июль-август 2016, № 9

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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

ISSN 2413-6271

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 гериатрии, геронтологии и сестринского дела СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова

Цуцунава М.Р., BSc, MS, преподаватель, выпускающий редактор

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

Открыта подписка на II полугодие 2016 г. (через редакцию)
Стоимость подписки (№№ 9-11) – 555 руб.

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
Стоимость подписки – 1100 руб.

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЖУРНАЛ ПРОХОДИТ ПРОЦЕДУРУ ПЕРЕРЕГИСТРАЦИИ В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ

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

ISSN 2413-6271
июль-август 2016, № 9

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВНОЕ СОБЫТИЕ

Об аккредитации медицинского работника 4

ПЕРЕЗАГРУЗКА

Морозова А.В. Осторожно, грипп! 8

Грипп и беременность.....11

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ

Качество общения – детерминанта успешности излечения 16

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ

Правосознание медработника 22

КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Теория о боли перешагнула юбилейную черту 28

Особенности болевого синдрома у детей младшего возраста 30

Оценка боли у пожилых пациентов 32

Дисфагия.....34

«ПОД МЕДИЦИНУ ЗАЛОЖЕНА БОМБА АККРЕДИТАЦИИ...» «МЕДИКИ ПОЙДУТ ПО ЭТАПАМ...» «РИСКИ ПЕРЕХОДА К АККРЕДИТАЦИИ ВРАЧЕЙ...» Именно такими заголовками пытаются привлечь внимание и без того встревоженных специалистов перед лицом неизбежного пока непонятного новшества авторы статей на одну из самых злободневных тем сегодняшнего дня – аккредитация медицинского работника.

Введение с 1 января 2016 года обязательной аккредитации медработников предусмотрено принятым еще в 2011 году законом "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". По нему, осуществлять медицинскую деятельность смогут только лица, получившие медицинское или иное образование в РФ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

ЧТО ТАКОЕ «АККРЕДИТАЦИЯ»?

Согласно статье 69 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 с изменениями от 2015 года, под аккредитацией понимается «*процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности*».

ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕН ПЕРЕХОД НА СИСТЕМУ АККРЕДИТАЦИИ?

Уже на протяжении нескольких лет базовое дипломное образование в Российской Федерации строится по болонской системе. Медицина отказалась от промежуточного этапа бакалавриата и сразу готовит врачей-специалистов. Вместе с тем, общие подходы базируются именно на европейских принципах образования, отсюда и реализация ст. 69 закона № 323 относительно аккредитации, то есть вводится новое понятие «непрерывного медицинского образования» (НМО). Нововведение создаст "*качественно новую, объективную и гибкую процедуру оценки знаний, навыков и умений медработников*".

В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ГЛАВНОЕ ОТЛИЧИЕ АККРЕДИТАЦИИ ОТ СЕРТИФИКАЦИИ?

Сегодня сертификат вручается после обучения врачу-специалисту, прошедшему испытание в виде сертификационного экзамена. Сертификат действует на всей территории России в течение пяти лет. Допуском к получению сертификата через экзамен являются сертификационные образовательные циклы постдипломного образования, в этом случае в течение пяти лет специалист по сути не обязан учиться.

Система аккредитации означает непрерывность образовательного процесса. Теперь врачам придется ежегодно, а не раз в пять лет, как было до этого, набирать дробными частями определенное количество постдипломных часов, которые по европейской модели будут называться «кредитами». Тем врачам, у кого сертификат заканчивается в 2016 году, придется не только переподтверждать свой сертификат на пять лет, но сразу же, с первого, (то есть с 2017-го) вступить в свой персональный пятилетний цикл аккредитационного процесса. Другими словами, специалист будет первые пять лет работать на основании нового сертификата, но при этом он ежегодно должен будет набирать себе кредиты для будущего аккредитационного процесса в 2021 г.(2017-2021). Как следует из разъяснений главы Минздрава **Вероники Скворцовой**, от нынешней системы сертификации аккредитация отличается тем, что каждый врач, овладев клиническими протоколами лечения, получит перечень личных допусков к конкретным видам медпомощи.

КОГО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ КОСНЕТСЯ ДАННОЕ НОВОВВЕДЕНИЕ И КАКОВА БУДЕТ ПРОЦЕДУРА АККРЕДИТАЦИИ?

Министерство здравоохранения РФ различает первичную аккредитацию и аккредитацию уже практикующих специалистов. Первичной аккредитации в 2016 году будут подвергнуты все выпускники медицинских факультетов. Таким образом, они получат первичную аккредитацию и сразу же вступят в пятилетний аккредитационный процесс и каждый год должны будут набирать себе по 50 часов постдипломного образования. По истечении пяти лет аккредитационного процесса врач будет проходить двух или трехэтапную процедуру аккредитации, которая будет складываться из: 1) защиты портфолио, – отчета о своей медицинской деятельности (клинические случаи), 2) тестирования (теория). Для тех, кто добросовестно не занимался подготовкой к аккредитации, скорее всего будет предложен третий этап испытания в качестве сдачи симуляционных навыков, – практической демонстрации на фантомах.

ЧТО БУДЕТ ПРЕДСТАВЛЯТЬ СОБОЙ ДОКУМЕНТ О ПРОЙДЕННОЙ АККРЕДИТАЦИИ?

См. Приказ Минздрава России от 06.06.2016 № 352н «Об утверждении порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста, формы свидетельства об аккредитации специалиста и технических требований к нему» (Зарегистрировано в Минюсте России 04.07.2015 № 42742).

НЕИЗБЕЖНЫ ЛИ ПРИ ПЕРЕХОДЕ НА НОВУЮ СИСТЕМУ ТРУДНОСТИ ФИНАНСОВОГО И КАДРОВОГО ХАРАКТЕРА В ПРИНЦИПЕ?

Для физических лиц да. Система предполагает, что каждый врач, ежегодно участвующий в аккредитационном процессе, должен будет вести постоянный диалог с Министерством здравоохранения в своем личном кабинете на специальном портале **sovetnmo.ru**. Есть врачи, которые отстали от современных средств коммуникации и не владеют электронными инструментами, в том числе Интернетом. Поскольку требования будут предъявляться ко всем одинаковые, то ответственность за образование своих сотрудников в значительной степени будет разделена с работодателем, которому придется вкладывать финансовые средства непосредственно в процесс непрерывного аккредитационного образования своих сотрудников. В случае, если его врачам, которые не справятся с прохождением итогового пятилетнего тестирования

и защиты профессионального отчета(портфолио), будет предложено пройти третий этап – симуляционный экзамен, на базе одного из региональных центров. При этом работодателю придется платить за командирование своего сотрудника, а в случае, если врач не сдаст навыки на фантоме, то такой специалист вообще может остаться без допуска к медицинской деятельности.

ЧТО ОЖИДАЕТ ТЕХ, КТО НЕ БУДЕТ ДРОБНО НАБИРАТЬ ЕЖЕГОДНО НЕОБХОДИМОЕ КОЛИЧЕСТВО КРЕДИТОВ В АККРЕДИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ?

В соответствии со ст. 73 закона, совершенствование профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам образовательных и научных организациях является обязанностью медицинских и фармацевтических работников.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской деятельностью и фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

КТО БУДЕТ ПРОВОДИТЬ АККРЕДИТАЦИЮ?

Изначально аккредитацию предполагалось провести силами профессиональных общественных организаций. Такой путь, в частности, предлагала Национальная медицинская палата Леонида Рошаля. Однако в конце прошлого года это право было решено передать медицинским вузам — при ведущей роли Национального центра аккредитации, создаваемого при Первом Московском государственного медицинском университете (МГМУ) им. И. М. Сеченова. Один из аргументов в пользу такого выбора — финансовый. Для запуска системы аккредитации силами медвузов понадобится 2 млрд руб., при участии общественных организаций — в шесть раз больше.

Аккредитация специалиста проводится аккредитационной комиссией по окончании освоения им профессиональных образовательных программ медицинского образования или фармацевтического образования не реже одного раза в пять лет. Аккредитационная комиссия формируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти с участием профессиональных некоммерческих организаций.

КАКОВЫ СРОКИ ПЕРЕХОДА К ПРОЦЕДУРЕ АККРЕДИТАЦИИ?

Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 1 января 2016 года 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. О сроках перехода к процедуре аккредитации специалистов - Приказ Минздрава России от 25.02.2016 № 127н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов» (Зарегистрировано в Минюсте России 14.03.2016 № 41401).

СРОКИ И ЭТАПЫ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ, А ТАКЖЕ КАТЕГОРИИ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ МЕДИЦИНСКОЕ, ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ИЛИ ИНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ПОДЛЕЖАЩИХ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Этап	Срок	Категория лиц

1	2	3
Первый этап	с 1 января 2016 года	лица, получившие после 1 января 2016 года высшее образование по основным образовательным программам в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами по специальностям "Стоматология" и "Фармация"
Второй этап	с 1 января 2017 года	лица, получившие после 1 января 2017 года высшее образование по основным образовательным программам в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами в области образования "Здравоохранение и медицинские науки" (уровень специалитета)
Третий этап	с 1 января 2018 года	лица, получившие после 1 января 2018 года высшее образование по основным образовательным программам в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами в области образования "Здравоохранение и медицинские науки" (уровень ординатуры) лица, получившие после 1 января 2018 года высшее образование по основным образовательным программам в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами в области образования "Здравоохранение и медицинские науки" (уровень бакалавриата, уровень магистратуры) лица, получившие после 1 января 2018 года среднее профессиональное образование в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами в области образования "Здравоохранение и медицинские науки" лица, получившие после 1 января 2018 года дополнительное профессиональное образование по программам профессиональной переподготовки лица, получившие после 1 января 2018 года медицинское и фармацевтическое образование в иностранных государствах лица, получившие после 1 января 2018 года иное высшее образование по основным образовательным программам в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами
Четвертый этап	с 1 января 2021 года	иные лица, не прошедшие процедуру аккредитации специалистов на этапах 1 - 3

КАКОЙ ДОКУМЕНТ РЕГЛАМЕНТИРУЕТ ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ АККРЕДИТАЦИИ?

Приказ Минздрава России от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» (Зарегистрировано в Минюсте России 16.06.2016 «42550)

10-11 ноября в БЦ «Нептун» состоится научно-практическая конференция **«Инновации в здравоохранении: научный, технический, интеллектуальный, кадровый потенциал профессии».** Заявки на участие и тезисы докладов принимаются до 23 сентября.
Организаторы: кафедра геронтологии, гериатрии и сестринского дела СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова и ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ САНКТ- ПЕТЕРБУРГА».
Доп.информация – по тел.**89522084797**

ОСТОРОЖНО, ГРИПП!

Морозова А. В.,
Ст. медсестра детского поликлинического отделения №5
СПб ГБУЗ "Городская поликлиника №3"
Председатель секции «Детство и неонатология» ПРОО МРС
электронный адрес a.morozova.dpo5@mail.ru

Среди регистрируемых в России ежегодно около 50 млн. случаев инфекционных заболеваний на долю гриппа и других острых респираторных инфекций приходится до 80-90%. Частота гриппа у детей выше заболеваемости взрослых в 3-4 раза. Кроме того, детям принадлежит основная роль в распространении гриппозной инфекции. Единственным научно обоснованным методом борьбы с гриппом является специфическая вакцинопрофилактика. До сих пор в обществе остается настороженное отношение к вакцинопрофилактике, зачастую отказы родителей от прививки обусловлены недоверием, отсутствием информации о важности вакцинации.

