

# **Специалист здравоохранения**

**Научно-практический журнал**

**№ 6, 2016**

январь-февраль 2016, № 6  
**СПЕЦИАЛИСТ**  
**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

**Бубликова И. В.,**



главный специалист по сестринскому делу Северо-Западного региона

**Жирков А. М., д. м. н.,**



профессор, Директор МК СПбГУ

**Подопригора Г. М.,**



к. м. н., доцент кафедры сестринского дела и социальной работы СЗ ГМУ им. Мечникова

**Цуцунова М. Р., BSc, MS,**



преподаватель директор АНО «НИАГара», выпускающий редактор

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

Учредитель:

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

ISSN 2413-6271

Открыта подписка на II полугодие 2016 г. (через редакцию)

АНО «НИАГара»

ИНН / КПП 7813305724 / 781301001,

ОГРН 1047855064256

Р/с 40703810305000000019 в Филиале «СДМ-БАНК» (ПАО) в г.СПб

(197187, г. СПб, ул. Ленина. Д.14 литера А)

К/с 30101810000000000878; БИК 044030878

Тел. +79213708822; +79500218010

**ПОДПИСКА НА I-е ПОЛУГОДИЕ 2017г. – через ПОЧТУ РОССИИ**

*На первой странице обложки:* участники Второй Петербургской недели сестринского дела и милосердия (4-10 ноября 2015г.) (слева-направо):

**Христенко Людмила Алексеевна** (преподаватель высшей категории, БОУ СПО ВО «Бутурлиновский медицинский техникум»)

**Зеель Олеся** (преподаватель, сестринский факультет, Таллиннская высшая школа здравоохранения, Эстония)

**Улле Эрните** (сестринский факультет, Таллиннская высшая школа здравоохранения, Эстония)

**Кристи Пуусепп** (сестринский факультет, Таллиннская высшая школа здравоохранения, Эстония)

**Толкачева Ирина Викторовна** (доцент кафедры сестринского дела Курский ГМУ)

**Бернатович Ольга Анатольевна** (преподаватель, Свердловский областной медицинский колледж, Екатеринбург)

**Лавровский Сергей Николаевич** (ГБОУ СПО «Арзамасский медицинский колледж», зам.директора, д.м.н, профессор, член профильной комиссии МЗ РФ по управлению сестринской деятельностью)

ISSN 2413-6271

январь – февраль 2016, № 6

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

## **СОДЕРЖАНИЕ**

### **ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ.**

Непрерывное медицинское образование в Российской Федерации.....4

### **ВЫСШЕЕ СЕСТРИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

Методологические принципы формирования культуры мышления в высшем сестринском образовании.....5

Общая патология как интегративная дисциплина в высшем сестринском образовании .....7

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Уход при кислородотерапии.....12

Кислородные коктейли.....14

### **ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ**

Психология умирания Э.Кюблер-Росс .....17

### **НЕТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА**

Альтернативная медицина: доверять или?.....21

### **ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ**

Когда страдает интеллект.....27

О вегетарианстве.....28

Энергетические напитки.....29

Избыток марганца таит опасность.....30

### **ОБРАЗОВАНИЕ СПО. ВКР**

Оценка эффективности работы медицинской сестры в решении проблем пациентов с диабетической стопой (Обзор).....31

Как читать профессиональную литературу.....35

# ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ

## Непрерывное медицинское образование в Российской Федерации

*Дополнительное профессиональное образование должно стать интересным и удобным для медицинских работников, с возможностью обучаться на рабочем месте. Для этого будут внедряться современные дистанционные, электронные и симуляционные образовательные технологии, как это происходит в большинстве развитых стран» (Первый заместитель Министра здравоохранения РФ, сопредседатель Координационного Совета И. Н. Каграманян)*

Согласно Федеральному закону от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации", НМО является дополнительным профессиональным образованием, которое осуществляется посредством реализации программ повышения квалификации и переподготовки. Система повышения квалификации в рамках НМО включает в себя:

- **очное последипломное обучение** (на базе образовательных учреждений):  
обучение в вузе (практические занятия, лекции, семинары и обсуждения, очные экзамены);  
дистанционное обучение (дистанционные лекции, вебинары, учебные модули с итоговыми тестами для контроля);
- **обучение на рабочих местах и самостоятельное обучение:**  
обучение на рабочих местах (обсуждение с коллегами, проведение аудита, разборы сложных случаев);  
самостоятельное обучение (посещение конференций и семинаров, написание научных работ, чтение медицинских журналов и национальных руководств с последующим тестированием).

Дистанционная система подразумевает применение информационно-коммуникационных технологий и электронных обучающих ресурсов (электронные образовательные модули). Электронные образовательные модули - это учебные материалы, предназначенные для самостоятельного изучения и размещенные на образовательных интернет-сайтах. Они представляют собой особый формат электронного издания для НМО, содержащий текстовую информацию, иллюстрации, видео- и аудиоряд и механизмы для контроля полученных знаний. Готовые модули рекомендованы для использования в системе НМО Координационным советом по развитию НМО и размещаются на информационном портале Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России: <http://www.sovetnmo.ru>

Врач может выбирать модули по своей специальности, ориентируясь на аннотацию, раскрывающую образовательную цель модуля. После успешного изучения модуля врач получает 1 кредит, который зачисляется в его персональное портфолио. Образовательная активность при ведении портфолио измеряется в кредитах. 1 кредит присуждается за 1 ч учебной деятельности.

В перечне учебных мероприятий и электронных учебных модулей, прошедших оценку на соответствие установленным требованиям к учебным мероприятиям и материалам для НМО и обеспеченных кредитами, модуль «Управление сестринской деятельностью».

# МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ МЫШЛЕНИЯ В ВЫСШЕМ СЕСТРИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ



*Парахонский А.П.*

Общая патология является философской основой медицины и призвана к формированию профессионального и культурного мышления. Судьба этой науки и особенности её преподавания зависят от полноты анализа содержания трёх главных элементов, определяющих данный процесс. Во-первых, это правильное понимание основных научных направлений развития биомедицинской науки в XXI веке. Во-вторых, от полного и грамотного рассмотрения причин научных и педагогических достижений и неудач за прошлые годы. В-третьих, а это является самым главным и сложным, определение места общей патологии, как медико-биологической науки в целом, в области духовной, интеллектуальной деятельности человека. Современная общая патология – фундаментальная, интегративная и экспериментальная наука. Однако вполне допустимо рассматривать её как элемент российской культуры в целом.

Общая патология в своём методологическом конструировании научных концепций имеет много общего с другими проявлениями общественной культуры. Как и искусство, общая патология оперирует условными знаками. Принципы выбора научного творчества и особенностей преподавания в нашей науке во многом напоминают три основные формы искусства: классицизм, романтизм и реализм.

Как и при классицизме, патологи часто сознательно разгораживают научную тематику исследований и практическую потребность здравоохранения, что создаёт основу опережающего развития фундаментальных научных идей. В то же время имеется достаточно примеров романтизма, когда созданные в стенах лабораторий научные концепции активно и с высокой эффективностью внедрялись в практику врачебной деятельности на всех её уровнях. Известны и проявления реализма, когда разработка классических исследований была обусловлена требованиями жизни.

Кроме того, нередко достижения общественной человеческой мысли и культуры использовались исследователями при выстраивании логических научных конструкций, а также в преподавании общей патологии. Эта биомедицинская наука, занимающаяся интеллектуальным моделированием патологических процессов и заболеваний, является и частью общекультурного пространства. Именно в силу этого обстоятельства преподавание общей патологии в медицинском вузе вообще, и в условиях непрерывного высшего сестринского образования в частности, преследует не только медико-образовательные цели, но и способствует развитию важнейшей из всех идей, выдвинутых человечеством – идеи гуманизма, а также культуры мышления.

---

*Парахонский Александр Павлович*, зав. курсом общей и клинической патофизиологии; доцент кафедры фундаментальной и профилактической медицины; канд. мед. наук, профессор и советник РАЕ, DOCTOR OF SCIENCE, HONORIS CAUSA International Academy of Natural History, Краснодарский медицинский институт высшего сестринского образования, Кубанский медицинский институт, Краснодар

Особенностью преподавания общей патологии становится переход на компьютерное моделирование патологических процессов, более глубинное истолкование причин болезней, исходящее из представлений о приоритете духовно- нравственных начал в жизнедеятельности людей, расширение сферы интеграции нашей науки с включением в неё интеллектуальных принципов многих занимающихся изучением тайн человеческого бытия дисциплин – философии, искусства, этики.

Изучение общей патологии развивает способность мышления и обобщения, приучает видеть предметы и явления не изолированными, а включёнными в систему многосторонних отношений, постоянно изменяющихся и развивающихся. Формирование культуры мышления является одной из задач общей патологии. Эта культура проявляется в умении мыслить самостоятельно, творчески, диалектически. Общая патология учит постигать действительность как сложный противоречивый процесс, отражая её в определённых категориях естествознания и медицины. Такое гносеологическое значение понятий, законов, категорий общей патологии – основы медицинских наук, способствует воспитанию у студентов логического мышления. Это требует постижения их сущности, установления связей и отношений между структурой органов, систем и патологическими процессами в них, умения находить общие закономерности в большом спектре заболеваний человека, а также в природе, обществе и процессе познания.

Одним из показателей уровня сформированности логического медицинского мышления служит способность практически применять основные мировоззренческие и методологические принципы в профессиональной деятельности. Возрастает необходимость более глубокого непрерывного преподавания общей патологии, которая обусловлена рядом факторов: предметом фундаментальной медицины; широкой дифференциацией научных знаний; постоянным процессом преодоления устаревших понятий и представлений, их уточнением или заменой их новыми; спецификой деятельности медицинских сестёр с высшим образованием, имеющей дело с жизнью, здоровьем, трудоспособностью человека, и в тоже время являющихся менеджерами – организаторами. Всё это предъявляет повышенные требования к логике мышления медицинских работников новой формации, приводит к необходимости сознательного овладения диалектикой, то есть не абстрактно, а в единстве с познанием медицинских явлений.

В процессе изучения общей патологии студенты не только усваивают основные принципы, закономерности и категории медицины, но и учатся самостоятельно применять их для анализа теоретических и практических проблем здравоохранения, критически оценивать и переосмысливать научные теории, определять перспективы развития изучаемых явлений, самостоятельно решать методологические проблемы, с которыми им придется встречаться в своей будущей практической деятельности.

Формирование культуры мышления медицинских сестёр с высшим образованием стоим также в привитии им навыков творческого применения диалектического метода к познанию конкретных структур, процессов и явлений реальной действительности. А это требует глубокого знания общей патологии, её основных мировоззренческих и методологических принципов, умения конкретизировать их, превращать в действенное орудие познания медицинских явлений. Культура мышления проявляется и в осмыслении и практическом применении основ экологических знаний, которые необходимы во всех сферах деятельности человека, но особенно в медицине. Изменился характер патологии человека, она всё более зависима от преобразованной и искусственно созданной человеком окружающей среды. Поэтому для современной медицины становится необходимым экологический подход при анализе болезней, который выражается в комплексном, системном изучении человека во взаимодействии с окружающей средой. Само здоровье следует рассматривать как форму приспособления, адаптации организма к условиям окружающей среды. При этом следует учитывать и все уровни адаптации: биологический, физический, социальный, природно-климатический.

