franka-o-starchestve/viewer> (дата обращения 07.10.2025)

6. Пигров К.С. Экзистенциальный смысл старости // Серия «Symposium», Философия старости: геронтософия. Выпуск 24 / Сборник материалов конференции. – СПб: Санкт-Петербургское философское общество, 2002. URL: <http://anthropology.ru/ru/text/pigrov-ks/ekzistencialnyy-smysl-nastoyashchey-starosti> (дата обращения 07.10.2025)

## СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СТАРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ДОГОВОРА

*Егоренко М.Н.*

ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова

### АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются вопросы обоснования необходимости повышения доходов старшего поколения как приоритетная задача по устранению социально-экономических проблем старения с целью увеличения активного долголетия и вовлеченности этой части общества в процессы формирования общественного договора солидарности. Необходимость пересмотра общественного договора (социального контракта) рассматривается в связи с фактически существующим обеднением стареющих граждан, что увеличивает риск деформации идеологической основы функционирования российского государства как социального.

**Ключевые слова:** солидарность, социально-экономические проблемы, социальное государство, общественный договор, валовой внутренний продукт, средний размер пенсии

Принцип солидарности — это идея объединения людей на основе общности интересов, взаимной поддержки, на основе справедливого распределения не только благ, но и обязанностей.

Конституционно закреплённое описание России как демократического, федеративного, правового, суверенного, социального государства с республиканской формой правления переводит применение принципа солидарности для экономико-социально-этической и политической концепции организации России в поле непрерывного развития – формирования общественного договора солидарности [1].

Идея общественного договора на протяжении многих веков являлась идеологической основой функционирования государства. Содержание общественного договора меняется с изменением социальной системы, однако основной конструктив, состоящий из двух частей- постоянной (лояльность общества к существующей власти и переменной (готовность власти выполнять ряд требований населения) сохраняется [2]. Современное открытое информационное пространство определяет общественный договор (социальный контракт) как соглашение, достигаемое гражданами по вопросам правил и принципов государственного управления с соответствующим им правовым оформлением [3].

Применение принципа солидарности к продукту конкретных общественных договорённостей позволяет рассматривать общественный договор как проявление ответственности, а взаимодействие его составных частей как «принуждение взаимное, по взаимному согласию большинства людей, которых оно затрагивает» [4].

Сегодняшний перечень социально-экономических проблем старения выглядит достаточно обширным. Это снижение жизненных стандартов и обеднение; снижение дохода, понижающее социальную защищенность, снижение самостоятельности; отсутствие накоплений или снижение их уровня. Всё перечисленное препятствует сглаживанию стресса перехода в пожилой возраст. Наблюдается ухудшение питания, понижение внимания к профилактическим медицинским мероприятиям, нехватка средств на лекарственные препараты и оплату медицинских услуг. Возрастает вероятность риска развития деменции [5].

Необходимо, обозначить при формировании сегодняшней редакции общественного договора солидарности, направление борьбы с социальным неравенством как первоочередное и социальным неравенством в группе старшего возраста, как одно из приоритетных. И только затем, формулировать содержание российского государства как социального. При такой очередности действий объявленное обеспечение достойного уровня жизни своих граждан перестанет носить декларативный характер.

Такое акцентирование на группе старшего возраста в приоритетных запросах формулирования редакции общественного договора связано с объёмом функционала, который в настоящее время доверено им. Важно помнить, что сегодняшнее старшее поколение, в период молодого и среднего возраста, прошло путь содержания и обеспечения старшего поколения предыдущего уровня. Их сегодняшние ожидания «благополучной старости», «активного долголетия» связаны именно с проявлением солидарности. Количество функций, которое выполняет в современном обществе старшее поколение по мнению экспертов насчитывает более десяти позиций (формирует показатель реальной (часто высококвалифицированной) и потенциальной рабочей силы; воспитывает и осуществляет наставничество молодого поколения и внуков; помогает по домашнему хозяйству; оказывает значительную финансовую и материальную поддержки детям; участвует в благотворительности; выполняет защитную функцию своих близких; исполняет роль экзистенциального стимула для своих детей до возраста «дожития»; формируют совокупный спрос; становятся инвесторами; являются плательщиками налогов; являются активными избирателями; выступают индикаторами оценки уровня культуры; могут выступать предметом заботы для своих детей; могут выступать объектом ухода для государства) [6].

В городском пространстве Санкт-Петербурга в октябре 2025 года размещена социальная реклама, визуальной составляющей которой является изображение группы лиц старшего поколения, слоганом постера является фраза: «Время быть собой». На запрос в поисковой системе-«что значит быть собой?» ИИ сгенерировал ответ: «Быть собой означает проявлять свою подлинную натуру, действуя в соответствии со своими истинными ценностями, желаниями и убеждениями, а не пытаюсь соответствовать чужим ожиданиям или навязанным ролям. Это требует самопонимания, принятия своей уникальности и готовности жить в гармонии с собой, что ведет к большей аутентичности, уверенности и счастью».

На 1 января 2025 года средний размер пенсии неработающего пенсионера составила 25,8 т. р., а работающего 22,1 т. р. Одну треть этой суммы по расходам, составляют коммунальные платежи. Оставшиеся 15-18 тысяч рублей необходимо распределить на обеспечение питания, способствующего профилактике деменции (с целью не отвлекать своих близких от активной трудовой жизни и не быть «тяжким бременем для государства»), и покупке лекарственных средств для лечения 5 хронических заболеваний присутствующих у всех лиц в когорте 60+. Остаточные средства, даже если пенсионер не одинок, не оставляют возможности реализации своих желаний без проявления солидарности и её учёта при формировании нового осмысления общественного договора в парадигме цивилизационного развития.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Конституция Российской Федерации/ п.1 ст.1, п.1.ст.4, п.1ст.7, п.1 ст.1. Текст: электронный //URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_28399](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399) Дата обращения 09.10.2025
2. Балацкий Е.В., Екимова Н.А. (2022). Общественный договор в России: до и после 2022 года // Journal of Institutional Studies 14(3): 74–90. DOI: 10.17835/2076-6297.2022.14.3.074-090
3. Wikipedia / Интернет-энциклопедия со свободным контентом. URL: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9\\_%D0%B4%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B4%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80) Дата обращения 09.10.2025
4. Хардин Гаррет. Трагедия ресурсов общего пользования / Г. Хардин. Текст: электронный // Библиотека Inliberty–URL: <https://old.inliberty.ru/library/211-tragediya-resursov-obshchego-polzovaniya>. Дата обращения 09.10.2025
5. Селезнев В.Д., Егоренко М.Н. /Экономика здоровья как аспект экзистенциального разрыва на пути саморазвития //Эл. сб. материалов VIII Всероссийской с международным участием научно-практической конференции «Здоровье населения и качество жизни». СПб.: 2022. Часть.2. С.132-136. URL: <https://szgmu.ru/rus/pdo/k/162>. Дата обращения 09.10.2025
6. Осеев А.А. Социальные функции и социальный портрет пенсионеров в российском обществе/ – Текст: электронный// Социология №1, 2022. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnye-funksii-i-sotsialnyy-portret-pensionerov-v-rossiyskom-obschestve-pensionery-osobaya-sotsialnaya-gruppa/viewer>. Дата обращения 09.10.2025

[Marina.Egorenko@szgmu.ru](mailto:Marina.Egorenko@szgmu.ru). Контактный телефон: +7 921 306 82 00.

---

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»  
2026, 27 февраля, № 42**

---

E-mail: [spzdrav2013@gmail.com](mailto:spzdrav2013@gmail.com)

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)