«Осторожно, грипп!» Такие предупреждения мы начинаем слышать уже с середины августа. Конечно, еще тепло, и ярко светит летнее солнце, но именно сейчас мы должны позаботиться о себе и наших близких, не дожидаясь подъёма заболевания. Как мы должны защитить себя и наших детей от гриппа?

Да, есть много всяких профилактических средств - это различные противовирусные средства, витаминизация, промывания носа и горла различными медикаментозными средствами и т.д. Но самое основное средство - это вакцинация против гриппа, которая признана самым эффективным средством профилактики гриппа, это - единственный реальный способ уберечься от этой инфекции привитому человеку и возможность создания коллективного иммунитета.

Уже много лет проводится вакцинация против гриппа. Современные противогриппозные вакцины в большинстве случаев прекрасно переносятся и обладают высокой профилактической эффективностью. Каждый год комитет экспертов ВОЗ публикует прогноз относительно того, какие антигенные варианты вируса гриппа будут циркулировать в ближайший сезон. Точность прогнозов составляет 96%. Но, к сожалению, не все родители понимают всей значимости этой прививки. Сейчас очень много противоречивых мнений по поводу прививок против гриппа и эта информация не объективна, так как

ЦИФРЫ

- Экономическое преимущество вакцинации: вакцинация позволяет снизить на 57% выплаты по больничным листам и потери на производстве, а также на 52% затраты на лечение ОРВИ, гриппа и их осложнений;
- Проведение массовой вакцинации детей позволяет не только защитить от инфекции, но и существенно снизить заболеваемость гриппом лиц старшего и пожилого возраста;
- Прививка не дает полной гарантии защищенности от гриппа, но уменьшает заболеваемость гриппом на 60%, а смертность на 70–80%.

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНАЦИИ

Несмотря на достаточно высокий уровень образованности – 70,9% человека имели высшее и 21,5% специальное образование, достаточно компетентными по проблеме гриппа считали себя 57,5% опрошенных. При этом хотели бы углубить знания об этой актуальной теме 52,3%, однако 20,9% из них полагают, что мероприятия по распространению информации среди населения организованы не на должном уровне.

Весьма поучительными, с точки зрения правильной организации гигиенического воспитания и обучения являются результаты изучения источников знаний о мерах профилактики гриппа. Лидирующие позиции (72,7%) занимают средства массовой информации (телевидение, радио, интернет), беседы с медицинскими работниками (40,1%), медицинская литература (32,6%), рассказы лиц, не имеющих медицинского образования (24,4%).

В целесообразности вакцинопрофилактики гриппа уверены 65,7% родителей. Причины отказа от иммунизации: отводы по медицинским показаниям (9,3%), боязнь последствий (7,6%), предположение о недостаточной изученности вакцины (5,2%).

Источник: Сибирское медицинское обозрение

подтверждается в основном непроверенными фактами, а только слухами, что вот сделали прививку и получили такие тяжёлые осложнения.

Это настораживает...

В исследовании «фатальных сосредоточений» V. Smil и соавт. утверждают, что, несмотря на частые стихийные бедствия, такие как цунами и землетрясения, в последующие 50 лет вероятность массовой гибели людей во всем мире от пандемического гриппа будет сопоставима с пандемией 1918 г. или даже превысит ее. В прошлом веке пандемия гриппа была описана трижды. За пандемией гриппа H1N1 (1918 г.) последовала пандемия вируса H2N2 в 1957 г. и H3N2 в 1968 г. Если ранее летальность во время пандемии H1N1 («испанки») составляла 1,5%, а в случаях пандемий гриппа 1957 и 1968 гг. — 0,5%, то в наши дни при пандемии гриппа H1N1 по предварительным данным она составляет 0,4%, т. е. мало чем отличается от более «ранних» инфекций.

Готовясь к прививочной кампании, я провела опрос среди родителей: «Как они относятся к прививке против гриппа». Многие мамы категорично отказывались от проведения вакцинации своих детей, не объясняя при этом, почему они приняли такое решение, просто не хочу делать «лишние» прививки. Другие ссылались на информацию о вреде прививки, полученную из сети интернета, от знакомых и друзей. А некоторые в полной уверенности утверждают, что спасутся медицинской маской и больше ничего делать не надо, ведь они закрыты от контакта с другими людьми, а значит - защищены. Такие родители не понимают, что негативное влияние бессменного ношения марлевых повязок способно усугубить грипп и дать серьезные осложнения. Маска затрудняет дыхание, давая большую нагрузку на легкие, и провоцирует возникновение пневмонии, как осложнения гриппа. А это, как мы знаем, способно привести к летальному исходу, особенно детей и лиц пожилого возраста. Более того - маска вообще не рассчитана на ношение

при физической нагрузке, например, ходьбе. При надетой маске у человека возникает гипоксия и форсированное дыхание, что приводит, соответственно, к гипервентиляции легких и ускорению проникновения вирусов. А мы зачастую видим, как мама и её малыш по всему городу бравирует в маске, не снимая её часами.

Сегодня призывы к отказу от вакцинации акцентированы главным образом на вероятности серьезных побочных явлений от прививок и используют искаженные представления об эпидемиологии, иммунологии, патогенезе инфекционных заболеваний. И мы, медицинские работники, сейчас должны проводить активную профилактическую работу, разъяснять родителям о пользе вакцинации, о том, что профилактика заболевания лучше, чем лечение. Итак, грипп - это очень серьезное заболевание, и это не банальная простуда, как многие считают и утверждают, что сами знают, как лечиться. Именно постгриппозные осложнения опасны особенно для детей и пожилых людей.

Что же такое грипп?

Грипп - это вирусное заболевание, которое передается воздушно-капельным путем. При этом вирусные частицы по воздуху переносятся от больного к здоровому человеку во время кашля или чихания. Во время разговора, кашля больной гриппом разбрызгивает мелкие частицы слюны, слизи, которая содержит большое количество вирусов гриппа. На короткий промежуток времени вокруг больного образуется зараженная зона с радиусом 2-3 метра. Размножение вирусов протекает с исключительно высокой скоростью: при попадании в верхние дыхательные пути здорового человек одной вирусной частицы уже через 8 часов количество инфекционного потомства достигает 10 тысяч, а к концу первых суток - более 10 миллионов. Эти расчеты объясняют столь короткий инфекционный период при гриппе 1-2 суток.

Одной из важнейших причин осложнений и смертности при гриппе является присоединение бактериальных инфекций. Так, при анализе 77 случаев летального исхода после гриппа A H1N1 в США в 2009 г. в 22 (29%) из них была отмечена бактериальная коинфекция, в том числе в 10 случаях вызванная Streptococcus pneumoniae. Анализ архивных отчетов по заболеваемости и летальности во время «испанки» также подтверждает неблагоприятную роль бактериальной коинфекции.

Как отличить грипп от простуды?

При гриппе, в отличие от простуды, резко повышается температура тела до 40 градусов, что может привести к судорогам у детей. Кашель и

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: СТУДЕНТЫ – О ВАКЦИНАЦИИ

– 61% студентов медицинского университета считают, что грипп – это опасное заболевание, 75% студентов IT–университета придерживаются того же мнения;

– Ношение масок считают эффективным 90% студентов с 1 группы (IT–университет) и 81,7% со 2 группы (медицинского университета);

– Негативное отношение к вакцинации от гриппа имеется у 80% студентов IT–университета и у 10% студентов медицинского университета, но в то же время;

– на вакцинацию против гриппа в этом году согласны 25% студентов со 2 группы, и 20% с 1;

13,3% студентов медицинского университета не смогли назвать причину отказа от вакцинации, ввиду их неосведомленности, среди студентов IT–университета этот показатель достиг 33,3%.

Источник: Вестник КазНМУ

насморк в первые дни отсутствуют, при простуде эти симптомы активизируются сразу. Сильная ломота и слабость во всем теле, при простуде мы чувствуем легкое недомогание. При первых симптомах гриппа следует незамедлительно вызывать врача, категорически запрещается заниматься самолечением, так как основная опасность при гриппе - это развитие постгриппозных осложнений, таких как бактериальная пневмония, бронхит, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, почек, воспаления мозговой оболочки (менингит).

Вопреки широко распространенному мнению о том, что грипп – это обычная болезнь, которой люди болеют каждый год и ничего страшного не происходит, печальная статистика 2015-2016 гг. говорит об обратном: в Санкт-Петербурге в эпидемии умерло 102 человека, из них - 2 беременные женщины и 1 ребенок. Все умершие не были привиты вакциной против гриппа. Неужели эти цифры не заставляют задуматься?

Родители должны понимать, что нет волшебного лекарства, «золотой таблетки». Если отсутствует специфический иммунитет, то какие бы современные и дорогие препараты вы ни давали малышу, при встрече с вирусом ваш ребёнок обязательно заболеет. Сейчас проходят профилактические осмотры в образовательных учреждениях, и прививочная кампания уже начинает активно действовать. Зачем рисковать, если можно защититься?

Что дает вакцинация?

Это специфическая профилактика против гриппа. Она предотвращает возможную болезнь или облегчает ее течение, являясь самым эффективным средством защиты против инфекционных болезней взрослых и детей. Защитный эффект после вакцинации как правило наступает через 8-12 дней и сохраняется около года. Вакцинация детей против гриппа включена в Национальный календарь профилактических прививок. Вакцинация против гриппа проводится с согласия пациента или его законного представителя.

Перед прививкой ребенка врач-педиатр проводит обязательный осмотр и дает допуск для проведения прививки. Все данные о проведение прививок вносятся в сертификат профилактических прививок. На сегодняшний день наукой доказана эффективность и безопасность современных вакцин против гриппа. Вакцины от гриппа разрешены к применению с 6-ти месячного возраста, а также беременным женщинам и кормящим матерям.

Особое внимание хочется уделить взрослым и детям, часто болеющим ОРЗ, страдающими хроническими заболеваниями, детям дошкольного и школьного возраста и лицам старше 60 лет, а также лицам по роду своей деятельности имеющих высокий риск заболевания гриппом: это медработники, работники образовательных учреждений и т.д.

Итак, стоит ли делать малышу прививку от гриппа или можно ограничиться другими мерами профилактики? Решать Вам. Но не спишите отказываться от прививок, посоветуйтесь с врачом и прислушайтесь к его рекомендациям. Помните - Ваше здоровье и здоровье детей - в Ваших руках.

ГРИПП И БЕРЕМЕННОСТЬ

По мере увеличения срока беременности нарастает восприимчивость к вирусу гриппа: женщины в последние месяцы беременности и перед родами менее устойчивы к любым, особенно вирусным, инфекциям, а потому более склонны к заболеванию гриппом. Кроме повышенной восприимчивости беременных к вирусу гриппа, у них чаще регистрируются тяжелые и осложненные формы инфекции.