Для современной медицины важно изучение реакций организма на различные факторы среды, выяснение адаптивных возможностей человека по отношению к различным климатическим и ландшафтным условиям, включая и космическое пространство. Анализ и характеристика этих сложных, многоуровневых взаимоотношений требует культуры логического мышления. Возникает необходимость комплексного изучения и осмысления влияния на организм человека длительно действующих вредных факторов малой интенсивности, разработки соответствующих норм и стандартов качества окружающей среды, определения степени превышения вновь создаваемой средой – ноосферой нормы биологической адаптации человека. При изучении общей патологии студенты знакомятся с некоторыми методологическими принципами, которые дают возможность правильно подойти к проблеме экологического образования и воспитания медиков – менеджеров, уяснить необходимость экологического подхода при анализе категорий нормы и патологии, здоровья и болезни. Центральное место среди них занимает принцип соотношения социального и биологического в человеке.

Человек и природа составляют диалектическое единство. С завершением антропоге-неза человек, сохраняя свою биологическую природу, трансформировался в существо социальное, мыслящее. Вывод о биосоциальной сущности человека базируется на диалектическом решении вопроса о соотношении форм движения материи и системном методе научного познания сложно организованных объектов. Экологическое мышление позволяет выявить взаимосвязь биологического и социального, понять различные аспекты взаимоотношений между человеком и природой, средой его обитания: антропологические, природоведческие, социальные и медицинские.

Таким образом, изучение общей патологии в комплексе с другими фундаментальными и профилактическими дисциплинами в медицинском вузу содержит не только большой познавательный материал, необходимый работнику практического здравоохранения для понимания человека как биосоциального существа, его неразрывной связи с окружающей средой, но и является основой медицинского и экологического мышления и воспитания, формирует активную жизненную позицию. Следовательно, формирование творческого диалектического мышления медицинских сестёр – менеджеров не должно сводиться лишь к обобщению узко эмпирической медицинской проблематики. Оно должно основываться на умении применять основные принципы научного мировоззрения и методологии для решения теоретических и практических задач медицины

---

## **ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ИНТЕГРАТИВНАЯ ДИСЦИПЛИНА В ВЫСШЕМ СЕСТРИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ**

---

Общая патология (ОП) была востребована клиницистами, и формировалась в медицинских ВУЗах при их непосредственном участии. Сегодня преподавание ОП пронизывает все этапы подготовки медицинских работников: от базисного курса к более глубокому изучению предмета на дальнейших этапах обучения. Содержание учебного курса по ОП в данный период развития медицины обеспечивается представлениями экспериментальной

патофизиологии. По мере расширения и совершенствования тонких, прецизионных, неинвазивных и безопасных для человека, в том числе – больного, методов исследования электрофизиологических параметров, обмена веществ, функций органов, тканей и организма

В целом, представления и концепции современной медицины формируются на основе такого рода комплексных данных.

Врач и медицинская сестра с высшим образованием нередко работают вместе с одним пациентом или разрабатывают общие клинические проблемы. Это обеспечило в последние годы интенсивное развитие клинической патофизиологии. В настоящее время эксперимент в целях обучения переживает трудности. Они обусловлены не только отсутствием финансов для его материально-технической базы, и не только распространением идей гуманного отношения к животным. Скорее, разбирая сложные патофизиологические механизмы (на уровне молекул, мембран, рецепторов), мы ограничиваемся демонстрацией студентам наиболее простых и легко воспроизводимых опытов. Общая патология

Проблема формирования клинического мышления у студентов относится к категории наиболее важных и ответственных в системе подготовки медицинских работников, как врачей, так и медицинских сестёр с высшим образованием. Фундаментальной основой клинического мышления является умение анализировать общие закономерности и механизмы развития типовых патологических процессов.

благодаря новым методическим возможностям и новым биомедицинским технологиям вышла за пределы традиционного лабораторного эксперимента по изучению развития и ликвидации патологических процессов в органах и системах. Стало возможным изучать нарушение деятельности органов и систем *in vivo*, на больном человеке.

Видеотехника позволяет иллюстрировать эксперименты любой степени сложности, длительности с последующей возможностью, в учебной комнате, на широком экране увидеть все подробности исследования, остановки любого кадра, его обсуждение, с полным впечатлением участия в эксперименте. Эксперимент не ради плана, а как средство глубокого понимания изучаемого процесса. Общая патология – дисциплина вечно меняющаяся, постоянно пополняющаяся новыми сведениями, открытиями. Будучи интегративной, она требует всесторонней подготовки преподавателей, знания ими смежных проблем, что диктует необходимость усиления методической работы, посещения библиотек, научных конференций, выхода в Интернет, прохождения ФПК. ОП формирует сама, но и требует широкого кругозора от преподавателей. Все новые механизмы должны быть вовремя преподнесены студентам, ведь на практике они также встречаются с нарастающим прогрессом знаний. Перспективность компьютеризации учебного процесса по ОП очевидна. Однако, для этого необходимо создание соответствующего программного обеспечения. В учебном процессе важно умело сочетать контролирующие и обучающие программы, компьютерное моделирование патологических процессов и заболеваний, решение ситуационных задач и тестовых заданий, методических разработок лабораторных занятий и учебных пособий. Наряду с этим, необходимо сохранить проведение устных опросов, собеседований, зачёта и экзамена.

Проблема формирования клинического мышления у студентов относится к категории наиболее важных и ответственных в системе подготовки медицинских работников, как врачей, так и медицинских сестёр с высшим образованием. Как один из видов интеллектуальной деятельности, клиническое мышление представляет собой тесный сплав мыслительных и практических действий в их многообразных взаимосвязях и взаимопереходах. Очевидно, что его формирование возможно лишь на основе общетеоретической и



специальной подготовки студентов, а также практического освоения принципов медицинской деятельности. Фундаментальной основой клинического мышления является умение анализировать общие закономерности и механизмы развития типовых патологических процессов. Как интегративная медико-биологическая дисциплина, ОП выполняет функцию связывающего звена между фундаментальными базисными науками. Именно поэтому в образовательном и методологическом масштабе особая задача ОП состоит в том, чтобы на основе теоретических и прикладных знаний способствовать умению провести анализ патогенетических и саногенетических механизмов, необходимых для построения модели болезни и алгоритма её диагностики, а также обоснования принципов патогенетической терапии. Интегративная функция предмета приобретает ещё большую значимость в связи с дифференциацией медико-биологических и клинических дисциплин, что приводит к необходимости анализа, обобщения и систематизации всё возрастающего объёма информации, получаемой при изучении организма, как в норме, так и при патологии.

Перечень обязательных знаний предусматривает акцент на уровень их усвоения: умения, знания, представления – в котором последовательно перечислены конкретные задания как способы достижения цели, определённой для темы занятия. Вся система изучения этиологии патологического процесса и его патогенеза построена на умении применять фундаментальные знания о механизмах регуляции метаболизма и функции органов и систем посредством оценки их биохимических и функциональных показателей. Концентрат общепатологической информации по темам занятий систематизирован в графах логических структур и таблицах по унифицированной схеме: этиология, патогенез, закономерные проявления патологического процесса – являясь основным объектом для интеграции преподавания с клиническими дисциплинами. Существенная

Наиболее эффективной формой обучения студентов на практических занятиях по дисциплине «Сестринский уход при заболеваниях терапевтического профиля» является работа малыми группами, использование ситуационных задач, дидактических игр и применение информационных технологий. Это позволяет студенту не только заучивать материал, но и логически его осмысливать, повышая качество понимания и усвоения клинического материала. При проведении практических занятий малыми группами студенты сами выбирают лидера группы, совместно выясняют вопросы, разрешают затруднения, которые возникли в результате самостоятельной деятельности.

Другой перспективной формой преподавания является игровое обучение – имитационная творческая деятельность студентов, связанная с разыгрыванием ролей. Данная педагогическая технология позволяет формировать организацию профессиональных коммуникаций.

Например: на практическом занятии по теме «Сестринский процесс при бронхитах» применяется имитационная игра «Исследование пациента». Преподаватель раздает роли студентам (медицинская сестра, пациент, эксперты). Медсестра проводит сбор информации о пациенте. Если она затрудняется с формулированием вопросов, то ей на помощь приходят эксперты.

*Источник: Международный журнал экспериментального образования*

роль в контроле знаний студентов отводится тестам, позволяющим оценить степень овладения учебным материалом. Наличие эталонов позволяет быстро определить правильность ответов, и при необходимости повторить программные шаги в изучении темы занятия. К категории наиболее сложного материала, обладающего как контролирующей, так и изучающей функцией относятся ситуационные задачи. Мы предлагаем на занятиях, а также выносим на экзамен, клинико-патофизиологические ситуационные задачи, в которых ведётся анализ типовой ситуации с необходимостью вести разбор и объяснение приведенных показателей.

Обобщение опыта подготовки медицинских сестёр с высшим образованием однозначно показало, что общая патология реально играет интегрирующую роль в формировании у них теоретической и методической основы, как рационального медицинского мышления, так и эффективного практического действия. Это привело к заключению о недостаточности одноразового изучения ОП студентами. Знание и умение проводить анализ основных аспектов патологических проблем во всё большей мере востребуется на каждом последующем этапе непрерывного высшего сестринского образования, где требуются современные представления этиологии и патогенеза не только типовых патологических процессов, но и конкретных клинических синдромов и болезней. Системное непрерывное медицинское образование способствует реализации важных принципов: 1) интеграции различных

## Объективный структурированный клинический экзамен на видео (ОСКЭ на видео)

Adele Keough (MSc, RNT, RM, RGN, BN)

Evelyn Kelleher (MSc, RNT, BSc (Hons) RGN, Dip. Cardiothoracic ICU.

Colette Lyng (RN, BSc, MSc)

Данная стратегия оценки и обратной связи была разработана с целью заменить метод «перед экзаменатором», использованный ранее в отношении практического компонента модуля первого курса программы Бакалавриат в университете Дублина (Ирландия). Оцениваемый навык - гигиена рук.

### ОСКЭ «Перед экзаменатором»

Студенты демонстрировали практический навык перед экзаменатором. Для этого назначался день и время сдачи экзамена, который проходил в пяти местах приблизительно в одно и тоже время; экзамен проводили разные экзаменаторы. Из-за отсутствия времени обратной связи не было. Студентам приходилось назначать дополнительную встречу с координатором модуля для получения комментария по экзамену.

### Проблемы, связанные с ОСКЭ «перед экзаменатором»

Стресс и беспокойство у студентов по поводу единственного шанса и из-за необходимости продемонстрировать навык «в живую» перед экзаменатором. Жесткие рамки для сдачи экзамена. На объективность отдельно взятого экзаменатора может повлиять усталость. Обратную связь приходится откладывать; возможны ошибки при выставлении оценки вручную.

### ОСКЭ на видео

Эта стратегия предполагает, что студенты представляют видео, на котором они демонстрируют определенный сестринский навык. Сроки сдачи видео – в течение последних четырех недель семестра. Видео оценивают два экзаменатора независимо друг от друга. Обратная онлайн-связь проводится сразу после оценки всех видео.

### Преимущество ОСКЭ на видео

Студенты могут записать несколько видео и представить лучшее из них. Обучение посредством рефлексии, снижение стресса и беспокойства, возможность само-оценки и оценки со стороны коллег. Гибкость процесса, так как студенты могут записать и представить записи в удобное для них время. Уменьшается нагрузка на преподавателей. Сводятся к минимуму ошибки при выставлении оценок. Своевременная обратная связь.