Под влиянием гриппозной инфекции резко снижается сопротивляемость организма беременной, нарушаются функции эндокринной и иммунной систем, что способствует активации латентных заболеваний. Еще одна причина тяжелого течения гриппа при беременности связана с высокой потребностью в кислороде организма матери и плода. Поглощение кислорода усиливается во II и III триместрах беременности. Растущий

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: ОПРОС ШКОЛЬНИКОВ О ГРИППЕ

36,67% мальчиков и 36,25% девочек справедливо утверждают, что закаливание организма является эффективной мерой профилактики простудных заболеваний, в т.ч. гриппа и ОРВИ. Еще 41,58% мальчиков и 46,48 % девочек как эффективную меру профилактики называют прием витаминов.

Из общего числа участников опроса 29,00% мальчиков и 39,23% девочек склонны осуществлять проветривание помещений для снижения риска заражения гриппом и ОРВИ. 28,57% мальчиков и 26,44% девочек высказываются в пользу инсоляции помещений как эффективной меры, снижающей риск распространения обсуждаемых инфекций.

Из общего числа участников опроса 31,56% мальчиков и 33,05% девочек обоснованно полагают, что использование отдельной посуды для члена семьи, у которого имеются симптомы респираторного заболевания, позволит снизить риск инфицирования других членов семьи, проживающих с больным в одной квартире.

Лишь 7,25% мальчиков и 10,02% девочек верят в эффективность карантина как профилактической меры, 8,53% мальчиков и 10,66% девочек — в эффективность использования защитных масок, 11,73 % мальчиков и 11,51% девочек — в эффективность вакцинации от гриппа.

Источник: Вестник Росздравнадзора

плод оказывает давление на диафрагму, что делает дыхательные движения затрудненными, особенно при физической нагрузке и движении; поэтому любое снижение функции легких сильно отражается на общем состоянии беременных женщин.

Более того, при беременности из-за высокой потребности в кислороде повышена чувствительность к гипоксии. В случае развития гипоксии наблюдается высокий уровень продукции деструктивных активных форм кислорода. Свободные радикалы кислорода понижают способность легких и плаценты к транспорту кислорода, а при развитии гриппа вызывают генерализованную провоспалительную реакцию. На этом фоне возможно развитие нарушений микроциркуляции и свертывания крови, что приводит к таким грозным осложнениям, как тромбоз легочной артерии. Инфекционно-токсические факторы гриппозной инфекции способствуют возникновению гиповитаминозов и гиперацидоза, что в совокупности с другими нарушениями приводит к различным осложнениям, вплоть до прерывания беременности и гибели плода.

Одним из серьезных осложнений гриппа является пневмония. Из-за снижения при беременности функций иммунной и дыхательной систем пневмония у беременных протекает тяжелее, чем у небеременных, и может закончиться летально. (Частота летальных исходов от гриппа, осложненного пневмонией, у матерей составляла 2,5%, а перинатальные потери – 8,3%).

Причинами прерывания беременности являются гиперацидоз, гриппозная токсемия, ведущие к капилляритам, васкулитам. Указывается и на прямое воздействие вируса гриппа на гладкую мускулатуру сосудов. При доношенной беременности у заболевших гриппом чаще наблюдались осложнения при родах, чем у беременных, не болевших гриппом.

Частота самопроизвольного прерывания беременности достигает 20–25% при осложненном течении гриппа, преждевременные роды возникают у 16,5% рожениц. Имеются сообщения о связи заболевания беременных женщин гриппом во II и III триместрах с дефектами головного или спинного мозга, расщеплением губы или неба или с аномалиями сердечно-сосудистой системы новорожденных. Авторы полагают, что эти врожденные уродства не связаны непосредственно с действием на плод вируса, скорее обусловлены повышением температуры тела при гриппозной инфекции, поскольку при применении лекарств, понижающих температуру, частота врожденных уродств у новорожденных снижалась. Другие авторы показали, что заболевание беременных женщин гриппом существенно повышало риск рождения детей с врожденными уродствами головного и спинного мозга, а также установили связь между гриппом у беременных женщин и частотой опухолей мозга или нейробластом у детей.

ВОЗ определила беременных в группы людей с обязательной вакцинацией против гриппа. По имеющимся данным, иммунизация беременных современными инактивированными вакцинами не опасна для плода и не вызывает каких-либо нежелательных явлений у женщин, в результате чего существенно снижается материнская, эмбриональная, младенческая заболеваемость и смертность, связанных с гриппом.

У младенцев от матерей с гриппозными пневмониями чаще развивались внутриутробная пневмония, церебральная ишемия, внутрижелудочковые кровоизлияния, судорожный и вегетовисцеральный синдромы, транзиторная дисфункция миокарда. У некоторого числа новорожденных, родившихся от женщин, больных гриппом, и инфицированных трансплацентарно, антител к вирусу гриппа не обнаружено, и увеличение титра не наблюдалось, т. е. обнаружено отсутствие иммунологического ответа, что свидетельствует об иммунологической толерантности. Это связывается с уничтожением у плода лимфоидных клеток к данному антигену.

Вследствие этого ребенок приобретает способность и после рождения не отвечать образованием антител на новую встречу с данным антигеном. Эпидемиологические наблюдения позволили установить возможную связь гриппа у женщин во II триместре беременности с заболеванием детей через ряд лет после рождения шизофренией, аутизмом и лейкемией изучение адаптации новорожденных и детей раннего возраста, инфицированных внутриутробно вирусом гриппа, показало, что 60% из них имели отклонения в физическом и умственном развитии. У многих детей наблюдались позднее прорезывание зубов, заикание, дефекты речи, эндокринные нарушения, кожно-аллергические заболевания, острые респираторные заболевания в периоде новорожденности, пневмония на фоне вирусной инфекции. относительно высокая заболеваемость и смертность детей в первые 3 года жизни связаны с нарушениями в системе иммуногенеза.

Грипп, перенесенный в ранние сроки беременности, не является медицинским показанием к прерыванию беременности, но женщины должны быть предупреждены о возможности высокого риска перинатальных осложнений. Тяжелое течение гриппа в I триместре нередко приводит к спонтанным абортам и несостоявшимся выкидышам. Акушерская тактика во II и III триместрах требует тщательного наблюдения ряда специалистов: инфекциониста, акушера-гинеколога, реаниматолога. По данным акушеров, прерывание беременности во II триместре и родоразрешение в разгар гриппа сопровождаются высокой частотой осложнений как со стороны матери, так и плода.

Для лечения гриппа у беременных в РФ разрешены озельтамивир, занамивир, арбидол в терапевтических дозах, гриппферон в каплях. Интерферон альфа-2b (виферон) в свечах может быть использован со II триместра. Основным методом профилактики гриппа является вакцинация, которая разрешена со II триместра беременности.

АРГУМЕНТЫ «ПРОТИВ»

Камнем преткновения для использования вакцины у беременных служит наличие производных ртути в препарате: в трехвалентной инактивированной вакцине (ТИВ) для многоразового использования содержится консервант, известный как вещество с высокой токсичностью — тиомерсал. Он подавляет рост бактерий и грибков, которые могут попасть в многодозовый флакон с вакциной при многократном его использовании; поэтому у беременных используют однодозовую ТИВ, которую выпускают только в однодозовых флаконах конкретным производителем. Она не содержит тиомерсал, поскольку такие флаконы не предназначены для повторного использования.[1] Как и у любой другой вакцины не исключается возможность появления побочных реакций, в том числе аллергических (отек Квинке), в редких случаях — развития поствакцинальных осложнений, обусловленных индивидуальными особенностями организма.

Специалисты рекомендуют избегать принудительного введения вакцины беременным женщинам; не рекомендовать вакцинацию:

- когда риск заболеть низок,
- при отсутствии подходящей формы препарата (вводить препарат беременным в виде назального спрея нельзя),
- небольшого срока беременности (применение вакцины на ранних сроках строго противопоказано).

Также необходимо уделять внимание выяснению наличия у пациентки реакций или осложнений на ранее проведенные прививки, непереносимости компонентов препарата (аллергии на белок куриного яйца), а также удостовериться в отсутствии острого лихорадочного синдрома.

РЕКОМЕНДАЦИИ БЕРЕМЕННЫМ

- ✓ Избегать мест скопления людей, тесного контакта с больными, у которых наблюдались насморк, кашель, температура, не находиться рядом с людьми с признаками респираторной инфекции.
- ✓ Обязательно регулярное проветривание помещения, сон при открытой форточке, исключение сквозняков.
- ✓ Неперегревание и неперевысушивание помещения, соблюдение в комнате температуры 20–22 °С, влажности – 50–75%, так как максимальная инактивация вируса гриппа происходит при влажности больше 50%.
- ✓ Влажная уборка помещения с использованием имеющихся в хозяйстве моющих средств, протирание дверных ручек 1 раз в сутки с помощью средств домашней дезинфекции также являются непреложным правилом в местах скопления людей использовать маску.
- ✓ Периодически, каждые 2–3 часа мыть лицо и руки с мылом, использовать одноразовые полотенца, протирать руки влажными салфетками, которые содержат в своем составе спирт, каждые 3–4 часа промывать полость носа и рта солевым раствором, приготовленным в домашних условиях (1 чайная ложка на 1 литр кипяченой воды), или физиологическим раствором аптечного приготовления, принимать 2 раза в сутки гигиенический душ теплой водой с мылом. При выходе из дома смазывать полость носа оксолиновой мазью, растительными маслами.

[1] Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения // ВОЗ. 2006. URL: http://www.who.int/immunization/newsroom/ thiomersal_questions_and_answers/ru/; (дата обращения: 28.10.15

- ✓ Полноценное питание: в пищевом рационе должно быть включено не менее 50% растительной пищи в сыром виде, включая чеснок и лук, кисломолочные продукты, употреблять преимущественно растительные жиры, ограничить белковую пищу, не употреблять жареную, копченую, жирную высококалорийную пищу. Принимать пищу часто, небольшими порциями.
- ✓ Водная нагрузка при отсутствии противопоказаний составляет 1,5л в сутки (обычная вода, негазированные минеральные воды, отвар шиповника или калины, компот, неконцентрированный морс из клюквы).
- ✓ Рекомендуется прием комплексных витаминных препаратов с микроэлементами, содействие спокойной психологической атмосфере в семье, спать не менее 7–8 часов в сутки.

Литература

- Антонова Н. А. и соавт. Отказ от вакцинации: качественный анализ биографических интервью // Теория и практика общественного развития. - 2014.- №20 - С.208-211.
- Клёнов М. В. Информированность детей и их приверженность мероприятиям первичной профилактики гриппа и ОРВИ // Вестник Росздравнадзора. - 2012. - №5 - С.41-45.
- Костинов М. П., Пахомов Д. В., Магаршак О. О. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции как одной из причин осложнений и летальности при гриппе // ВСП. - 2010. - №6 - С.131-134.
- Костинов М. П., Кусельман А. И., Дагиль Ю. А., Сависько А. А., Черданцев Александр Петрович Поствакцинальный иммунитет к вирусу гриппа A/California/7/2009(H1N1) v у иммунизированных беременных // Медицинская иммунология. - 2012. - №6 - С.527-532.
- Левченко Н. В., Богомолова И. К., Чаванина С. А. Современное отношение родителей к вакцинации против гриппа // Сибирское медицинское обозрение. - 2011. - №6 - С.59-62.
- Попов А.П., Киселев О.И. Грипп у беременных // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2013. - № 3
- Сафарова Д. Р. И соавт. Целесообразность применения вакцинации против гриппа у беременных // Здоровье и образование в XXI веке. - 2015. - №4 - С.258-261.
- Шпак И. В. Методы профилактики гриппа A/H1N1 Калифорния и акушерско-перинатальных осложнений у беременных // Медицинский вестник Башкортостана. - 2014. - №1 - С.85-89.

ЧЕРНЫЙ ЧАЙ И ЗЕЛЕНЫЙ: В ЧЕМ РАЗНИЦА?

Прежде всего, разница заключается в обработке. Если черный чай получается в результате резки, скручивания и многих других операций над чайным листом, то при обработке зеленого чая сохраняются лечебные биологически активные вещества. Для этого собранный лист просто высушивается на огне или в закрытой духовке. Однако основное различие этих двух видов чая – во вкусах. Качественный зеленый чай в отличие от черного обладает ярким ароматическим букетом, в котором преобладают цитрусовые и цветочные оттенки. Однако неправильная обработка, хранение и заваривание способствуют вырождению аромата, поэтому для того, чтобы насладиться зеленым чаем, надо следовать элементарным правилам:

- **заваривать чай не более 3 минут (некоторые источники рекомендуют 20 секунд), в противном случае во вкусе напитка появляется горечь;**
- **хранить зеленый чай не более полугода, иначе возникает грубый вкус сена.**

КАЧЕСТВО ОБЩЕНИЯ – ДЕТЕРМИНАНТА УСПЕШНОСТИ ИЗЛЕЧЕНИЯ

Успешность излечения детерминируется качеством общения или, говоря более современным языком, коммуникативного взаимодействия между врачом и пациентом, а также медицинской сестрой и пациентом. Как известно, зачастую пациенты не соблюдают рекомендации врача (не принимают вовремя медикаменты или вовсе отказываются от них, не желают менять привычки питания, образ жизни, приводящий к нарушениям здоровья и т.д.). По оценкам некоторых исследователей количество таких пациентов в зависимости от картины заболевания составляет от 20 до 70%. Так, итальянские психологи Ди Никкола и Ди Маттео изучив, как выполняются предписания врачей, обнаружили, что более чем в половине случаев пациенты, даже когда им совсем плохо, не принимают все или часть прописанных лекарств, не приходят на процедуры и не соблюдают другие рекомендации.

Почему это происходит? А происходит это потому, что работники медицинских учреждений зачастую концентрируют свое внимание лишь на медицинской стороне лечения пациента и уделяют минимум времени для общения с ним, т.е. лечат заболевания, а не человека. Врач вынужденно или осознанно, вольно или невольно относится к пациенту как к объекту профессиональной деятельности и средству осуществления экономически необходимой деятельности, а медицинское вмешательство сводится к соматической компенсации болезни. Это приводит к сложностям в установлении контакта между врачом и пациентом, что может негативно сказаться на результатах лечения.

Будет ли пациент своим поведением способствовать выздоровлению или нет, прежде всего, зависит от умения врача* выбрать тактику общения, адекватно ситуации, состоянию пациента, его умения строить доверительные отношения, умения доступно объяснить, успокоить, воздействовать словом. В современной России отношение врачей к пациентам обычно директивное, формальное, непартнерское или просто неуважительное. Существует также другая крайность отношений «врач – пациент»: «снисходительность», «похлопывание по плечу», обращение к пациенту на «ты» и только по имени (вне зависимости от возраста пациента и профессии), то есть по сути – пренебрежение реальными нуждами и заботами больного.

К характеристикам медработника, предрасполагающим к успешному общению с больным, относят эмпатию; акцептацию (безусловное принятие больного); аутентичность (естественность поведения, согласованность чувств и их выражения, искренность).

---

* Врач - лингвоактивная профессия. Само слово врач произошло от слова врати, что означало *говорить приподнято, вещать* с помощью древнего суффикса –ач (ср.: калач от коло = колесо, грач от гракать = каркать).

Значение других факторов, влияющих на поведение пациента (его личностные характеристики, окружающая социальная среда, характер заболевания, возможный предшествующий негативный опыт пациента и т.д.) также стоит учитывать. Однако наиболее значимыми представляются в данном аспекте характер взаимодействия между

врачом и пациентом, уровень коммуникативной компетенции специалиста. Как признают специалисты, вопросы формирования коммуникативной компетентности врача как элемента профессиональной компетентности не нашли еще достаточной разработки в психолого-педагогической литературе как самостоятельный предмет научного исследования.

Специальность медсестры имеет свои профессиональные особенности, одной из которых является постоянное и длительное общение с пациентом; поэтому вопросы общения с пациентом, разрешение конфликтов имеют также огромное значение.

ДЕФОРМАЦИЯ РЕЧИ - ДЕФОРМАЦИЯ СОЗНАНИЯ

Искусство, талант общения требуют определенного уровня культуры, известного усилия, навыка со стороны Человека говорящего. Культура общения в свою очередь включает в себя духовно-нравственную воспитанность человека, индивидуальный стиль и манеру поведения, в особенности, культуру его речи, устной и письменной.

Если ситуация прямого общения, так называемой «языковой игры» не осложнена никакими привходящими обстоятельствами (открытой конкуренции, даже вражды), то ее участникам прежде и чаще всего необходимо стремиться ко взаимопониманию. Это умение чувствовать состояние другого человека, понимать мотивы его намерений и поступков, правильно истолковывать внутренний подтекст высказываний.

Умение поставить себя на место другого и понять его точку зрения психологи называют эмпатией (*вчувствованием* в другого). Еще В. Вересаев отметил, что врач может обладать огромным распознавательным талантом, уметь улавливать самые тонкие детали своих назначений, но все это останется бесплодным, если у него нет способности покорять и подчинять себе душу больного. Нарушение языковых норм, речевые ошибки даже очень авторитетного в своей области специалиста субъективно снижают в сознании слушающих и читающих уровень достоверности излагаемой им информации. Психологи предупреждают, что деформация речи может вести к деформации сознания.

Еще Авиценна, великий врач и мыслитель средневековья, говорил о трех средствах помощи больному человеку — о ноже, траве и слове, тем самым подчеркивая важность человеческого слова, а по сути, — психологии общения в исцелении от недуга.[2] Отец отечественной терапии М. Я. Мудров, основатель российской хирургии Н. И. Пирогов придавали огромное значение культуре общения и общей культуре врача. На значимость терапевтического слова и указывал В. М. Бехтерев: «…если больному после разговора с врачом не стало легче, то это не врач».

К сожалению, навыками общения врачи овладевают “стихийно”, это приходит с годами и приобретенным опытом. Анализ речи студентов, ординаторов, аспирантов и врачей часто свидетельствует о наличии в ней разного рода ошибок, состоящих не только в нарушении норм русского литературного языка, но и в искажении смысла сказанного, вследствие чего происходит разрушение коммуникации, столь необходимой

[2] Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1981, 25–40.

между врачом и пациентом, их родственниками, коллегами. Здесь будет уместно вспомнить и процитировать Л.Н.Толстого: «***Единственное средство умственного общения людей есть слово, и для того, чтобы общение это было возможно, нужно употреблять слова так, чтобы при каждом слове несомненно вызывались у всех соответствующие и точные понятия. Если же можно употреблять слова как попало и под словами разуметь, что нам вздумается, то лучше уж не говорить, а показывать все знаками».***[3]

С ЧЕГО НАЧИНАЕТСЯ ПРОЦЕСС ОБЩЕНИЯ. ДИСТАНЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Процесс общения с больным начинается с выбора определенной дистанции взаимодействия. Это необходимо для того, чтобы пациент мог чувствовать себя комфортно и безопасно. На выбор оказывают влияние такие факторы, как: принадлежность к определенной культуре; социальный статус; психологические установки; возраст участников общения; наличие или отсутствие психического напряжения.

При изменении дистанции, особенно при сближении, рекомендуется объяснить свои действия, чтобы избежать нарастания психического напряжения и возникновения агрессии. Анализ дистанцирования пациента может служить диагностическим критерием, так как аффективная патология или другие психические расстройства резко меняют поведение больного, в том числе в отношении психологически комфортной дистанции.

Когда человек находится в ситуации стресса, обусловленного болезнью, то наличие территории, принадлежащей только ему, становится позитивным фактором. В связи с этим в психологии больничной среды рекомендуется учитывать потребность пациента в фиксированной территории и возможность развития психогенных реакций в результате хронического психического напряжения из-за того, что

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: АНКЕТИРОВАНИЕ МЕДРАБОТНИКОВ – ОБ УМЕНИИ ОБЩАТЬСЯ

86,6% считают, что они умеют общаться, 13,4% дали отрицательный ответ. Все они (100%) хотели бы научиться общаться более эффективно. У всех наблюдаются перманентные трудности в общении: 40% из них испытывают трудности при общении с пациентом, 30% — с родственниками пациентов, 20% — с младшим медицинским персоналом, 10% — иногда со всеми, т. е., кроме выше перечисленных категорий, ещё с коллегами и начальниками. Особые сложности, по их мнению, состоят в общении с молодыми и пожилыми пациентами; отличного от медицинского работника пола; пациентами вздорного характера; тяжело и особенно смертельно больными пациентами; пациентами иной культуры, низкого уровня образования; асоциальными пациентами; в проблемах, связанных с сохранением врачебной тайны; в разъяснении важности обследования; объяснении диагноза; в убеждении необходимости определённого вида лечения и т. п.

[3] Л.Н.Толстой «О жизни»

границы его личной зоны постоянно нарушаются.

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ НЕДОСТАТКИ УСТНОЙ РЕЧИ МЕДИКА

Слишком замедленная или очень быстрая речь: мысли говорящего собеседник не успевает воспринять или понимает с трудом. Скорость речи определяется многими факторами, например, темпераментом, психическим состоянием, индивидуальными привычками. Сказываются на скорости речи и национальные особенности. Для лучшего восприятия информации беседующие должны иметь близкие показатели скорости речи и, соответственно, мышления. В противном случае информация может представляться в неполной или искаженной форме. Повышенная скорость беседы воспринимается больным как торопливость, пренебрежительность к собеседнику и расценивается негативно. Более того, за поспешностью врач и тем более пациент может терять контроль за сутью информации. Недоразумения возникают и при аритмичной речи врача.

Несбалансированная громкость, сила голоса: неумеренно громкий или тихий голос врача может раздражать и больных, и коллег. Когда он говорит тихо, больной сначала усиленно напрягает слух, внимание, чтобы услышать то, что ему говорят, о чем спрашивают. Если это ему не удается, он нервничает, злится. Врач также испытывает моральные и профессиональные перегрузки, когда его собеседник говорит тихо, он невольно становится «глухим» подчас к очень важной информации. В результате эта «глухота может привести к серьезному конфликту.