## **В 2016 году преодоление антибиотико- резистентности станет приоритетом**

Снижение эффективности антибиотикотерапии требует поиска новых противобактериальных соединений, заявила Вероника Скворцова, глава Минздрава России

Было отмечено, что государство готово поддерживать новые разработки противобактериальных соединений и деньгами, и технологиями. «Это направление должно быть существенно усилено, и все исследования, которые будут предложены, в том числе в ходе сегодняшней сессии, будут поддержаны и технологически, и материально», — отметила Скворцова.

В 2015 году в Санкт-Петербурге было проведено исследование в 14 крупных ЛПУ на предмет оценки **антибиотикорезистентности**. В результате, по данным главного детского инфекциониста Минздрава России, академика РАН Юрия Лобзина, было выявлено, что пациентам назначается в 2 раза больше антибиотиков, чем необходимо. Особенно часто это происходит при дооперационной подготовке. В итоге, полная резистентность к таким группам лекарственных средств как цефалоспорины, фторхинолоны и аминогликозиды сформирована в 10 стационарах из 14. И 80% больничной летальности объясняется распространением неподдающейся лечению инфекции.

ступеней обучения; 2) преемственности разных этапов подготовки медицинских сестёр с высшим образованием. Отсюда следует, что в медицинском ВУЗе ОП является фундаментальной дисциплиной не только общебиологического, но и клинического звеньев подготовки специалистов.

Подготовку медицинских специалистов высокой квалификации невозможно себе представить без воспитания умения творчески мыслить и применять на практике полученные знания. Улучшение учебного процесса по ОП невозможно без активации творческой деятельности студентов, без формирования у них стремления к самостоятельной проработке учебного материала, медицинских и обще-патологических проблем и задач, а также выбора оптимальных путей, методов, способов и средств их решения.

Можно утверждать, что важными перспективами более эффективного преподавания общей патологии являются, во 1-х, расширение общей и, особенно, медико-биологической эрудиции у студентов, как младших, так и старших курсов; во 2-х, свободное владение студентами и преподавателями иностранными языками, компьютерной техникой и другими современными технологиями; в 3-х, улучшение преемственности разных этапов непрерывного многоуровневого сестринского образования; в 4-х, проведение регулярных проверок выживаемости знаний и умений у студентов и осуществление в соответствии с их результатами необходимых корректив, как учебных планов института, так и типовых и рабочих программ не только по ОП, но и по другим, прежде всего, медико-биологическим дисциплинам.

Таким образом, становится очевидным, что впереди много интересной работы. Сложность человеческого организма и его болезней будет ещё долго давать пищу всем исследователям, медицинским работникам, а значит и их педагогам. И общая патология, вбирающая в себя так много – от повреждения клетки до патологии органов и систем – также будет неуклонно развиваться и ставить перед ее интерпретаторами все новые и новые задачи.

# УХОД ПРИ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ

*Пациент, молодой мужчина, восемнадцать дней находился в ОАРИТ на кислородотерапии с применением носовой канюли. О режиме терапии информацию от медперсонала не получил, гигиена ротовой полости не проводилась. Через две недели, после того, как состояние стабилизировалось, начал самостоятельно регулировать терапию («хочу дышу, хочу – нет»), так как стала беспокоить, в частности, сухость ротовой полости и губ. На фоне основного заболевания пациент сбросил вес, однако аппетит стал возвращаться. Еще через неделю пациента перевели в общую палату. При этом от сухости на губе образовалась трещина (фактически – рана!), на которую из медперсонала никто не обратил внимания. Через четыре дня появились признаки стоматита и сопутствующие проблемы, в частности, невозможность принимать пищу. Пациента проконсультировал стоматолог, который назначил обработку ротовой полости средством с прижигающим эффектом. Из-за сильной боли, отечности, неприятного запаха пациент не может принимать пищу, что в потенциале может сказаться на его выздоровлении.*

Кислородотерапия является одним из основных направлений лечения дыхательной недостаточности (ДН). Целью кислородотерапии является коррекция гипоксемии и достижение значений  $PaO_2$  60–65 мм рт. ст. или  $SaO_2$  90–93%. Длительная кислородотерапия (ДКТ) является наиболее обоснованным методом коррекции заболеваний, осложнившихся хронической гипоксемической дыхательной недостаточностью. Чаще всего ДКТ назначается больным тяжелой хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Показанием к длительной кислородотерапии является снижение  $PaO_2 < 55$  мм рт. ст. или  $SaO_2 < 88\%$  в покое при дыхании воздухом ( $PaO_2$  56–59 мм рт. ст. или  $SaO_2 = 89\%$  при наличии *cor pulmonale* или гематокрите  $> 55\%$ ). Абсолютных противопоказаний к кислородотерапии нет.

В зависимости от клинической ситуации используются различные системы для доставки кислорода в дыхательные пути. Носовые канюли позволяют создавать кислородно-воздушную смесь с содержанием  $O_2$  ( $FiO_2$ ) до 24–40%, простая лицевая маска – до 35–50%, маска с расходным мешком – до 90%; маска Вентури обеспечивает точные значения  $FiO_2$ : 24, 28, 31, 35, 40%. Длительная кислородотерапия на сегодняшний день является единственным методом, способным снизить летальность больных ХОБЛ: при развитии гипоксемии она способна продлить жизнь пациента на 6–7 лет.

## АНАЛИЗ СИТУАЦИИ

Кислородотерапия и уход за ротовой полостью – это вопросы, которые тесно связаны с крайне важной потребностью пациента, от которой зависит зачатую его выздоровление – потребностью в еде и аппетитом. Медицинская сестра, тем более работающая в ОАРИТе, не может не знать, к каким последствиям при-

водит кислородотерапия. Это то, что сегодня мы называем потенциальными проблемами, которые необходимо знать и на основе которых следует планировать уход за пациентом. В противном случае ставится под сомнение компетентность медицинской сестры.

Одним из основных сестринских вмешательств в условиях ОАРИТа должна быть гигиена полости рта, причем, не «молчаливая» гигиена рта, а со всеми разъяснениями пациенту, почему это важно делать (учитывая его психическое состояние и необходимость мотивировать приверженность к лечению). Кроме того, учитывая известные последствия кислородотерапии (сухость), рекомендуется сразу обеспечивать профилактику последующих осложнений сухости, а именно – трещины на губах, для чего рекомендуется использовать вазелин и наносить его тонким слоем для создания окклюзивной пленки [3].

Пациента, находящегося в палате интенсивной терапии, нельзя лишать возможности проводить гигиену ротовой полости, тем более, если он в состоянии ее проводить самостоятельно. Как свидетельствуют результаты исследований, зубная эмаль начинает реагировать на отсутствие гигиены полости рта уже через 24 часа. Определенные факторы действуют как стрессоры на состояние слизистой. К этим факторам относят:

1. Дыхание через рот
2. Непрерывная оксигенотерапия
3. Интермиттирующая сакция
4. Парентеральное питание.

При условии наличия всех перечисленных факторов в течение одного

### УХОД ЗА РОТОВОЙ ПОЛОСТЬЮ В ОАРИТАХ СИНГАПУРА

Уход за ротовой полостью играет огромную роль в поддержании здоровья тяжело больных пациентов. Несмотря на наличие большого количества исследований, сфокусированных на методах гигиены полости рта, практика медицинских сестер, ухаживающих за тяжелобольными пациентами и работающими в азиатских странах, изучена недостаточно.

Цель исследования – оценить знания, отношение и методы гигиены полости рта, применяемые при уходе за тяжело больными пациентами.

#### Методы

Была разработана анкета из 31 вопросов, в основу которой легли литературные данные, существующие анкеты и результаты обсуждения в фокус-группе. В анкете выделены три категории: убеждения и отношение, установленная практика /методы и знания. В выборку вошли все медсестры, которые работали в пяти отделениях интенсивной терапии в течение двух недель. Данные были проанализированы с помощью статистических методов, была изучена связь между знанием гигиены ротовой полости и спецификой палаты, функциональными обязанностями, уровнем образования медсестры и рабочим графиком.

#### Выводы

Результаты показали отсутствие у медсестер адекватных знаний гигиены полости рта, и в целом, отсутствие необходимого оснащения для проведения гигиены полости рта. Основные знания по гигиене ротовой полости большая часть участников исследования приобрела во время обучения в медицинском колледже. Этих знаний недостаточно, чтобы суметь предотвратить проблемы, связанные с неудовлетворенными потребностями в гигиене ротовой полости тяжело больных пациентов. Результаты указывают на необходимость в непрерывном обучении в этой области.

*Источник: Applied Nursing Research*

часа у здорового молодого человека проявляется сухость губ и меняется цвет слизистой [3]. Именно эти четыре фактора следует учитывать при планировании сестринского ухода.

## **ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ**

Данный случай демонстрирует отношение сестринского персонала к своей работе. Вероятно, сегодня пришло то время, когда для аттестации медицинской сестры уже недостаточно довольствоваться ее отчетом о проделанной работе за требуемый период времени, бумага все стерпит, но качество ухода при этом едва ли улучшится. Для того, чтобы обеспечить должный уровень ухода за пациентами, в этом должны участвовать сами пациенты. Это значит, что сегодня в портфолио медсестры должны быть, как минимум, два-три отзыва о ее работе от пациентов, за которым она ухаживала. Только так можно дифференцировать нерадивых и заставить людей задуматься о своей работе. Данная практика может пригодиться в условиях грядущих перемен, которые несут с собой эффективные контракты, призванные повысить уровень медицинской помощи.

Другой проблемой, объясняющей случившееся, может быть отсутствие необходимых знаний со стороны сестринского персонала о проводимом лечении и его возможных осложнениях, связанных с отсутствием ухода. Сегодня, как показывают исследования, практикующие медсестры работают с теми знаниями, которые они получили в стенах учебного заведения несколько лет тому назад. Однако многие вопросы требуют к себе непрерывного внимания, в первую очередь вопросы, связанные с базовыми потребностями пациентов, а, значит, их необходимо включать в программы обучения персонала на местах, в лечебных учреждениях.

### **Использованная литература**

1. Авдеев С.Н. Дыхательная недостаточность // Практическая пульмонология. - 2004.- №2.- С.11-15.
2. Титова О.Н. и соавт. Организационные аспекты назначения длительной кислородотерапии в условиях Санкт-Петербурга // Здоровоохранение РФ. - 2014.- №2.- С.35-38.
3. Pritchard A.Ph., David J.A. Manual of Clinical Nursing Procedures 2<sup>nd</sup> ed. Harper & Row, Publishers. 1988.

## **КИСЛОРОДНЫЙ КОКТЕЙЛЬ**

**Энтеральная оксигенотерапия является наиболее доступным, эффективным и экономически выгодным методом для массового применения. Транспорт кислорода осуществляется при этом не только током крови, но и через лимфу, что позволяет в большей степени улучшить снабжение кислородом тканей, кровотоков в которых снижен.**

Метод энтеральной оксигенотерапии был разработан в 1963г. академиком Н.Н. Сиротининым и в дальнейшем модифицирован Н.С. Заноздра и Д.А. Нужным, которые предложили с лечебной целью насыщать кислородом, помимо соков и молока, настои лекарственных трав. Метод основан на том, что

**Кислородный коктейль улучшает обмен веществ, функциональную деятельность всех органов и систем организма, оказывает положительное влияние на иммунитет, нормализует сон, повышает работоспособность и эмоциональный тонус. Хороший эффект от применения кислородных коктейлей наблюдали при ожирении.**

в виде экстрактов (сиропов) различных трав, так и в виде их отваров, которые готовятся по рекомендуемой рецептуре. Состав травяных сборов подбирается индивидуально, в соответствии с характером основного заболевания и сопутствующей патологией. В качестве витаминных составляющих кислородного коктейля обычно используют различные соки, тонизирующие добавки или сиропы на основе плодов и ягод. Для улучшения вкуса травяных коктейлей используют вкусовые добавки, чаще всего различные сиропы.