Вялая, небрежная речь; неправильные ударения, манера «глотать» начало, конец или середину слова; чрезмерное употребление бытового, профессионального жаргона и иностранных слов — все эти и т.п. болезни русского литературного языка особенно сильно травмируют процесс врачебного общения.

Многословие отдельных врачей и больных, насыщение своей речи несущественными деталями, загромождение словами-сорняками: в итоге мучительного извлечения сути из суесловия утрачивается логичность, точность, стройность рассказа. Врачу при этом нужно проявить терпение и мудрость. Беседу следует направить в нужное русло. Если ответы на вопросы врача неточны, непонятны, нужно терпеливо, с извинениями, просить повторить, пояснить тот или иной момент анамнеза.

О поведении врача

Важным психолого-педагогическим аспектом общения является поведение врача. Интеллигентность, чувство такта, умение слушать и направлять ход мысли пациента в нужное русло — эти и другие качества всегда были присущи лучшей части отечественных врачей. Современники отмечали изысканную манеру общения С.С. Юдина*. В момент беседы с пациентом он успевал обратить внимание и на речь, и на поведение собеседника, а главное — читать по глазам то, что хотел ему передать больной человек. При этом речь С. С. Юдина носила доверительный характер, была выдержана в мягких тонах, рождающих атмосферу сопереживания. Взяв в свою ладонь руку пациента, хирург словно «переливал» в больного собственную энергию жизнелюбия, вселял веру в успех предстоящей операции. С самого начала контакта с хирургическим больным он стремился сделать его своим союзником, не обе

щал невозможного, одномоментного исцеления, отчетливо понимая, что медицина не всесильна, а каждый человек болеет по-своему.

* **Серге́й Серге́евич Ю́дин** (1891—1954) — крупный советский хирург и учёный, главный хирург НИИ СП имени Н. В. Склифосовского, директор НИИ хирургии имени А. В. Вишневского.

ИНФОРМИРОВАНИЕ

Важным моментом в общении с пациентом является информирование. По определению Ствольгина А.В. и соавт., медицинская информированность пациента — это необходимый и достаточный уровень знаний (воспринятой и усвоенной информации) пациента, который позволяет ему осознанно реализовывать свои права и принимать соответствующие решения при получении медицинской помощи (услуг), активно участвовать в мероприятиях по сохранению, укрепления и восстановлению своего здоровья, понимать свою меру ответственности за их результат.

Информирование о болезни имеет два аспекта: медицинский и социальный. Основная задача информирования о болезни и методах лечения с медицинской точки зрения – добиться продуктивного сотрудничества с пациентом или его родственниками. Социальный аспект предполагает право пациента на знание о своей болезни и методах ее лечения, поэтому, информируя человека о его болезни, приходится решать сложную задачу – сохранение максимально возможного уровня психической адаптации пациента.

В целом медицинские задачи информирования представляются следующим образом: уменьшение уровня аффективных расстройств, связанных с болезнью (тревоги, страха, чувства неуверенности, неопределенности); обеспечение по возможности адекватного отношения к болезни; достижение терапевтического альянса — подчиняемости больного требованиям лечебного режима. В соответствии с этим выделены 4 уровня медицинской информированности пациента:

1. Базовый (средний, удовлетворительный) — минимально необходимый и минимально достаточный уровень информированности, который определяется экспертным путем и должен пересматриваться не реже 1 раза в 3 года;
2. Уровень медицинской информированности пациента ниже базового (низкий и крайне низкий);
3. Уровень медицинской информированности выше базового, высокий (расширенный);
4. Уровень медицинской информированности — профессиональный (соответствует экспертному уровню, например, у пациентов-врачей).

При осуществлении информирования следует строго соблюдать некоторые основные принципы:

- ✓ Подробность и полнота информации как о позитивных сторонах болезни и лечения, так и о возможных негативных последствиях.

Литература

- Кондратова Н. В. Специфика профессионального общения будущего медицинского работника как педагогическая проблема // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. - 2011. - №129
- Орлова Е. В. Нужен
- ли врачу Русский язык? // МИРС. - 2012. - №1 - С.31-35.
- Ржевская Н. К., Руженков В. А. Стигма и проблемы организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами, сочетающимися с соматической патологией // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. - 2012.- №10 (129) - С.5-11.
- Ствольгин А. В. и соавт. Методические аспекты оценки медицинской информированности пациентов // Вестник Здоровье и образование в XXI веке. - 2014. - №4. - С.14-16.

- ✓ Разделение ответственности за эффективность лечения с больным.
- ✓ Обеспечение конфиденциальности информации.

Форма и объем информирования пациента должны быть максимально индивидуализированы и оптимизированы.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПРАКТИКА

«После обращения к больному по имени, поговорите с ним о его болезни, прислушиваясь к словам, которые он употребляет, отслеживая эти слова, наблюдая за его жестикуляцией и мимикой и понимая его эмоции. Рассказываемая история будет разной в зависимости от того, кто её слушает. Слушающий оказывает влияние на ход рассказа, поскольку пациент взаимодействует с вами. Рассказ будет также меняться в зависимости от самочувствия рассказчика в данное время. Врач, в процессе рассказа, может прохаживаться около больного, демонстрируя свой неподдельный интерес и сопереживание. Вам может понадобится в дальнейшем задать вопросы, чтобы вытянуть из пациента полностью всю историю, уточнить детали и постараться понять эмоции, которые он испытывает. Покажите больному, что вы поняли его переживания. Отдавайте отчёт относительно своей собственной манеры поведения, постарайтесь при этом занять нейтральную позицию и не судить больного.

Истории, рассказываемые пациентами, могут показаться однообразными и не связанными, но в них содержится фактическое описание бесконечного множества жизненных взаимоотношений, влияющих на состояние их здоровья. Больным необходимо, передавая вам эту информацию, чувствовать себя в безопасности и доверять вам, переходя от одного рассказа к другому с тем, чтобы углубиться в их проблемы и способствовать свободному ведению беседы. Вам необходимо показать им свое уважительное отношение, признание их проблем и слышать их скрытые страхи и беспокойства. Истории, которые они рассказывают, отражают их убеждения относительно своего здоровья и их понимание причин заболевания. Именно во время этих рассказов пациенты начинают понимать, каким образом они очутились там, где они есть и необходимо дать им возможность при соответствующей профессиональной поддержке переписать следующий рассказ с более здоровой подоплекой.

... Чтобы выслушать рассказ пациента полностью и таким образом обобщить разночтения между обычной историей и той, которая требуется при более внимательном подходе к пациенту, используется следующая модель поведения врача:

Концентрация внимания на человеке, рассказывающем свою историю, прерывая его с тем, чтобы обеспечить более полное понимание;

Наблюдение за тем, как больной рассказывает свою историю, чтобы раскрыть его эмоции и степень доверия;

Изучение проблемы со всех сторон – биофизической, психодуховной и социальной;

Своевременная и корректная формулировка наводящих вопросов, которые помогают вытянуть реальную историю;

Проявление чувств сопереживания без попыток идентифицироваться с больным, но признавая и демонстрируя понимание страданий, которые испытывает больной;

Стремление увидеть проблему с точки зрения пациента».

Источник: Симпсон Розалинд Диалог врача и пациента // Земский врач. - 2011. - №7. - С.35-37.

ПРАВОСОЗНАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Сознательное осуществление гарантированных государством прав и выполнение правовых обязанностей в рамках отдельного общества связано с наличием определенного правового сознания. Правосознание представляет собой совокупность идей, взглядов, чувств, традиций, переживаний, которые выражают отношение людей к правовым явлениям общественной жизни. Это представления о законодательстве, законности, правосудии, правомерном или неправомерном поведении.

Никто не будет оспаривать тот факт, что знание законов своего государства является неотъемлемой частью правовой культуры общества. Русский философ И.А. Ильин ещё в дореволюционное время писал в своей работе «О сущности правосознания», что ***«...народ, не знающий «законов» своей страны ведёт внеправовую жизнь или довольствуется самодельными и неустойчивыми зачатками права. Люди, не ведающие своих обязанностей, не в состоянии и блюсти их, не знают их пределов...; люди, не знающие своих полномочий, произвольно превышают их***

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Значительная часть медсестер не обладают развитым правосознанием и высоким уровнем правовой культуры;

34% имеют четкие представления и глубокие знания о правах пациента;

26% испытывают потребность в глубоких знаниях о правах пациента;

60% считают знания о правах пациента важными;

50% отмечают, что всегда используют знание о правах пациента;

16% убеждены, что знания о правах пациента всегда приводят к желаемому результаты;

42% в качестве причины неэффективного использования прав пациента называют отсутствие необходимых знаний у пациентов (интеллектуальный компонент поведения), а по волевому компоненту поведения те же 42% в качестве причины указывают отсутствие желания у пациентов использовать свои права;

4% врачей вообще не знают о существовании прав пациента;

Выявлен недостаточный уровень осведомленности о праве пациента на врачебную тайну и согласии на медицинское вмешательство. Только 37,5% медсестер правильно указали категории медработников, которые обязаны соблюдать врачебную тайну, 9% медсестер верно указали все виды медицинских вмешательств, требующих получение согласия пациентов.

или трусливо уступают силе»[4] и ещё «...если человек хочет видеть свои личные права ограждёнными и защищёнными, то он должен вложиться своим правосознанием в эту общественную правовую жизнь и верно участвовать в её устроении».[5]

В контексте систем здравоохранения правосознание связано с реализацией прав пациента, что во многом определяется степенью информированности медработников о наличии и механизме правовых гарантий, предоставляемых гражданам при получении медицинской помощи, которые закреплены в законодательстве РФ. Однако «на фоне роста общей правовой культуры общества произошло столкновение интересов и прав пациентов и медицинского персонала».[6] Столкновение интересов явилось, в частности, следствием применения технократической модели в отношении больных, в особенности безнадежно больных пациентов, что привело к ограничению их прав (например, право больного иметь правдивую информацию о диагнозе и прогнозе развития заболевания; право участвовать в принятии решений относительно медицинского вмешательства; право на достойную жизнь в ее финальной фазе и достойную смерть).

С другой стороны, сегодня вызывает много вопросов степень правосознания современного медицинского работника в рамках его профессиональной деятельности. Во многом проблема спровоцирована юридической инфантильностью самих медицинских работников, их нежеланием вникать в суть юридических вопросов. Как отмечают специалисты, отношение медицинских работников к знаниям, выходящим за пределы специализированных функциональных операций и узкопрофессиональных умений поверхностно и не вызывает у них должного интереса.

В современном здравоохранении считается уместным внедрить в сознание каждого медицинского работника не только представления о долге, сострадании и заботе о здоровье пациента, исторической необходимости ведения медицинских документов, но еще и понимание юридической ответственности за выполнение своих обязанностей.

ПРАВА ПАЦИЕНТА

Права пациента – это система положений и норм, определяемых законом, указывающих на конкретные возможности граждан, находящихся в роли пациентов. Права пациентов отражают рамки их поведения в лечебном учреждении, а также определяют некоторые этико-юридические требования к тем, кто оказывает больному медицинскую помощь.

Права пациентов – это:

«инструмент» для поиска и получения качественной медицинской помощи;

средство для управления своей личной безопасностью при обращении за медицинской помощью;

способ защиты от медицинских услуг, опасных для здоровья.[7]

---

[4]Ильин И.А. Путь духовного обновления // Ильин И.А. Сочинения: в 10-ти т. М.: Русская книга. -1994. - Т. 1. - С. 226.

[5] Ильин И.А. О сущности правосознания // Ильин И.А. Сочинения: в 10-ти т. М.: Русская книга. - 1994. - Т. 4.

[6] Глыбочко П.В., Жданов Г.Г., Хижняк Д.Г. Правовые аспекты медицины. Саратов, 2006. 94 с.

[7] Порох В. И., Катрунов В. А., Засыпкина Е. В. Основы концепции обеспечения прав пациента // Юридическая наука и правоохранительная практика. - 2014. - №1 (27). - С.14-19.

Историческая справка

Впервые в России в систематизированной форме права пациента были изложены:

- ✓ в Конституции Российской (1993 г.),
- ✓ в основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. n 5487-1,
- ✓ Законе РФ от 28 июня 1991 г. n 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Кроме того, были приняты специальные законы о правах пациента по отдельным направлениям медицинской помощи: Закон РФ от 2 июля 1992 г. n 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

Права пациента нашли свое отражение также в Этическом кодексе российского врача (1994 г.), Кодексе врачебной этики (1997 г.), Этическом кодексе медицинской сестры (1997 г., нов.ред 2010г.).

Важную роль в утверждении нравственных основ прав пациента играет биоэтика. Биоэтика культивирует в людях умение сочетать личные и общественные интересы в процессе разрешения противоречий, конфликтов, руководствуясь принципом приоритетности прав человека. Видный российский пульмонолог Александр Чучалин, выступая на заседании российско-французского круглого стола по проблемам биоэтики и медицинской этики в апреле 2010г., отметил, что биоэтику определяют три фундаментальных права человека:

- ✓ Первое, и самое главное – право на сострадание. Это отличает врачебную этику от других областей;
- ✓ Второе – право пациента требовать высокого уровня компетенции от медиков;
- ✓ Третье – право передавать знания; оно в первую очередь касается врачей.[8]

ПРАВОВОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Основополагающим правовым документом, на базе которого строится концепция прав пациента, является Всеобщая декларация прав человека, принятая генеральной Ассамблеей ООН в 1948 году. 4 ноября 1950 г. была заключена конвенция о защите прав человека и основных свобод.

В современных условиях нормативно-правовая база оказания медицинской помощи расширяется за счет усиления норм правовой защищенности пациента и врача, совершенствования механизма реализации законодательно закрепленных положений и правовой ответственности врача и пациента. Приме-

[8] Фонд «Вечная молодость»: научно-популярный портал. URL: http://www.vechnayamolodost.ru (дата обращения: 15-янв. 2014 г.).

- 30% пациентов и 24% медсестер испытывают потребность в совершенствовании знаний о правах пациента;
- 60% пациентов и 42% медсестер испытывают потребность в общих знаниях о правах пациента;
- 8% медсестер не испытывают потребности в знаниях о правах пациента.

ром этого является Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. n 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором уделено особое внимание следующим вопросам:

- определены правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан (ст. 1).
- изложены основные принципы охраны здоровья граждан (ст. 4). государство объявляет, что обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, этнической и религиозной принадлежности, социального статуса, должностного положения и места жительства (ст. 5).
- подчеркивается приоритет интересов и прав пациента при оказании медицинской помощи (ст. 6), ее доступность и качество (ст. 10).
- четко определена программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ст. 80).

КРИТИКИ НЕ ДРЕМЛЮТ…

Отмечая несомненный успех в области законодательного обеспечения прав граждан в сфере здравоохранения, критики отмечают, что некоторые правовые нормы, закрепленные в ФЗ «Об основах охраны здоровья», содержат в себе противоречивость их определения: с одной стороны, широкий спектр прав пациента в области охраны здоровья (например, ст.ст. 18-21 и др.), а с другой – жизненная практика, т.е. реальная возможность их осуществления, особенно учитывая растущую коммерциализацию медицины и высокий уровень бюрократизма в сфере здравоохранения.

Так, в ФЗ «Об основах охраны здоровья» дается общий перечень прав пациента и отсутствует определение индивидуальных прав пациента, что крайне важно. Врач имеет дело с конкретным больным человеком, носителем особых культурных ценностей, который характеризуется своим особым психосоматическим статусом; поэтому требуется четкое определение индивидуальных прав пациента и включать:

- ✓ признание и уважение автономии личности пациента, его суверенности;
- ✓ невмешательство в частную жизнь;
- ✓ уважение культурных ценностей и религиозных убеждений пациента.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Сущность права информированного добровольного согласия (ИДС)

В основе права на ИДС - признание личной и физической неприкосновенности человека, автономии человеческой личности. Суть этого права заключается в том, что любое медицинское вмешательство в человеческий организм возможно только после получения от пациента согласия на это вмешательство.

Наибольшее количество пациентов наиболее значимыми своими правами считают:
Право на уважительное и гуманное отношение;
Право на облегчение боли;
Право на содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
Право на допуск священнослужителя
Право на проведение консилиума специалистов;
Право на допуск адвоката;
89% медсестер наиболее важными правами пациента считают право на уважительное и гуманное отношение;
67% – право на содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиями;
56% – право на облегчение боли.
Наименее значимыми 44% медсестер считают права на проведение консилиума специалистов, право на добровольное согласие на медицинское вмешательство и право на допуск священнослужителя.

В противном случае, действия медицинского работника следует расценивать как насилие над личностью и причинение телесных повреждений. При этом под медицинским вмешательством понимается не только хирургические операции, но и медикаментозное лечение.

Поскольку пациент не является специалистом в области медицины, для принятия взвешенного решения и дачи согласия на медицинское оперативное вмешательство либо прием каких-либо фармацевтических препаратов ему необходима информация о сути вмешательства, его причинах, последствиях, рисках, возможных альтернативных методах лечения. Предоставить пациенту такую информацию может только профессионал - исполнитель медицинской услуги, врач, на которого закон и возлагает обязанность информировать пациента.

Вопросы объема информации

На практике врачи сталкиваются с вопросом объема, содержательности, обоснованности информации, которую должен предоставить доктор. Закон не указывает, какой именно объем информации будет признан «надлежащим» для принятия решения о правильном лечении, в ст. 31 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», принятых 22 июля 1993, говорится лишь о тематике вопросов, по которым информация должна быть предоставлена пациенту, но не содержится правил об объеме, в котором она должна быть предоставлена. Очевидно, как полагают специалисты, этот вопрос лежит не в правовой сфере законодателя, а полностью находится в компетенции лечащего врача.

Тем не менее российский законодатель выбирает подход, ориентированный на максимальное информирование пациентов. Поскольку конечной целью правила об ИДС является защита прав и законных интересов пациента в ситуации, когда он наиболее уязвим, так как не обладает информацией, которой обладает врач, и в то же время вынужден вверять ему свою судьбу, информация должна быть раскрыта в объеме, позволяющем разумному пациенту принять

решение. Надлежащее информирование пациента есть не только его этический, профессиональный долг,

но и выполнение обязательной нормы закона, правоприменительное действие, за невыполнение которого предусмотрена ответственность.

Литература

Глыбочко П.В., Жднов Г.Г., Хижняк Д.Г. Правовые аспекты медицины. Саратов, 2006. 94 с.

Ильин И.А. Путь духовного обновления // Ильин И.А. Сочинения: в 10-ти т. М.: Русская книга, 1994. Т. 1. С. 226.

Порох В. И., Катрунов В. А., Засыпкина Е. В. Основы концепции обеспечения прав пациента // Юридическая наука и правоохранительная практика. - 2014. - №1 (27). - С.14-19.

(п. 5 ст. 19 «Основы охраны здоровья граждан в Российской Федерации»):
«Пациент имеет право на:
1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
3) получение консультаций врачей-специалистов;
4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
8) отказ от медицинского вмешательства;
9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации».

Пионеры в области боли: Патрик Уолл (Patrick Wall) и Рональд Мелзек (Ronald Melzack)

19 ноября 2015 г. мировое научное сообщество отметило 50-тилетие со дня публикации одной из важнейших научных статей в области боли «Механизмы боли: новая теория» («Наука», 1965). О чем конкретно теория Gate Control («Теория ворот»)? О чем впервые поведала эта теория?

Боль, подобно любому ощущению (хотя боль, как и страх, является по большому счету эмоцией) обрабатывается в нервной системе: нет мозга, нет боли. Первым, кто предложил теорию *об обработке боли,* был Рене Декарт. Он предположил, что болевые сигналы передаются от пораженных участков кожи (например, ноги при касании огня) через спинной мозг в ту часть мозга, где боль будет воспринята. Позже физиологи обнаружат специфические болевые рецепторы в коже и других органах, что станет известно под названием "Теория специфичности". Однако теория специфичности не может объяснить ряд загадочных моментов, связанных с болью, среди которых:

1. Фантомные боли конечностей (боль *в той части пространства*, где ранее ампутирована конечность)
2. Общая неспособность облегчить хронические боли хирургических операций, при которых болевой путь до мозга отрезан;
3. Крайне слабая связь между силой раздражителя и болью, которую он вызывает
4. Распространение боли в той части тела, которая никогда не была повреждена
5. Тот факт, что растирание больной части тела несколько ее облегчает,
6. Наблюдение Генри Бичер: солдаты во время Второй мировой войны часто отказывались от морфина при наличии тяжелых ранений.

В качестве ответной реакции другие специалисты предложили теории, которые были объединены в "теорию образов", но они также были неидеальны, так как игнорировали существование специфических болевых рецепторов на нервных клетках.

Melzack и Wall блестяще объединили две теории в одну - теорию Gate Control («теория ворот»), в которой предполагается, что болевые специфические и неспецифические волокна взаимодействуют друг с другом в спинном мозге, и в зависимости от относительной активности каждого спинномозговые «ворота» открываются, вызывая боль, или закрываются, и в этом случае никакой болевой сигнал не поступит в мозг и боль не будет ощущаться. Предложенная нейронная схема была очень специфична, а изначально набросана на салфетке в баре. Изображение этой салфетки можно найти в библиотеке Калифорнийского университета (История коллекций боли John C. Liebeskind).

Сегодня специалисты по боли считают, что схема, предложенная Melzack Wall, строго говоря, не точна, тем не менее, она считается самым важным шагом в истории развития этой области, как минимум, по двум причинам. Во-первых, она дала заинтересованным специалистам то, чего у них не было раньше - рабочую модель для разработки экспериментов, которые либо поддерживали, либо опровергали эту модель. Впервые изучение боли стало *ощутимым*. В результате, ученые теории стали называть себя "исследователями боли;" до этого они были просто физиологами, интересующимися болью. С 1965г. исследования в области боли действительно как будто побежали наперегонки, почти наверняка из-за этой одной статьи.

Во-вторых, она действительно очень понятно объясняет ряд хорошо известных клинических явлений. Хорошим примером может служить «контр-раздражение», когда боль в одной части тела может уменьшить ее в другой. Этот факт известен в течение тысячелетий.