Принцип воздействия энтеральной оксигенотерапии на организм заключается в том, что в результате приёма кислородного коктейля в желудке создается «депо» из пузырьков кислорода и других компонентов, которые входят в состав пены. Кислород из пены, передвигаясь по пищеварительному тракту, всасывается в кровь и лимфу и, как активный элемент, усиливает клеточный метаболизм. На «проблемные» зоны одновременно воздействуют лекарственные и витаминные компоненты, присутствующие в фитосоставляющей кислородного коктейля.

Совокупное воздействие лекарственных и витаминных препаратов совместно с кислородом в некоторых случаях может повысить активность медикаментозных средств. Установлено, что кислородный коктейль улучшает обмен веществ, функциональную деятельность всех органов и систем организма, оказывают положительное влияние на иммунитет, нормализует сон, повышает работоспособность и эмоциональный тонус.

Многие авторы отмечают благоприятное влияние энтерального введения кислорода на течение заболеваний печени и

кислород может поступать в ткани не только через легочные альвеолы, но и через капилляры желудочно-кишечного тракта.

Кислородный коктейль употребляют в виде пены, состоящей из пузырьков кислорода, минеральной воды, сока или фитококтейля (смесь лекарственных, витаминных составляющих и, при необходимости, вкусовых добавок), пеносвязующего компонента, которым может быть корень солодки, белок куриного яйца или желатиновый настой. Лекарственные составляющие могут быть использованы как

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Боровик Т.Э. и соавт. Эффективность кислородных коктейлей при заболеваниях органов пищеварения и дыхания у детей // ВСП. -2007.- №2.- С.97-101.
2. Сиротинин Н.Н. Значение гипоксии в генезе, профилактике и лечении преждевременного старения. В сб.: Механизмы старения. Киев, ГМИ УССР.- 1963.-С.341-351.
3. Сиротинин Н.Н. Влияние на организм перорального введения кислородной пены Энтеральная оксигенотерапия. - Киев, 1968. - С. 6–11.
4. Заноздра Н.С. и соавт. Применение кислородной смеси с лечебной целью // Врачебное дело. - 1965. - № 8. - С. 13–15.
5. Маркова Е.А. и соавт. Кислородная пена в диете больных ожирением // Актуальные основы питания. - 1975. - С. 309–311.
6. Ковалева Н.Б., Баженова М.И. К оценке эффекта кислороднолекарственных коктейлей при лечении больных ожирением. Тезисы конференции. - Свердловск, 1972. - С. 190–191

желчных путей, гастрита, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, глистной инвазии, неспецифического язвенного колита, хронических заболеваний легких, в том числе туберкулеза, гипертонической болезни, а также на функцию почек. Хороший эффект от применения кислородных коктейлей наблюдали при ожирении. При этом авторы указывают, что энтеральная оксигенация способствует усилению сгорания жира в печени, снижению синтеза триглицеридов и липопротеидов в ней; кроме того, растяжение желудка пеной вызывает чувство насыщения и подавляет аппетит.

## НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

---

### МОЖНО ЛИ ЗАРАЗИТЬСЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПРИ УКУСЕ КОМАРА???

В настоящее время этот вирус является одним из наиболее изученных. Достоверно известны механизмы заражения, пути передачи, диагностики и клинические проявления ВИЧ. Но, даже через 30 лет после открытия вируса, подавляющее число людей продолжают стереотипно воспринимать как саму инфекцию и пути ее распространения, так и людей, страдающих ВИЧ-инфекцией.

В 2012-13 году было проведено анкетирование 2880 студентов четырёх крупных университетов, а также некоторых академий и институтов г.Челябинска. Опрашиваемым было предложено анонимно заполнить бланки анкет, выбрать и отметить свой вариант из нескольких предложенных, направленных на определение их мнения в вопросах ВИЧ-инфекции.

При опросе студентов о способах заражения ВИЧ-инфекции в бытовых ситуациях, в частности при укусе комара, была выявлена тенденция к отрицанию данного вида заражения (74%). Тем не менее 26% считают это возможным. Наибольшее количество опрошенных, верящих в возможность инфицирования ВИЧ через укус комара, являются студентами институтов и академий (36%) и Южно-Уральского государственного университета (35%). Студенты ЧГПУ и ЧелГУ занимают среднюю позицию – 25% и 28% опрошенных соответственно – считают возможным заразиться ВИЧ при укусе комара.

Число студентов, которые разбираются в данном вопросе, недостаточно велико и адекватно, относительно сложившейся в настоящее время ситуации по распространению ВИЧ-инфекции. Наибольшую осведомленность показали студенты медицинского университета, что весьма закономерно, однако не все студенты медики в полной мере осведомлены об опасностях и путях передачи вируса.



***ЕСЛИ УМИРАЮЩИЕ БОЛЬНЫЕ ИМЕЮТ ДОСТАТОЧНО ВРЕМЕНИ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ СПРАВИТЬСЯ СО СВОИМИ СТРАХАМИ И ПРИМИРИТЬСЯ С НЕИЗБЕЖНОСТЬЮ СМЕРТИ, ИЛИ ПОЛУЧАЮТ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОМОЩЬ ОТ ОКРУЖАЮЩИХ, ТО ОНИ НЕ РЕДКО НАЧИНАЮТ ИСПЫТЫВАТЬ СОСТОЯНИЕ ПОКОЯ И УМИРОТВОРЕННОСТИ.***

## Психология умирания Э.Кюблер-Росс

В жизненном мире неизлечимого больного значительно возрастает ценность подлинно человеческого общения. Но реальность часто не позволяет неизлечимому больному реализовать эту потребность, поскольку помогающие субъекты относятся к нему лишь как к телу. Неизлечимые больные часто оказываются не среди людей, а среди «живых автоматов»: родственники ничего им не говорят об их диагнозе, лишь улыбаются, сдерживая слезы, и пытаются неумело поддержать, сказать: «все будет хорошо»; медсестры на все вопросы отвечают «спросите у врача», врач в силу специфики медицинской подготовки не может почувствовать, в чем нуждается умирающий: в сообщении истинного диагноза или в обнадеживающей лжи.

Идея «человечной» коммуникации с неизлечимым больным нашла отражение в литературно-философском творчестве Л. Н. Толстого. Русский писатель в повести «Смерть Ивана Ильича» поднимает проблему гуманного отношения человека к человеку, аспект «лечения собой», являющийся неотъемлемой частью социальной помощи неизлечимым больным. Таким человеком, «лечащим собой» Ивана Ильича, был простой «буфетный мужик» Герасим, «краздобревший на городских харчах» [3, с. 37]. Он относится к умирающему естественно и просто, с присущей ему добротой и гуманностью, с искренностью и пониманием, без шаблонов и стереотипных форм поведения, выражения фальшивой надежды на исцеление и фальшивого сочувствия.

В Западной Европе осознание проблемы гуманизации отношения к неизлечимым больным произошло во второй половине XX века, благодаря Э. Кюблер-Росс. В 1969 году был опубликован научный труд «О смерти и умирании», в котором Кюблер-Росс озвучила идею, высказываемую философами на протяжении всего пути развития философского знания – идею о естественности смерти. В своей книге она подчеркнула, что смерть – это не недоработка медицины, а естественный процесс, заключительная стадия роста человека. Проработав много лет с неизлечимо больными в медицинском центре университета Колорадо, она имела возможность наблюдать и описывать процесс умирания, в результате чего появилась концепция психологического умирания.

Исследователь считает, что до наступления смерти безнадежно больные люди проходят пять стадий психологических изменений: стадия отрицания реальности и изоляции; стадия возмущения; стадия ведения переговоров и заключения соглашений; стадия депрессии; стадия принятия смерти (примирения с мыслью о неизбежности смерти). Более подробно эти стадии характеризуются следующим образом:

**ПЕРВАЯ СТАДИЯ - ОТРИЦАНИЕ РЕАЛЬНОСТИ И ИЗОЛЯЦИИ:** в психике умирающего в этот момент работают два механизма психологической защиты: механизм отрицания неприятной, устрашающей реальности и механизм изоляции. Первую реакцию терминально больных людей Э.Кюблер-Росс называет «тревожным отрицанием». Позже в этой стадии большинство больных начинают использовать в основном механизм изоляции: смерть и связанные с ней эмоции в психике больного «изолируются»

от остальных психологических содержаний и проблем. Эту защитную реакцию Э. Кюблер-Росс считает весьма полезной, так как она смягчает первый «удар истины» и создает условия для включения в работу психики других, более спокойно действующих защитных механизмов

**ВТОРАЯ СТАДИЯ – ВОЗМУЩЕНИЕ:** в этой стадии человек приходит к пониманию той страшной истины, что конец действительно близок. Причиной такой агрессивности являются многочисленные фрустрации, которые переживаются больным: лишение обычной работы, ритмов труда и отдыха, повседневных приятных занятий, чувство потери всяких перспектив в жизни и т.п. Некоторые больные могут «застрясть» на этой стадии, сохраняя гнев до самого конца: «по-видимому, труднее всего умереть людям с крайне авторитарными чертами характера, у которых в ходе жизни выработаны высокий уровень автономности и склонности к самостоятельным решениям. Их основная реакция на свою последнюю экзистенциальную фрустрацию – агрессия и враждебность к людям».

**ТРЕТЬЯ СТАДИЯ - ВЕДЕНИЕ ПЕРЕГОВОРОВ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ СОГЛАШЕНИЙ:** умирающий, в какой-то мере принимая неизбежность смерти, проявляет заботу о завершении своих земных дел. А если умирающий – человек верующий или в этот момент обретающий веру – то основную часть «торгов» он ведет с Богом. Переговоры в этой стадии выступают в виде способа откладывания смерти.

**ЧЕТВЕРТАЯ СТАДИЯ – ДЕПРЕССИЯ:** когда же смысл заболевания полностью осознается, умирающий оказывается в состоянии глубокой депрессии. Эта стадия депрессии не имеет аналогов среди переживаний, связанных с внезапной смертью, и, видимо, возникает лишь в тех ситуациях, когда у столкнувшегося со смертью человека есть время для осмысления происходящего.

**ПЯТАЯ СТАДИЯ – ПРИНЯТИЕ:** если больной достаточно долго остается в предсмертном состоянии, он может оказаться в стадии принятия смерти, что будет свидетельствовать о разрешении его самого глубоко экзистенциального кризиса. По мнению некоторых авторов, [6] эта фаза желательна, поскольку позволяет человеку умереть достойно.

Характерными высказываниями больных на этой стадии являются следующие: «За последние три месяца я жила больше и лучше, чем за всю свою жизнь», или «Я счастливее, чем когда-либо раньше. Эти дни теперь на самом деле лучшие дни моей жизни». Сама Кюблер-Росс призналась, что хотела бы, чтобы причиной ее смерти был рак, она не хочет лишиться период роста личности, который приносит с собой терминальная болезнь» [7]. Данная позиция – результат осознания экзистенциальной драмы человеческого существования, которая заключается в том, что «перед лицом смерти человеку раскрывается новое знание – подлинный смысл жизни и смерти» [8].