В-третьих, в теории впервые высказано предположение, что, кроме того, что спинной мозг отправляет информацию о боли в мозг, мозг может отправить информацию обратно в спинной мозг. В сущности, мозг может сказать спинному мозгу: "Мне совсем не интересно слышать о боли прямо сейчас, молчать!» Эта «нисходящая модуляция боли" была предложен Melzack и Wall в отсутствии каких-либо доказательств, однако всего несколько лет спустя были собраны доказательства их абсолютной правоты, и теперь мы знаем, что в основе обезболивающего действия наркотиков суть активации этой системы «Центрального Контроля».

Каково нынешнее состояние исследований боли в мире?

Два наиболее уважаемых центра по исследованию боли во всем мире в настоящее время – это центр по исследованию боли Алана Эдвардса в McGill и Лондонский Консорциум Боли (London Pain Consortium) в Великобритании. И это – не случайно, так как в первом работал Рон Melzack, а во втором - Патрик Уолл. Исследование боли как дисциплина взяла довольно-таки медленный старт, вероятно, потому, что нас тормозят некоторые ограничения. Например, у исследователей рака есть определенные преимущества: они обладают мощным финансовым ресурсом, изучают относительно "простую" болезнь (болезнь охватывает однотипные клетки), в их распоряжении объективно полученные в рамках экспериментов результаты (например, размер опухоли), а также пациенты, которые с энтузиазмом смотрят на удаление опухоли в рамках эксперимента.

В отличие от этого, у исследователей боли есть определенные проблемы: только около одной сотой от тех денег (несмотря на то, что хроническая боль является наиболее распространенной проблемой здоровья человека на сегодняшний день), болезнь гораздо сложнее (задействованы несколько типов клеток разной локализации), отсутствует объективное измерение боли, а также тот

факт, что пациенты без всякого энтузиазма смотрят на биопсию спинного мозга!

Тем не менее, исследователи боли достигли больших успехов в течение последних нескольких десятилетий, и в настоящее время отчеты по исследованиям боли регулярно принимаются в лучшие журналы мира. Большие успехи связаны с применением генетики, нейровизуализации и других современных подходов.

Проблема заключается в том, что мы пока не смогла перевести эти новые знания в принципиально новые методы лечения хронической боли, которые остаются слабо эффективными и связаны с проблемными побочными эффектами. Если и когда кто-то найдет действительно новое и полезное средство для лечения боли, он сможет провести четкую линию от этого момента к статье Melzack и Уолла 1965 года.

Источник MCGRILL REPORTER

ОЦЕНКА БОЛИ

Для адекватной оценки степени тяжести состояния, уточнения объема обезболивающей терапии, анализа эффективности проводимого лечения, определения степени нетрудоспособности и качества жизни пациента необходимо количественное измерение боли. При этом объективизация боли - одна из трудноразрешимых проблем в практике врачей различных специальностей. Одной из важнейших причин неэффективного лечения болевого синдрома является недостаточное использование методов измерения и оценки боли. Оценка боли у пациента - важный навык, требующий спланированного подхода, чуткого уха и зоркого глаза, умения выслушать жалобы пациента, а также сопоставить эти жалобы с визуальным осмотром и в итоге дать объективную оценку боли.

ТРУДНОСТИ ОЦЕНКИ БОЛИ

Суждение об интенсивности боли - важнейший показатель на всех этапах противоболевых мероприятий. Боль как субъективный симптом не имеет однозначного истолкования разными людьми. Временами пациенты могут быть не в состоянии сообщить о боли. Особую проблему при управлении болью представляют собой когнитивные нарушения.

Людям с серьезными когнитивными нарушениями, возможно, будет непросто сформулировать описание своей боли и дать ей оценку. Некупированная боль у взрослых, страдающих когнитивными нарушениями, может привести к задержке исцеления, плохому сну, снижению функционирования и снижению качества жизни. В таких случаях допускается спросить членов семьи, друзей или тех, кто осуществляет уход, считают ли они, что человек испытывает боль. В конце жизни многие пациенты не могут сообщить о своей боли на фоне бреда, приобретенного слабоумия, потери речи, двигательной слабости, языкового барьера и другими факторами. Если у пациентов есть какая-либо потенциальная физическая причина дискомфортных ощущений, считается, что они испытывают боль, пока не доказано иное.

Многие пациенты испытывают боль в нескольких местах. Больное место можно назвать. Например, после лапароскопической операции пациенты жалуются на боль в плече. Когда пациенты говорят, что «все болит», это обычно означает общую боль или общее недомогание (если нет физиологической причины боли во всем теле, такой как миалгия). Следует оценить эмоциональное состояние пациента — депрессия, страх, чувство тревоги или отчаяния.

Несмотря на то, что боль является субъективным ощущением пациента и основой выбора тактики лечения и оценки его эффективности является информация, предоставляемая самим пациентом, следует помнить, что информация, получаемая в ходе общения с пациентом, не всегда верна. Пациенты часто склонны занижать интенсивность болей, когда речь идет о применении наркотических анальгетиков - из опасения развития зависимости, из

страха, связанного с необоснованным представлением о том, что их назначение равносильно смертному приговору. Готовность пациента сотрудничать с врачом, наблюдение за пациентом его родственниками, медицинским работником – необходимые условия успешного лечения болевого синдрома.

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Ребенок является постоянно развивающейся системой, не обладающей всеми необходимыми навыками и связями для адекватного функционирования в зависимости от изменяющихся физиологических, психоэмоциональных и социальных условий окружающей его действительности. Незрелая нервная система и малый жизненный опыт, непонимание значения вербальных маркеров делают процесс восприятия и оценки такого субъективного ощущения, каким является боль, очень трудно поддающимся количественному анализу.

Оценка болевого синдрома у детей должна проводиться комплексно. В процессе оценки болевого синдрома проводится опрос самого ребенка (естественно, если возраст и состояние нервной системы позволяют сделать это), или его родителей, или опекунов. Также проводится полное клиническое обследование маленького пациента. Наконец, третьим этапом является применение различных шкал, отличающихся в зависимости от возраста больного и клинической ситуации.

До сегодняшнего дня золотой стандарт шкалы измерения боли не создан, поэтому современный врач может применять в своей работе все существующие методы оценки болевого синдрома.

Шкала NIPS предназначена для оценки боли у детей младшего возраста и включает несколько подробно описанных разделов: выражение лица, крик, характер дыхания, положение конечностей и поведение ребенка. Уровень более 3 баллов при оценке свидетельствует о наличии боли.

Шкала CRIES разработана для использования у новорожденных с 32 недель гестационного возраста до 6 месяцев. Она более проста в использовании, однако возможность ошибки из-за малого количества определяемых признаков представляется достаточно высокой.
Каждый из пяти показателей этой шкалы (плач, потребность в кислороде при сатурации ниже 95%, повышение АД и ЧСС, выражение лица и сон) оценивается от 0 до 2 баллов.

Шкалы CHEOPS и COMFORT являются наиболее сложными из изученных, так как включают большое количество различных вариантов поведенческих реакций. Наиболее полной считается **шкала CHEOPS**, которая оценивает, кроме вербальных реакций и мимической картины, еще и положение тела,
а также позволяет провести анализ реакции ребенка на послеоперационную рану.

Шкала боли COMFORT предназначена для оценки боли у младенцев и маленьких детей без сознания и находящихся на искусственно вентиляции лег
ких. В ней оцениваются девять показателей: тревожность беспокойство и ажитация, дыхательные нарушения, плач, физическая подвижность, мышечный тонус, мимический тонус, артериальное давление и ЧСС. Каждый показатель оценивается по шкале от 1 до 5. Суммарное значение может варьировать от 9 до 45. Значения от 17 до 26 в общем свидетельствуют об адекватной седации и обезболивании.

Шкала COMFORT сложна в применении и требует достаточного навыка для разделения описываемых различий в поведении ребенка или определения физиологических показателей: например, уровень артериального давления сравнивается со средними нормами, а также учитывается частота его повышения в течение суток. В то же время нет убедительных данных о преимуществах той или иной шкалы для оценки болевого синдрома.

Метод, разработанный для использования у младенцев и детей до 7 лет - «**Лицо-Ноги-Активность-Плач-Утешаемость**». Этом метод позволяет оценить боль по пяти поведенческим признакам: выражению лица, движению ног, подвижности, плачу и утешаемости.

ШКАЛА CIRES ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 6 МЕС.

Признак	0 баллов	1 балл	2 балла
Крик	Нет	Крик высокой частоты звука и амплитуды	безутешный
Какой процент кислорода нужен для поддержания SaO_2> 95%	Обходится без кислорода	<30%	>30%
Учащение витальных функций	ЧСС и ЧДД меньше или равны предоперационным данным	Повышение ЧСС и ЧДД не более чем на 20% от предоперационных показателей	Повышение ЧСС и ЧДД более чем на 20% от предоперационных показателей
Выражение лица (мимика)	Отсутствует	Гримаса	Гримаса/маска
Бессонница	“	Просыпается через частые промежутки	Постоянно бодрствует
Примечание: Уровень более 3 баллов свидетельствует о наличии боли у пациента.			

Шкала Oucher:
для оценки степени боли ребенок может выбрать одну из фотографий лиц детей с возрастающей экспрессией боли и без нее

САМООЦЕНКА БОЛИ

Обычно такой метод оценки боли применяется у детей старше 4 лет, однако сильно зависит от степени психоэмоционального развития ребенка. Примерно в возрасте 4–5 лет ребенок может различать понятия «больше», «меньше», «также», возможно применение для оценки болевого синдрома лицевой шкалы боли (после объяснения методики использования ее ребенком). Это довольно простая шкала с ограниченным набором функций. Между 7 и 10 годами ребенок развивает навыки по измерению, классификации и группировке предметов в возрастающем или убывающем порядке.

В возрасте 10–12 лет дети окончательно дифференцируют степень физиологической интенсивности боли и отделяют ее от аффективного психоэмоционального компонента, могут оценивать обе составляющие независимо друг от друга. Как и у взрослых, у детей часто возникает ситуация, когда оценки боли ребенком и обслуживающим персоналом (медсестры, врачи, прочие ухаживающие за ребенком) заметно различаются, причем эти люди склонны недооценивать интенсивность боли у пациента.

ОЦЕНКА БОЛИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Для оценки боли у пожилых пациентов рекомендуется использовать вербальную оценочную шкалу, так как в ней используются знакомые слова (слабая боль, легкая боль, умеренная боль, сильная боль, боль настолько сильная, насколько она может быть). В двух больших исследованиях шкала была признана предпочтительной и наиболее легко понимаемой пожилыми людьми с нарушенными познавательными способностями. Некоторые пациенты в разговоре с персоналом могут пользоваться синонимами боли: болезненность, давление, жжение, прострелы, сдавливание, воспаление, неудобство.

Люди с ранними когнитивными нарушениями могут использовать визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), но рекомендуется использовать вертикальную шкалу, в отличие от горизонтальной. Любая оценка должна быть дополнена историей со стороны родственников или лиц, ухаживающих за больным. По мере снижения когнитивной функции, оценка боли становится более сложной и все более зависит от оценки на основе наблюдений.

Шкала Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain (MOBID) создана для использования персоналом домов престарелых и предназначена для определения боли у пожилых пациентов с деменцией. Шкала основана на оценке поведения пациента при выполнении стандартизованных движений различных частей тела и оценке болевого поведения, связанного с кожей, головой, внутренними органами и головой.

Поведенческая шкала оценки боли у пациентов с прогрессирующей деменцией (Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD) используется при тяжелой деменции, болезни Альцгеймера и нарушениях вербальной функции; включает в себя оценку дыхания, вокализацию, мимику пациента и движения тела. Хотя указанные инструменты были специально разработаны и успешно применяются для оценки болевого синдрома у больных перечисленных категорий, следует помнить, что их достоверность не является достаточной и самоотчет боли по-прежнему остается наиболее надежным источником информации.

Инструмент, используемый для оценки боли у пациентов с когнитивными нарушениями, находящимися в домах престарелых – **BODIES** (разработка Snow и соавт.). Название метода расшифровывается следующим образом:

- B - Какое поведение (behaviors) вы видите?
- O - Как часто (often) возникает это поведение?
- D - Как долго длится (duration) это поведение?
- I - Насколько интенсивно (intense) это поведение?
- E - Насколько эффективно (effective) было лечение, если оно проводилось?
- S - Что вызывало появление (start) и прекращение (stop) этого поведения?

К дополнительным методам относится обычное наблюдение, при котором обращают внимание на следующие моменты поведения: движения лица (гримасы, нахмуривание, надувание щек), специфические движения тела (растирания, фиксирование, оберегание) и голосовые сигналы (стоны, вопли, крики). Следует помнить, что другими проявлениями боли могут быть плохой аппетит, симптомы депрессии, нарушения сна, плач, сопротивление уходу и возбуждение.

Американское гериатрическое общество выделяет шесть общих характеристик поведения при боли, которые могут помочь в оценке боли при прогрессирующем слабоумии или плохом знании языка: выражение лица, например, слегка нахмуренное, человек морщится, быстро мигает, грустное выражение лица; отрицательные голосовые сигналы: вздохи, стенания, стоны, зов на помощь, оскорбления; язык тела: жесткая, напряженная поза, защитная фиксация, усиление хождения туда-сюда, суетливость, изменение походки и т.д.; изменения в характере деятельности или ежедневных обычных действиях, например: отказ от еды, снижение аппетита, изменение режима сна, усиление хождения, блуждания, бессвязной речи; изменения в межличностных взаимоотношениях, например, агрессивность, воинственность, отказ от помощи и ухода, синдром отмены (абстиненция); изменяется психическое состояние, например: больной плачет, повышенная спутанность сознания, раздражительность.

Оценка реагирования организма на любые новые методы лечения или изменения в лечении имеет крайне важное значение. У пациентов с когнитивными нарушениями повторное использование упомянутых выше инструментов может помочь проведению этой оценки в дополнение к получению обратной связи от ухаживающих за пациентом лиц.

Исследовано 15 детей — дошкольники, младшие школьники и подростки, по 5 человек в группе. Для оценки боли были выделены пять критериев: субъектная позиция ребенка в ситуации боли, сенсорный компонент боли, поведенческий компонент, когнитивный компонент и аффективный компонент феномена боли. Для сбора данных использовались: стандартное патопсихологическое обследование когнитивных функций, клиническая беседа, рассказ о боли и рисунок «Моя боль», шкала дифференцированности своих болевых ощущений, шкала-опросник настроения во время восприятия боли, методика определения понятия «боль» детьми.

Выводы:

Более высокий уровень ориентировки позволяет ребенку эффективно преодолевать свои эмоции, не переносить негативные переживания, связанные с ситуацией переживания боли, на всю жизнь в целом. У детей возникают и закрепляются различные способы регуляции боли: предъявление вовремя жалоб на боли, грамотная дифференцированность болевых ощущений, эффективное использование упражнений по аутогенной тренировке, рефлексия своего состояния и обсуждения его с окружающими людьми и т.д.

Выработка адекватных способов саморегуляции болевых ощущений помогает лучшему переживанию своего состояния, преодолению аффективного реагирования на процесс лечения и активному поведению по самостоятельному ослаблению или устранению болевых симптомов

Более высокий уровень ориентировки способствует и эффективному течению терапевтического процесса, так как ребенок становится активным соратником и помощником педиатра: у ребенка повышается способность к дифференцированности собственных ощущений, адекватному выражению и формулированию жалоб, что приводит к более рациональному, и, следовательно, мотивированному лечению. Кризисная ситуация госпитализации требует целостного лечения, включающего психологическое сопровождение ребенка в условиях госпитализации, которое способно существенно снизить переживания боли, и в конечном итоге — повысить качество жизни болеющего ребенка.

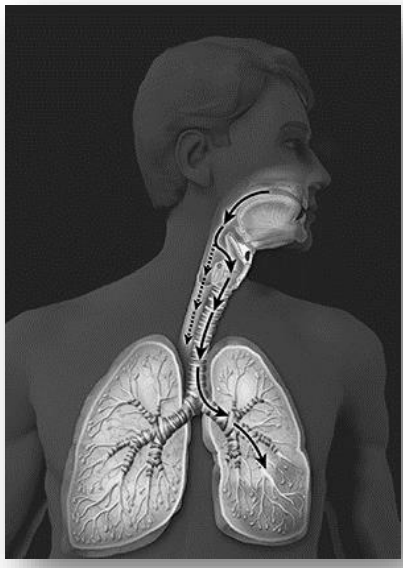
Источник: Вестник Тюменского государственного университета

Литература

1. Обедин А.Н. и соавт. Определение острой боли у новорожденных и детей младшего возраста // Детская хирургия. – 2013. - № 5
2. Самойлова М.В. и соавт. Феномен боли у детей и подростков // Вестник Тюменского государственного университета. - 2014.- № 9. – 238-245 стр.
3. Харченко Ю.А. Адекватная оценка боли – залог ее успешного лечения // Медицина и фармакология: электрон. научн. журн. - 2014. - № 4 (5)

ДИСФАГИЯ

Одним из наиболее опасных осложнений инсульта является нарушение глотания (дисфагия), которое в свою очередь чревато такими опасными для жизни и здоровья пациента осложнениями как аспирация жидкости и пищи с развитием аспирационной пневмонии.



Дисфагия возникает в результате неполноценности или полного отсутствия нервной регуляции мышц гортани. Установлено, что дисфагия наблюдается у 23 - 50% больных, перенесших инсульт. Аспирация пищевых масс происходит у 45% больных, перенесших инсульт, поэтому данное заболевание следует считать фактором риска развития аспирационной пневмонии. Согласно данным K. Nakajoh и соавт., распространенность пневмонии у лежачих пациентов с дисфагией после инсульта составляет 63%.

Наличие дисфагии, кроме того, может вызывать нарушения нормального потребления жидкости и пищи с развитием истощения и дегидратации; поэтому у всех пациентов, перенесших инсульт, рекомендуется как можно раньше оценивать функцию глотания и при выявлении дисфагии учитывать этот симптом при кормлении пациента, проведении реабилитационных мероприятий и медикаментозного лечения.

Аспирация – попадание любой инородной частицы в дыхательные пути ниже уровня истинных голосовых связок.

На возможность аспирации указывают:

- ✓ наличие в постинсультном периоде любых субъективных жалоб на трудности при глотании; изменение тембра голоса (тихий или хриплый), а также «влажный», булькающий голос, особенно после приема воды; увеличение латентного периода глотательного рефлекса;
- ✓ кашель во время или после глотания;
- ✓ частое покашливание в течение дня, «очищение» горла в начале разговора;
- ✓ наличие патологических изменений на рентгенограммах грудной клетки;
- ✓ хроническая или рекуррентная инфекция нижних дыхательных путей;
- ✓ длительно сохраняющиеся субфебрильная температура и/или лейкоцитоз в крови;
- ✓ аускультативные и иные физикальные признаки очаговых изменений в легких.

Необходимо поощрять пациента в стремлении самостоятельно принимать пищу и оказывать ему помощь только при необходимости. Если все же пациенту при приеме пищи требуется посторонняя помощь, то следует придерживаться общепринятых рекомендаций по организации кормления пациента с дисфагией (Heart and Stroke Association of Ontario, 2002): [9]

[9] Improving Recognition and Management of Dysphagia in Acute Stroke. Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2002.

КАК ОПРЕДЕЛИТЬ ДИСФАГИЮ:

Для выявления дисфагии пациента просят выпить без остановки 100 мл воды из чашки. Возникновение кашля или хриплого голоса во время питья или в течение 1 мин после этого свидетельствует о наличии дисфагии.

Согласно другой методике, на дисфагию указывает наличие любых 2 из 6 симптомов: дисфония, дизартрия и кашель в течение дня, патологический рвотный рефлекс, кашель и изменение голоса после глотания воды.

• Необходимо проверять еду на подносе пациента, чтобы убедиться в соответствии предлагаемой пищи диете;

• Во время приема пищи нужно обеспечить спокойную, тихую обстановку и минимизировать ситуации, отвлекающие пациента;

• Пациент должен находиться в определенном положении: туловище под углом 90° к плоскости сидения, шея чуть согнута;

• При необходимости в качестве опоры следует использовать подушки;

• Осуществлять гигиенические мероприятия в полости рта нужно до каждого приема пищи;

• Кормление пациента происходит в положении сидя, помощник должен находиться на уровне глаз пациента;

• Нельзя использовать столовые металлические и пластиковые ложки, кормить пациента следует только маленькой (чайной) металлической ложкой;

• Темп кормления должен быть медленным;

• Следует использовать специальную посуду для приема жидкости (например, чашки с носиком) для предотвращения запрокидывания головы и снижения риска аспирации; некоторым пациентам легче пить с помощью соломинки;

• Необходимо убедиться, что пациент беспрепятственно глотает, прежде чем предлагать дополнительную еду или жидкость;

• Важно следить за возможным возникновением любых проблем во время приема пищи и в течение 30 мин после него;

• Необходимо повторно проводить туалет ротовой полости сразу после еды для удаления остатков пищи;

• Пациент должен находиться в вертикальном удобном положении по крайней мере 30 мин после приема пищи, что способствует пищеводному клиренсу и опорожнению желудка, а также снижению вероятности гастроэзофагеального рефлюкса;

• При трудностях глотания твердой пищи следует использовать пюре и густые жидкости; для обеспечения полноценности питания при необходимости можно применять пищевые добавки;

• Следует контролировать полноценность питания, обращать внимание на недоеденные продукты.

Количество потребляемой пищи, любые возникающие изменения при глотании, проблемы с самостоятельным питанием должны быть зафиксированы.

Литература

- Громова Д.О., Захаров В. Нарушение глотания после инсульта // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2015.- №4 - С.50-56.
- Шнайдер Н. А., Бахтина Е. А. Постинсультная дисфагия // Вестник КБ №51. -2008. - №3 - С.12-15.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2016, № 9

Подписано в печать 01.09.2016. 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