Э.Кюблер-Росс констатировала главную причину господства автоматизма в коммуникации врачей с неизлечимыми пациентами – некрофобия. Страх смерти у медицинских работников проявляется в том, что они обращают внимание, прежде всего, на

медицинскую аппаратуру, а не на самого больного как личность со своими потребностями и интересами. Та-кой «механический» или автоматический подход к пациенту объясняется «стремлением оградить себя от смерти», ведь медицинское обследование «не вызывает бурных чувств в отличие от искаженного страданиями лица другого человека», которое напоминает нам о том, «что у наших возможностей есть границы, а последней и самой главной из них остается наша собственная смерть» [5, с. 20–21].

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

### Литература

1. Абдулгалимова С. А. Отношение к собствен-

**НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ** – серьезная медицинская и социальная проблема пожилых пациентов, которые страдают сахарным диабетом (СД), болезнью Паркинсона, деменцией (болезнь Альцгеймера и др.), перенесли инсульт или имеют другие заболевания, приводящие к недержанию мочи.

Поведенческая терапия при гиперактивности мочевого пузыря основана на предположении, что это состояние вызвано частичной утратой выработанного в детстве контроля над мочеиспускательным рефлексом или патологически сформированным рефлексом. Не менее 20% пациентов (особенно женщины), страдающих гиперактивностью мочевого пузыря, имеют неправильную модель мочеиспускания, основанную на целесообразности опорожнения пузыря при наличии позыва. В норме объем мочеиспускания составляет 1500–2500 мл/сут, средний объем мочеиспускания – 250 мл, средняя емкость мочевого пузыря – 400–600 мл, желательное количество мочеиспусканий – не более 7–8 раз в сутки. Если пациентка употребляет чрезмерное количество жидкости, способствующее недержанию мочи, необходимо рекомендовать ей избегать приема жидкости без необходимости (пить только во время еды, отказаться от чрезмерного употребления чая и других напитков), ограничить в рационе острую пищу и соль. Многим пациентам следует отказаться от неправильной модели мочеиспускания: мочиться всегда перед едой или выходом из дома.

Рекомендуется вести **дневник мочеиспускания**, мочиться через определенные промежутки времени. Дневник мочеиспускания дает врачу важную информацию о питьевом режиме пациента, о возможном наличии провоцирующих мочеиспускание факторов.

**Тренировка мочевого пузыря** заключается в постепенном удлинении интервалов между мочеиспусканиями, что приводит к увеличению функциональной емкости мочевого пузыря. Упражнения для укрепления мышц тазового дна у женщин достоверно уменьшают степень недержания мочи. Упражнения включают поочередное сокращение и расслабление мышц, поднимающих задний проход. Они выполняются в среднем 3 раза в сутки, длительность сокращений постепенно увеличивают от нескольких секунд до 2 мин. Упражнения могут использоваться и в ситуациях, провоцирующих недержание мочи (при кашле, чихании, беге и др.). Положительный эффект достигается только в случае регулярного выполнения упражнений.

Источник: Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика

- ной смерти и переживание страха смерти // Вестник Социально-педагогического института. 2012. №2. С.3-8.
2. Антипов М.А. Социально-коммуникационный аспект переживания пограничной ситуации (неизлечимой болезни) // Сборники конференций НИЦ Социосфера . - 2010. - №8.- С.025-029.
  3. Бубер М. Я и ты // Два образа веры – М.: Республика, 1995. – 464 с.
  4. Гуревич П.С. О жизни и смерти. Жизнь земная и последующая. Сборник. - М., 1991
  5. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. – Киев: София, 2001. – 320 с. 5
  6. Налчаджян А. А. Загадка смерти. Очерки психологической танатологии. СПб.: Питер, 2004 – 224 с.
  7. Низова А.В. Православие, эвтаназия и умирающий больной // Вестник ТГУ. - 2007. - №2. - С.60-62.
  8. Силуянова Л. Этика врачевания. Современная медицина и православие. – М. 2001. – С.250

## ПЕРЕЧЕНЬ ЖНВЛП в 2016 Г.

**(утв. распоряжением Правительства РФ № 2724-р «Об утверждении перечней жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2016 год»**

Распоряжением утверждены:

перечень ЖНВЛП для медицинского применения на 2016 год;

- ✓ перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций;
- ✓ перечень дорогостоящих лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей;
- ✓ минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи.

В сравнении с 2015 годом список лекарств, вошедших в Перечень был расширен. В 2016 году в добавлены 43 новых препарата, 6 из них отечественного производства.

Число международных непатентованных наименований лекарственных препаратов увеличено с 604 до 646 наименований.

Список дорогостоящих лекарств пополнился одним наименованием. Утвержденные перечни лекарственных препаратов будут применяться с 1 марта 2016 года.

Альтернативная медицина широко распространена в мире – от 70 до 90% населения пользуется традиционной медициной. В зарубежных странах в течение последних десятилетий также отмечается рост популярности альтернативной медицины. Причины выбора нетрадиционной терапии связаны с неудовлетворенностью биомедицинской моделью здравоохранения. Еще одна причина – поиск наиболее щадящих и менее инвазивных методик терапии различных заболеваний, сочетающихся с наименьшим количеством осложнений.

*Ключевые слова:* традиционная медицина, народная медицина, комплементарная медицина, целительство

## АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА: ДОВЕРЯТЬ ИЛИ? ...

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ

Обычно в медицине проводится достаточно жесткое отделение традиционной (официальной) медицины от альтернативной. До настоящего времени не существует четкого понятия таких методов в медицине, как "традиционные" и "нетрадиционные". Два десятилетия назад под традиционной медициной понимали медицину, использующую официально узаконенные методы. Все остальные методы, эффективность и безопасность которых не была доказана научным методом, относили к понятию "нетрадиционная" медицина. Согласно определению ВОЗ, под традиционной медициной понимают общую сумму всех знаний, используемых при диагностике, профилактике и устранении физических, психических и социальных нарушений и опирающихся исключи-

тельно на практический опыт применения, передаваемый в устной и письменной форме. В том случае, когда нетрадиционная медицина применялась вместо традиционной, она называлась "альтернативной". В дальнейшем представители нетрадиционной медицины стали заявлять, что именно их методы являются традиционными, поскольку многие из них имеют многовековую историю. Именно эти методы в дальнейшем стали обозначаться понятием "народной" медицины.

Народная медицина (НМ) имеет долгую историю и представляет собой общий итог накопленных знаний, навыков и практики, которые основаны на теориях, верованиях и опыте коренных народов и представителей различных культур, независимо от того, можем мы их объяснить или нет, и используются для поддержания здоровья, а также для профилактики, диагностики, улучшения состояния или лечения при физических и психических расстройствах.

Клиентами целителей становятся чаще всего женщины с достаточно высоким уровнем образования, одинокие (без семьи или только что разведенные), с низким уровнем самооценки и плохим качеством здоровья, имеющие депрессию, хронические головные боли, проблемы с пищеварением, или аллергии. В возрастном аспекте это люди старше 40 лет. Наиболее частым методом терапии они назвали молитву (60%) и фитотерапию (14,2%). Установлена закономерность, что чем выше уровень образования, тем выше частота обращаемости к представителям нетрадиционной медицины.

ВОЗ определяет народную медицину как включающую различные связанные со здоровьем подходы, знания и верования, а также медикаментозные средства растительного, животного и/или минерального по своей природе происхождения, спиритуальную терапию, мануальную терапию и упражнения, используемые по отдельности или в сочетании, для поддержания благополучия, а также лечения, диагностики и профилактики болезней. Народную медицину принято определять также и другими терминами – традиционная, альтернативная, натуральная, неортодоксальная или комплементарная медицина.

Термины "комплементарная медицина" или "альтернативная медицина" используются для определения широкого набора видов практики в сфере здравоохранения, которые не являются частью собственных традиций страны и не включены в основную систему медико-санитарной помощи. В ряде стран они используются наряду с термином "народная медицина".

## О ПОЛЬЗЕ

Специалисты считают, что в медицинских системах, дошедших до нас из глубокой древности, таится немало ценного и рационального, и надеются именно в этой кладовой знаний отыскать средства и методы лечения тех недугов, которые не поддались «натиску» химиотерапии в последние десятилетия. Приверженцы альтернативной медицины в основном глубоко убеждены в ее пользе. Отдельные случаи успешного применения того или иного метода альтернативной ме-

## ЗВЕРБОЙ –

### HYPERICUM PERFORATUM L.

Это одно из самых известных, популярных и распространённых лекарственных растений. Современная научная медицина определила ряд полезных свойств травы зверобоя. Препараты зверобоя оказывают антибактериальное и противовоспалительное воздействие, благодаря наличию эфирного масла и антибактериальных веществ. Его настои, отвары назначают, используя эти свойства при воспалительных заболеваниях полости рта, горла, при колитах, холециститах.

Открыты противовирусные свойства экстрактов зверобоя. Звербой улучшает венозное кровообращение, тонизирует работу сердца, повышает тонус сосудов, несколько повышает артериальное давление. Экспериментальные исследования выявили гиполипидемические и антиатеросклеротические свойства спиртового экстракта зверобоя. Трава зверобоя оказывает седативное и кровоостанавливающее воздействие.

По данным зарубежных авторов, трава зверобоя оказывает заметное антидепрессивное воздействие. В отличие от известных антидепрессантов, препараты зверобоя имеют меньше побочных эффектов, более безопасны, оказывают благотворное воздействие на те состояния и болезни, которые часто сочетаются с депрессией, такие как гипертония, ишемическая болезнь сердца. Жидкий экстракт зверобоя обладает антивирусной активностью, против вируса птичьего гриппа H5N1. Зверобойная мазь успешно применена при лечении псориаза, гнойничковых заболеваний кожи.

Экстракты растения оказывают иммуностимулирующее воздействие. Препараты зверобоя эффективны при лечении симптомов климактерического синдрома (приливах, бессоннице, депрессиях, головной боли и др.). На основе биологически активных веществ зверобоя фармпромышленность выпускает ряд препаратов: «Новоиманин», «Гиперфорин», «Флористен» и др.

*Источник: «Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук»*

дицины ведут последователей альтернативной медицины к отрицанию необходимости научной проверки метода. Именно глубокая вера является основой отказа от использования проверки безопасности и эффективности применяемого метода.

**Регулярное посещение "целителей" и выстраивание жизни по их рекомендациям может быть признаком и последствием расстройства психической адаптации — магифренического синдрома.**

Как показало исследование, свыше 50% врачей доверяют 8 методам: гомеопатии, фитотерапии, ароматерапии, апитерапии, гирудотерапии, бальнеотерапии, акупунктуре, мануальной терапии. Среди пациентов нет полного доверия к методам нетрадиционной медицины – не сочли допустимыми к использованию такие методы, как "медицина Болотова", биоэнергетика, энергетическая медицина и винотерапия. Только метод фитотерапии

пользуется наибольшим доверием более чем у половины пациентов (69%). Клиентами целителей становятся чаще всего женщины с достаточно высоким уровнем образования, одинокие (без семьи или только что разведенные), с низким уровнем самооценки и плохим качеством здоровья, имеющие депрессию, хронические головные боли, проблемы с пищеварением, или аллергии. В возрастном аспекте это люди старше 40 лет. Наиболее частым методом терапии они назвали молитву (60%) и фитотерапию (14,2%). Установлена закономерность, что чем выше уровень образования, тем выше частота обращаемости к представителям нетрадиционной медицины.

В России, согласно проведенному в 2007г. исследованию РАМН, у 95% "народных целителей" отсутствует медицинское образование, а более 40% из них нуждаются в лечении психических отклонений. Регулярное посещение "целителей" и выстраивание жизни по их рекомендациям может быть признаком и последствием расстройства психической адаптации — магифренического синдрома. Необходимость медицинского образования в нетрадиционной медицине признают 98% врачей и 74% пациентов. При этом большинство врачей считает необходимым включение гомеопатии, фитотерапии, ароматерапии, апитерапии, гирудотерапии, бальнеотерапии, мануальной терапии в программу высшего медицинского образования.

В современной науке отношение к системам вненаучной медицины в последнее время радикально изменилось. В настоящее время в ряде университетов Америки и Европы открыты кафедры по изучению народной и традиционной медицины. Специалисты полагают, что в медицинских системах, дошедших до нас из глубокой древности, таится немало ценного и рационального. Многие ученые не без основания надеются именно в этой кладовой знаний отыскать средства и методы лечения тех недугов, которые не поддаются "натиску" химиотерапии в последние десятилетия. Именно поэтому начиная с 1972 года ВОЗ энергично поощряет изучение народной и традиционной медицины.

## **НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА –**

### **В РОССИЙСКОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ**

В соответствии с ФЗ РФ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская практика разделена на 2 категории: медицинская деятельность (научная, академическая медицина) – ст.2 и народная медицина – ст. 50. При этом статья 50, указанного Закона не предусматривает каких-либо конкретных образовательных и квалификационных требований к «народным целителям»; указывается только, что «к народной медицине не относится оказание услуг оккультно-

магического характера...». Кроме указанных терминов в литературе встречаются термины: альтернативная медицина, традиционная медицина, нетрадиционная медицина. Наряду с этим профессия «целителя» включена в «Общероссийский классификатор занятий ОК 010-93» (утв. постановлением Госстандарта РФ от 30 декабря 1993 г. N 298), подгруппа 32 «Специалисты среднего уровня квалификации и вспомогательный персонал естественных наук и здравоохранения», составная группа 324 – «Целители и практики нетрадиционной медицины». Их «обязанности» включают: траволечение, внушение, коррекцию биоэнергетических полей, биоэнергетическое воздействие, молитвы и подобные методы.

В настоящее время имеется широкая возможность обмена информацией между разными народами. Это приводит к тому, что в альтернативную медицину стали включать методы, которые присущи другим культурам. Например, для наших традиций необычными являются такие приемы, как медитация, йога, ци-гун и др. Специалисты обращают внимание на очень важную особенность методов лечения, которые пришли к нам с Востока. Практически все они усилены использованием методов воздействия на психоземotionalную сферу человека. Эти воздействия уходят корнями в религиозную культуру народа, создавшего то или иное лечебное направление. Сейчас можно говорить о необходимости учитывать мощное лечебное воздействие эмоциональной сферы человека

В официальной медицине меньше обращается внимания на включение приемов, воздействующих на эмоциональную сферу при патологии внутренних органов. Эмоциональные нарушения являются факторами, провоцирующими прогрессирование патологии внутренних органов; поэтому включение в лечебный комплекс методов, нормализующих эмоциональную сферу больного, является обязательным условием.

Отвечая на вызов времени, Комитет по охране здоровья Государственной думы Российской Федерации 20.02.14 провел заседание круглого стола на тему "Правовое регулирование и перспектива развития традиционной, народной и восточной медицины в Российской Федерации". В итоге заседания было принято решение поддержать законодательную инициативу о новой редакции статьи 50 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". Новая редакция этой статьи содержит 2 части: 50.1 Комплементарная медицина (КМ) и 50.2

## Литература

- Василенко А.М. Комплементарная медицина: вопросы терминологии и классификации // Российский медицинский журнал. - 2014.- №6.- С.7-11.
- Головской Б.В. К вопросу об альтернативной медицине // Клиническая Медицина. -2-12.- № 7
- Григорян Э.Р., Парфейников С.А. Развитие ВОЗ в области народной медицины // Современные проблемы науки и образования. - 2014.- №2.- С.328.
- Лисина О. В. Здоровьесберегающие практики как социокультурный феномен: основные подходы и противоречия // Система ценностей современного общества. -2013.- №27.- С.130-135.
- Севостьянов О. В. и соавт. Распространенность оккультной медицины и проблема ее активного внедрения в сферу профессиональной деятельности клинической психиатрии // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. - 2014.-№24.- (195)- С.27-34.
- Смольянинов С.В. и соавт. Секреты древних диагностов и целителей: альтернативная медицина // Вестник современной клинической медицины. -.2012.- № . -Приложение 1.
- Умнова М.С. Ароматерапия // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150).-2013.- Том 3.- № 2
- Худяков А. В. И соавт. Отношение пациентов и врачей к нетрадиционной (народной) медицине // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. №9. С.131-134.
- Народная медицина: пути содействия и развития: докл. совещ. ВОЗ, Женева. 28 нояб. – 2 дек. 1977 г. / Всемир. организация здравоохранения. – Москва: Медицина, 1980. – 46 с. – (Сер. техн. докл.; № 622).



Целительство. Принятие указанного законопроекта подразумевает необходимость уточнения используемой терминологии и разработку классификационной номенклатуры КМ.

## **СРАВНЕНИЕ ПАРАДИГМ ТРАДИЦИОННОЙ И АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ПО ИНДИКАТОРАМ\***

Индикаторы	Традиционная медицина	Альтернативная медицина
Разум, тело, дух	разделены	едины
Тело	сумма частей, механизм	живой микрокосм, или вселенная
Причины болезни	составные части «ломаются»	возникает дисбаланс энергии / жизненной силы
Задача медицины	бороться с болезнью	восстановить гармонию тела – духа – разума
Функции врача	подавить и устранить симптомы	выявить причину возникновения дисгармонии и дисбаланса
Основное внимание следует уделять...	составным частям, материи	единому целому, энергии, духу
Лечение заключается в...	попытке «починить» сломанные части	стимуляции процесса самоисцеления
Основные методы лечения	лекарства, хирургия	диета, физические упражнения, травы, борьба со стрессами, социальная поддержка
Медицина – это	Лечение болезни	забота о здоровье

\*Источник: Что такое альтернативная медицина? // Сайт народной медицины Режим доступа: <http://genamed.narod.ru/AltMed/ChtoTakoeAlternativnajaMedicina.htm>

## **СУ-ДЖОК ТЕРАПИЯ**

Каждый человек должен знать эффективную систему самооздоровления, чтобы в трудную минуту суметь помочь себе и окружающим. Су Джок терапия – метод лечения воздействием на кисть и стопу, - можно отнести к наилучшим методам самопомощи, известным в настоящее время. Разработанная южнокорейским ученым профессором Пак Чже Ву - это не только метод лечения, но и способ постижения основных законов жизни, устанавливающий связь между классической западной наукой и знаниями, накопленными с древнейших времен медициной Востока. Тело человека – это форма жизни, являющаяся маленькой, хорошо сгармонизированной Вселенной, поэтому у тела есть все необходимое для того, чтобы поддерживать свою жизнь и существовать в природе как целостное независимое явление. Системы соответствия кистей и стоп – это пульта дистан-

ционного управления здоровьем человека. Эти лечебные системы функционируют как, своего рода, маленькие клиники, естественным образом излечивающие болезни тела. Если внимательно проанализировать несколько кисти и стопы повторяют строение нашего тела, то можно понять устройство этих лечебных систем и определить точки и зоны, которые необходимо стимулировать в случае возникновения болезни. Главные достоинства Су Джок терапии: высокая эффективность, абсолютная безопасность применения, универсальность метода, доступность для каждого человека, простота применения. До сих пор не существовало лечения, которым можно было бы настолько легко овладеть и получать при этом такой значительный и быстрый результат.



## **СЕРТИФИКАЦИЯ И АККРЕДИТАЦИЯ: КОММЕНТАРИЙ СПЕЦИАЛИСТА**

1 января 2016 года вступила в силу Статья 69 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". В соответствии с этой статьей "право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации\* специалиста».

\*Аккредитация специалиста - процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического образования не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

### **В чем принципиальное различие?**

Есть два мнения по этому поводу, но они пока не подкреплены законодательными инициативами, поэтому могут остаться досужими домыслами:

1. Аккредитация медицинских работников нужна для того, чтобы лицензировать не клинику, а именно специалиста, который непосредственно оказывает медицинскую услугу;
2. Аккредитация специалиста нужна для того, чтобы врач мог работать в федеральном реестре электронных карт. Это порядок, который давно собирается ввести Министерство здравоохранения (и в планах переход на электронные карты стоял на 1 января 2015 года, но он не состоялся). И только аккредитованным специалистам якобы выдавались бы электронные ключи для входа в федеральный ресурс.

В 2014 году в проекте государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" планы выглядели следующим образом:

С 1 января 2015 года вводятся в действие на территории Российской Федерации универсальные электронные карты, содержащие в своем составе полисы ОМС единого образца;

С 1 января 2016 года право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации будут иметь лица, получившие медицинское или иное образование в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста;

С 1 сентября 2017 года послевузовское медицинское и фармацевтическое образование может быть получено в ординатуре, аспирантуре и докторантуре.

Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно по 31 декабря 2025 года включительно. Сроки и этапы указанного перехода, а также категории лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, определяются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Сертификаты специалиста, выданные медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 года, действуют до истечения, указанного в них срока.

## КОГДА СТРАДАЕТ ИНТЕЛЛЕКТ...

Йод является обязательным структурным компонентом гормонов щитовидной железы (ЩЖ), которые в свою очередь обеспечивают полноценное развитие и функционирование человеческого организма. Основными природными источниками йода для человека являются продукты растительного и животного происхождения, питьевая вода, воздух. Недостаток йода в почве приводит к снижению содержания этого микроэлемента в продуктах питания, производимых в этой местности, а потребляющие их люди страдают от йододефицита (ЙД).

Новейшие представления о роли йодного обеспечения в формировании здорового ребенка позволили специалистам пересмотреть прежние рекомендации (1996г.) по нормативам потребления йода. Потребность в йоде в пересчете на 1 кг массы тела в сутки значительно снижается с возрастом. У новорожденного она составляет 15 мкг/кг и уменьшается почти в 2 раза к концу 1-го года жизни. Для взрослого человека эта величина находится на уровне 2 мкг/кг. В качестве универсального высокоэффективного метода массовой йодной профилактики всеобщее йодирование пищевой поваренной соли рекомендовано ВОЗ, Минздравом РФ, РАМН.

К группам риска, требующим индивидуальной и групповой йодной профилактики относятся дети в возрасте до 2 лет, беременные и кормящие женщины. Назначение фармакологических препаратов, содержащих строго фиксированную дозу йодида калия, позволяет эффективно восполнять возросшие потребности организма в этом микроэлементе.

Адекватная йодная профилактика во время беременности и в период грудного вскармливания позволяет существенно снизить риск развития состояний, ассоциированных с дефицитом йода, в том числе уменьшить заболеваемость йододефицитными тиреопатиями, ликвидировать эндемический кретинизм, улучшить интеллектуальные способности детей и в перспективе повлиять на социальное развитие населения в целом.

**Суточная потребность в йоде:** зависит от возраста и физиологического состояния человека и составляет:

- 90 мкг – для детей до 5 лет;
- 120 мкг – для детей с 5 до 12 лет;
- 150 мкг – для детей с 12 лет и взрослых;
- 250 мкг – для беременных и кормящих женщин.



**ООО Издательство «Лань»**

192029, Санкт-Петербург, Общественный переулок, 5  
Тел.: (812) 336-25-09, 412-92-72  
www.lanbook.com, e-mail: lan@lanbook.ru  
ИНН: 7801068765, КПП: 780101001  
Расчетный счет: № 40702810436060003981  
Филиал № 7806 ВТБ 24 (ЗАО) г. Санкт-Петербург  
БИК: № 044030811, Корр. счет: № 30101810300000000811



*Жирков А. М., Подопригора Г. М., Цуцунава М. Р.*  
**ЗДОРОВЫЙ ЧЕЛОВЕК И ЕГО ОКРУЖЕНИЕ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД.**  
Учебное пособие. 1-е изд.

ISBN 978-5-8114-1978-4

Год выпуска 2015

## КОРРЕКЦИЯ ПИТАНИЯ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

В соответствии с последними рекомендациями, утвержденными ВОЗ и МСКЙДЗ, содержание йода в смесях для доношенных детей должно составлять 100 мкг на литр, а для недоношенных 200 мкг на литр. При выборе смеси родителям необходимо ориентироваться на сбалансированность ее состава по всем основным ингредиентам (белки, жиры, углеводы), витаминам, иным микроэлементам. Содержание йода обычно указывается на упаковке с заменителем грудного молока (в 100 г сухой смеси или в 100 мл готовой). Чтобы суточная доза вводимого со смесью йода соответствовала профилактической, его содержание в 100 мл готовой смеси должно составлять не менее 10 мкг, а в 100 г сухой – не менее 80 мкг.

Альтернативно можно использовать препараты йодида калия (из расчета потребности доношенного новорожденного 15 мкг йода на 1 кг массы тела в сутки, а у недоношенных детей – 30 мкг на 1 кг массы тела в сутки), которые растворяют в молочных смесях или добавляют в продукты докорма. Для восполнения дефицита йода у детей в возрасте от 1 года до 2 лет используют физиологические дозы йода 90 мкг/сут в составе таблетированных препаратов йодида калия.

## ПРОФИЛАКТИКА ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У ПОДРОСТКОВ

На более поздних этапах развития ребенка и особенно в подростковый период в условиях йодного дефицита могут закладываться основы для формирования структурных изменений ЩЖ. При отсутствии популяционных профилактических программ предпочтительным методом профилактики эндемического зоба у подростков специалисты считают назначение препаратов йодида калия или поливитаминов, содержащих физиологические дозы йода. ВОЗ, а также организациями здравоохранения в Австралии, Великобритании, Германии, Австрии, Швейцарии детям старше 12 лет и подросткам рекомендуются такие же дозы йода, как и взрослым, – 150 мкг/сут. Препараты йодида калия рекомендованы и для лечения уже сформированного ДЭЗ у детей и подростков.

*Источник: Клиническая и экспериментальная тиреология*

## О ВЕГЕТАРИАНСТВЕ

### ПОЛЬЗА ВЕГЕТАРИАНСТВА:

- ✓ В рационе содержится значительное количество растительных волокон, которые способствуют выведению из кишечного тракта токсинов и вредных веществ, дают своевременное чувство насыщенности

### ОПАСНОСТЬ И ВРЕД ВЕГЕТАРИАНСТВА:

- ✓ Недостаточное присутствие в организме ряда аминокислот, которые особенно необходимы для роста и полноценного развития детей

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Овощи и фрукты содержат значительное количество калия и магния. В них преобладают щелочные эквиваленты, которые способствуют защите организма от болезней</li> <li>✓ Фрукты и овощи – основные поставщики витаминов (Р и С, бета-каротин, фолаты) и противораковых терпеноидов</li> <li>✓ В растительных продуктах отсутствует холестерин, а некоторые из них обладают способностью снижать его содержание в крови</li> <li>✓ Организм становится менее подверженным заболеваниям сердечно-сосудистой системы, рака, атеросклероза.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Отсутствие в пище растительного происхождения витамина В12, который непосредственно участвует в процессе кроветворения, нехватка витамина D</li> <li>✓ Вследствие отказа от молока и молочных продуктов организм испытывает нехватку витамина В2</li> <li>✓ При преимущественном зерновом рационе недостаток витамина С</li> </ul>
---	---

*Источник: Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150)*

## ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ НАПИТКИ

Энергетически напитки созданы с целью дать потребителю дополнительную энергию. Этому способствует содержащийся в напитках кофеин, растительные экстракты (гуарана, женьшень), витамины группы В, аминокислоты (таурин), производные аминокислот, производные сахаров (глюкокарнолактон, рибоза). Энергетические напитки обычно содержат от 80 до 141 мг кофеина в 250 мл напитка, эквивалентной 5 граммам кофе или двум 350 мл банкам напитков, содержащих кофеин (например Coca-Cola, Pepsi Cola, Mountain Dew, Dr. Pepper)

Энергетические напитки содержат сахар или сахарозаменитель. Основной составляющей энергетических напитков, вызывающих эти эффекты, является кофеин. Даже в низких дозах (12,5 – 100 мг) кофеин способен улучшать настроение и когнитивные функции. Однако, наряду с положительными эффектами, кофеин оказывает и пагубное влияние на организм. Было показано, что кофеин (а не таурин) вызывает повышение диуреза и натрийуреза. Большое потребление кофеина снижает чувствительность к инсулину, повышает артериальное давление. Потребление высоких доз кофеина приводит к возникновению хронических головных болей, особенно у молодых женщин (в возрасте <40 лет) и у лиц, страдающих частыми эпизодами головных болей в течение последних 2 лет. Также наблюдается

**Энергетические напитки обычно содержат от 80 до 141 мг кофеина в 250 мл напитка, эквивалентной 5 граммам кофе или двум 350 мл банкам напитков, содержащих кофеин.**

возникновение нарушений в центральной нервной системе, сердечно-сосудистой системе, пищеварительной и выделительной системах.

Новое исследование показало, что индивидуумы, которые часто употребляют энергетические

напитки (52 или более раз в год), были в статистически значимом более высоком риске появления алкогольной зависимости или частого употребления крепких напитков.

*Источник: Здоровье и образование в XXI веке*

# Избыток марганца может быть опасен для здоровья

Марганец является биогенным элементом и одним из десяти металлов жизни, необходимых для нормального протекания процессов в живых организмах. Несмотря на это избыток марганца может быть опасен для здоровья. Токсическая доза для человека составляет 40 мг марганца в день. Летальная доза перманганата калия для взрослых при приеме внутрь 0,3–0,5 г/кг. Отравление марганцем возможно при поступлении его в организм в виде пыли через дыхательные пути и пищеварительный тракт, либо в виде примеси наркотических средств. Обычно наблюдаются хронические отравления. Появляются общая слабость, вегетативная лабильность, потливость, быстрая утомляемость, сонливость. При длительно продолжающейся интоксикации развивается клиническая картина «марганцевого паркинсонизма» (дрожание).

*Источник: Успехи современного естествознания*

## АЛКОГОЛИЗМ И ОНКОЛОГИЯ

При встрече со стрессом одинаковой силы человек избирает один и тот же копинговый стиль\* и редко меняет его в течение жизни. Пациенты, злоупотребляющие алкоголем до обнаружения раковой опухоли, нередко продолжают употреблять его во время лечения и после него (34–57% пациентов продолжают употреблять алкоголь после установления диагноза "рак").

\*Копинг-стратегия подразумевает разные виды активности человека, направленные на преодоление стрессорного воздействия. В отличие от защитных реакций, которые не осознаваемы и направлены на устранение психологического дискомфорта, копинг-поведение может быть произвольным и выражается в активном преобразовании стрессовой ситуации, эмоциональной, когнитивной или смысловой сферы субъекта.

Алкоголизм негативно влияет на результаты лечения рака. Во время и после хирургического вмешательства и/или лучевой терапии у пациентов, которые продолжали употребление алкоголя, установлен более высокий риск осложнений, рецидива рака, выживаемость также была заметно ниже. Алкоголизм до установления диагноза рака связан с повышенным риском смерти в течение 5 лет после этого. Рецидив рака верхних дыхательных путей после лечения первичной опухоли связан с длительностью и тяжестью алкоголизма у пациента до установления диагноза. Как показали исследования, риск возникновения второй первичной опухоли был на 50% выше у пациентов, которые продолжали употреблять более 14 порций алкоголя в неделю после первичного лечения даже с учетом поправки на статус курения.

После учета влияния возраста при установлении диагноза и стадии рака употребление алкоголя оказалось независимым предиктором развития второй первичной опухоли. В европейском исследовании у 876 пациентов мужского пола с раком гортани и гортаноглотки, продолжавших употреблять алкоголь, риск развития второй первичной опухоли возрастал более чем в 3 раза.

*Источник: Российский медицинский журнал*

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ (ОБЗОР)



Сахарный диабет (СД) – тяжелое хроническое прогрессирующее заболевание, которое требует медицинской помощи на протяжении всей жизни больного и является одной из главных причин преждевременной смертности. По данным ВОЗ, каждые 10 секунд в мире умирает 1 больной сахарным диабетом, то есть ежегодно умирает около 4 миллионов больных – больше, чем от СПИДа и гепатита. По прогнозам ВОЗ в РФ к 2025 году количество больных СД вырастет с 2,59 до 4,51 млн. чел.

*Матренцева А.В.,  
Ццунава М.Р.*

Определенная роль в предотвращении и решении проблем пациентов с диабетической стопой принадлежит диабетической медицинской сестре. Изучается ли сегодня работа медицинской сестры? Для оценки степени изученности вопроса относительно эффективности работы диабетической медицинской сестры был проведен литературный обзор. Источником послужили научные статьи электронной базы Киберленинка. Поиск литературы производился за период 2009-2015гг. Поиск осу-

ществлялся по таким ключевым словам как: роль медсестры, сахарный диабет, синдром диабетической стопы (СДС), профилактика, подиатрия, сестринский уход. В результате поиска было найдено 35 работ, однако, в данную работу вошел анализ пяти статей, наиболее соответствующих установленным критериям отбора.

Первая работа [4] посвящена информированности больных с сахарным диабетом (СД) о своем заболевании, наличии у них компенсации обменных процессов, осложнений. Обосновывая актуальность, автор пишет, что более половины пациентов с СД не достигают удовлетворительной компенсации заболевания, хорошего самочувствия и высокого качества жизни, несмотря на доступность эффективных методов терапии и контроля, и что в свою очередь, хроническая гипергликемия, отсутствие контроля у пациентов способствует развитию и прогрессированию осложнений СД, которые в конечном итоге и определяют их судьбу.

В исследовании автор использовала метод анкетирования. Объектами исследования стали 100 больных, находившихся в эндокринологическом отделении в возрасте от 19 до 78 лет, 27 человек с СД 1 типа, 73 с СД 2 типа, со стажем заболевания 15 лет +11. Результаты исследования позволили автору заключить, что система обучения больных СД развита недостаточно, особое внимание следует уделять пожилым больным и пациентам до 20 лет; подтверждено, что развитие осложнений коррелирует со стажем заболевания и компенсацией СД; существует зависимость компенсации

---

Матренцева А.В., медицинская сестра  
Ццунава М.Р., BSc, MS, преподаватель

углеводного обмена и развития осложнений от информированности больного о заболевании.

**Следующая работа [1]** посвящена физическим возможностям пациентов в отдалённом периоде хирургического лечения осложнённых форм синдрома диабетической стопы (СДС). Авторы считают проблему актуальной, так как отдаленные результаты лечения пациентов с СДС остаются неудовлетворительными. Перенесенные операции на стопах, наличие незаживших язв снижают физические возможности пациентов и ограничивают возможность самообслуживания. Вместе с этим, при своевременном протезировании, реабилитации, наличии вспомогательных средств, возможно комфортное существование пациентов после ампутаций нижних конечностей.

В исследовании авторы использовали метод анкетирования на нескольких этапах лечения больных. Выборку составили 200 пациентов, из которых были сформированы экспериментальная и контрольная группы. В контрольную группу вошли 84 человека с СД без СДС. В экспериментальную группу вошло 116 человек с осложненными формами СДС после хирургического лечения.

В результате исследования авторы пришли к следующим выводам:

1. Восстановление опороспособности нижней конечности в отдаленном периоде после хирургического лечения СДС в пределах стопы происходит не более чем у половины пациентов.
2. Показатели физических возможностей и самообслуживания пациентов после органосохраняющих операций по поводу СДС значимо не отличаются от таковых у пациентов без СДС.

Система профилактики ВБИ должна быть основана на активном эпидемиологическом наблюдении за ходом лечебно-диагностического процесса у госпитализированных пациентов. Это наблюдение позволяет своевременно получать оперативную информацию о факторах риска развития ВБИ у пациентов и медицинских работников (МР), выявлять случаи развития инфекционной патологии в ходе оказания медицинской помощи (МП) и проводить мероприятия, направленные на предупреждение инфицирования людей в лечебно-профилактических учреждениях. Одним из таких инструментов может быть внедрение в практическую деятельность электронной медицинской карты (далее – ЭМК)

По положениям санитарно-эпидемиологических требований к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность (СанПиН 2.1.3.2630-10), в них должен проводиться эпидемиологический надзор за ВБИ, в том числе за ведущими формами внутрибольничных гнойно-септических инфекций (ВГСИ): в области хирургического вмешательства (ИОХВ); кровотока (ИКР); нижних дыхательных путей (ИНДП) и мочевыводящих путей (ИМВП). Имеющиеся данные позволяют констатировать в целом недостаточный уровень активного эпидемиологического наблюдения за лечением пациентов в ЛПУ Санкт-Петербурга. Последнее очевидно обусловлено отсутствием методологии оперативного получения информации о состоянии эпидемического процесса ВБИ в МО, необходимой для проведения целенаправленных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Одним из таких инструментов может быть внедрение в практическую деятельность ЭМК. В ней сосредоточена электронная база персональных медицинских записей, относящихся к пациенту, которые хранятся и используются в одном ЛПУ. Правила сбора и использования ЭМК, а также возможности доступа к ней должны регламентироваться администрацией МО на основе национального стандарта ГОСТ Р 52636 2006 «Электронная история болезни. Общие положения», а также в соответствии с требованиями законодательства и нормативными документами Российской Федерации.



3. Более 1/2 пациентов после высоких ампутаций и 2/3 после операций в пределах стопы сохраняют возможность выполнения простых действий в пределах дома.
4. На возможность выполнения физических действий в пределах дома влияет длительность СД, наличие недостаточности кровообращения, снижение зрения, а также избыточная масса тела пациентов.

**Шапкин Ю.Г. и соавт. [6]** изучили факторы, которые влияют на ухудшение прогноза лечения больных с СДС. Актуальность вопроса обоснована тем, что даже при успешном лечении у 50-60% лиц с гнойно-воспалительными поражениями стоп на фоне СД в течение 3-5 лет развиваются рецидивы заболевания с переходом в некротические поражения конечностей.

Был выполнен ретроспективный анализ 130 историй болезни пациентов в возрасте от 54 до 83 лет, находившихся на стационарном лечении. Результаты исследования привели автора к заключению, что у пациентов имеется ряд однотипных тенденций:

- позднее обращение за медицинской помощью, которое обусловлено низкой осведомленностью населения о диабете;
- декомпенсация СД на фоне самолечения или неэффективной терапии;
- неадекватность первичных оперативных вмешательств с высоким риском развития послеоперационных осложнений;
- наличие сопутствующей патологии и других хронических осложнений СД.

**Кисляков В.А. [3]** изучил качество жизни больных в ближайшем и отдалённом послеоперационном периодах после лечения рецидивов деструктивных поражений синдрома диабетической стопы. Методом исследования автор выбрал анализ историй болезней и опросник SF-36 для изучения КЖ. Всего автор исследовал 150 пациентов. Результаты анализа данных позволили автору сделать вывод, что комплексное органосохраняющее лечение в 2-4 раза повысило разные показатели КЖ пациентов в ближайшем и отдалённом послеоперационном периодах.

**Попов К.М. и соавт. [4]** изучили распространённость СДС в ЗАТО Северск. В исследовании приняло участие 396 пациентов. В качестве метода сбора данных был выбран анализ проведённых осмотров (исследование неврологического статуса) и анализ историй болезней пациентов. Результаты проведённых исследований позволили автору заключить, что 8,3% больных сахарным диабетом страдают язвенными дефектами нижних конечностей. У каждого третьего пациента

#### *Литература*

1. Грачёва Т.В., Мкртумян А.М. Физические возможности пациентов в отдалённом периоде хирургического лечения осложнённых форм синдрома диабетической стопы // Сахарный диабет. - 2011. - №3
2. Дедов И.И. Сахарный диабет: развитие технологий в диагностике, лечении и профилактике (пленарная лекция). Москва, 3.2010
3. Кисляков В.А. Качество жизни больных - интегральный показатель лечения рецидивов деструктивных поражений синдрома диабетической стопы // Здоровье - основа человеческого потенциала-проблемы и пути их решения. - 2013. - №1(8)
4. Попов К.М. и соавт. Распространённость синдрома диабетической стопы в ЗАТО Северск // Сибирский медицинский журнал. - 2011. - №4. -2 (26)
5. Чернова А.А. Информированность больного сахарным диабетом и развитие осложнений диабета // Бюллетень медицинских интернет-конференций: электронный научный журнал. - 2012. - №2 (2).
6. Шапкин Ю.Г. и соавт. Результаты лечения больных с синдромом диабетической стопы // Альманах клинической медицины. -2013. - № 28

отмечается высокий риск развития язвенного дефекта в будущем; 72% больных с синдромом диабетической стопы находятся на инвалидности. 61% из них имеет инвалидность по сопутствующим заболеваниям, отягчающим лечение сахарного диабета.

Таким образом, на сегодняшний день специалисты, интересующиеся состоянием дел в области СД, поднимают и изучают такие вопросы как физические возможности пациентов в отдалённом периоде хирургического лечения, информированность пациентов с СД о своём заболевании, качество жизни пациентов в ближайший и отдалённый послеоперационный период, факторы, которые влияют на ухудшение прогноза лечения больных с СДС и распространённость СДС. Однако роль специалиста – диабетической медсестры, призванной взять на себя решение всех выше перечисленных задач, и оценка эффективности его работы в профилактике и решении проблем пациентов с ДС остается вне поля зрения исследователей.

## **Правила оформления статей**

Представляемые для публикации статьи должны соответствовать тематике журнала и вносить вклад в развитие профессионального образования и практики специалистов здравоохранения - медицинских сестер, лаборантов, фельдшеров, акушеров.

Рукописи пересылаются в редакцию в электронном виде на адрес редакции: [mediteka21@mediteka.ru](mailto:mediteka21@mediteka.ru)

Статья должна быть выполнена в редакторе Microsoft Word 2007 или XP (шрифт Arial кегль 12 через 1 интервал с полями (2x2x2x2)).

### **Объем**

Объем обзора литературы или лекции не должен превышать 5 стр., проблемной статьи – 4 стр., оригинального научного исследования – 4 стр., случая из практики – 2-3 стр. Количество страниц указано с учетом списка использованной литературы.

### **Оформление и структура**

Рукописи должны иметь следующие разделы: название прописными буквами, инициалы и фамилия авторов, контактные данные, учреждение, которое они представляют, реферат (не более 200 слов), отражающий основные положения статьи. Далее следует основной текст рукописи.

Основной текст оригинальных научных исследований должен включать следующие разделы: 1) введение или актуальность; 2) литературный обзор по теме; 3) методы исследования; 4) результаты и их обсуждение; 5) выводы или заключение; 6) список литературы.

В оригинальных научных исследованиях рекомендуется приводить таблицы, рисунки и схемы только при обоснованной необходимости. Количество таблиц, рисунков, схем должно быть не более 2.

Список литературы. Библиографические описания источников располагают в порядке упоминания их в тексте статьи и нумеруют арабскими цифрами. Ссылки на цитируемые работы в тексте дают в виде порядковых номеров, заключенных в квадратные скобки.

Редакция организует рецензирование, научное и литературное редактирование рукописей статей.

---

## КАК ЧИТАТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ЛИТЕРАТУРУ

---

Не все научные статьи качественны и одинаково важны для принятия клинического решения. Польза от исследования определяется по ряду критериев, с одной стороны, его научной обоснованностью, признаваемой вдумчивыми беспристрастными специалистами, а с другой стороны, связью с проблемами, стоящими перед медработниками и пациентами.

Медработник должен составить четкое представление о том, что именно он хочет извлечь из профессиональной литературы, затем выяснить, существует ли такая информация и соответствует ли она стандартам научной обоснованности.

При систематическом изучении литературы первая задача состоит в том, чтобы найти полезные статьи. Для отбора статей, относящихся к теме поиска, рекомендуется разработать критерии сортировки заголовков. Наиболее часто применяются следующие критерии:

- ✓ Обозначен ли в заголовке статьи конкретный клинический вопрос;
- ✓ Представляет ли статья оригинальное исследование или вторичную информацию (точку зрения);
- ✓ Основано ли исследование на надежных методах.

Статьи можно исключить из поиска путем изучения полного заголовка. На последнем этапе этой работы просматриваются тексты отработанных статей, чтобы отсеять те из них, которые не соответствуют окончательным критериям.

После выявления статей, следующая задача состоит в том, чтобы оценить качество представленных в них данных. Следует учитывать оптимальные методы исследований применительно к разным вопросам исследования.

Современное состояние знаний по интересующей проблеме обычно определяется по результатам всех относящихся к делу исследований, а не по данным какой-либо одной публикации. До недавнего времени обычный путь решения этого вопроса заключался в формировании некоего суждения без применения формальных правил оценки вклада индивидуальных исследований. Оценки такого типа часто принимают форму традиционной (повествовательной) обзорной статьи, подготовленной специалистом в соответствующей области или группой экспертов, представляющих разные взгляды на проблему. Сейчас при обобщении публикаций применяются формализованные методы. Процесс обобщения исследований по определенному вопросу с использованием формализованных методов называется мета-анализом, буквально - анализом анализов, или синтезом информации. Такой подход особенно полезен, когда рассматривается один конкретный вопрос и существует по крайней мере несколько относительно надежных исследований с разными выводами.

Существует три основных этапа выполнения мета-анализа. Первый – выявление из всех имеющихся по теме статей наиболее надежных. Второй - оценка соответствия каждой статьи заранее установленным критериям. В некоторых мета-анализах при такой оценке выводится общий показатель качества исследований; в других случаях качественные характеристики исследований, такие как метод исследования, количество пациентов, источник выборки, способ сбора данных — оцениваются отдельно.

*Источник: Сибирский медицинский журнал*

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

2016, № 6

---

Подписано в печать 22.02.2016. Формат 60 x 84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная.  
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 1000 экз. Заказ № 6245

---

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