

## МЕДИЦИНСКИЕ ЗНАНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

*Исполняющая обязанности*

*главного редактора*

**Федотова Лариса Александровна**

*Редакционная коллегия:*

**Ю. К. Абаев** (зам. главного редактора)

**Е. М. Бильдюк** (отв. секретарь)

**Л. И. Алехнович**

**А. А. Астапов**

**И. В. Василевский**

**Ю. Г. Дегтярев**

**Н. И. Доста**

**Л. Э. Кузнецова**

**А. Е. Кулагин**

**Г. В. Кулагина**

**Т. В. Матвейчик**

**В. К. Милькаманович**

**В. Г. Панкратов**

**С. М. Русак**

**Н. Ф. Сивец**

**Р. А. Часнойть**

**В. П. Шиманович**

**С. Ф. Южик**

Адрес редакции: ул. Фабрицуса, 28, 220007, г. Минск  
Телефон +375 17 226-21-48. E-mail: medznania@tut.by  
<http://www.medsestra.by>

Подписные индексы:

*для организаций — 749062*

*для индивидуальных подписчиков — 74906*

Стиль-редактор **Е. М. Бильдюк**

Компьютерная верстка **С. А. Шуляк**

Свидетельство о государственной регистрации средства массовой информации № 563 от 20.07.2009, выданное Министерством информации Республики Беларусь

Подписано в печать 02.04.2021

Тираж 1672 экз.

Заказ

Государственное предприятие

«СтройМедиаПроект».

ЛП № 02330/71 от 23.01.2014.

Ул. В. Хоружей, 13/61, 220123, г. Минск

При использовании материалов журнала ссылка на «Медицинские знания» обязательна.

© Учреждение «Редакция журнала «Здравоохранение», 2021

Научно-практический журнал

для специалистов

со средним

медицинским

образованием

**2(134)**

март – апрель, 2021

Издается с 1999 года

Выходит 1 раз в 2 месяца

Учредитель: учреждение «Редакция журнала «Здравоохранение»

### СОДЕРЖАНИЕ

От редакции \_\_\_\_\_ 2

#### Тема номера

**Л. Э. Кузнецова**

Организация детской гинекологической службы в Республике Беларусь \_\_\_\_\_ 3

#### Наблюдение, реабилитация и уход

**В. К. Милькаманович**

ПНФ-терапия как инновационный метод в реабилитации при двигательных расстройствах \_\_\_\_\_ 10

#### Обмен опытом

**А. А. Астапов, Н. В. Галькевич**

Кишечные инфекции у детей: лечение на догоспитальном этапе \_\_\_\_\_ 15

**В. И. Волков, А. Е. Кулагин**

Обучение реанимационных медицинских сестер в условиях анестезиолого-реанимационного отделения детского хирургического стационара \_\_\_\_\_ 19

**В. А. Тавтын**

Моделирование алгоритмов общения акушерок с родильницей, планирующей отказ от ребенка \_\_\_\_\_ 21

#### Целебные свойства растений

**М. К. Кебра, В. М. Сиденко, Ж. С. Кебра**

Витаминоподобные жирорастворимые вещества \_\_\_\_\_ 25

#### Школа само- и взаимопомощи

**В. К. Милькаманович**

Как развить терпимость к раздраженному пациенту \_\_\_\_\_ 28

#### Популяризация темы

«Природа без фармацевтических отходов» \_\_\_\_\_ 32

## Дорогие коллеги!

Известная фраза «все болезни человека делятся на инфекционные и те, которые ошибочно считают неинфекционными» все больше находит подтверждение. Мнение Л. Пастера о том, что 95% всех заболеваний человека имеют инфекционную природу, уже не кажется столь абсурдным.

Достижения в борьбе с инфекционными болезнями в XX в. увеличили продолжительность жизни человека почти на 25 лет, тем не менее эти заболевания по-прежнему уносят миллионы жизней, нанося огромный демографический, социальный и экономический ущерб, обуславливая 90% мертворождений и 25% смертности. И это без учета других заболеваний, инфекционная природа которых доказана или предполагается. Свидетельством ограниченности наших знаний являются все более частое выявление «новых» и возврат «старых» инфекций, объявленных побежденными, доказательство роли инфекционных факторов в этиологии многих иных заболеваний (первичная карцинома печени, рак шейки матки, некоторые миокардиопатии, болезнь Крейтцфельда – Якоба, саркома Капоши, Т-клеточная лимфома, ряд психозов, лимфома Беркита и др.).

Ускоряется эволюция инфекционных болезней, и темпы ее измеряются уже не столетиями, а десятилетиями. За последние годы клинические и эпидемиологические проявления многих инфекций изменились больше, чем за всю историю наблюдений за ними. Прежде наиболее актуальными были острые формы заболеваний, сейчас возрастает значение хронических (СПИД, гепатиты). Примерами заболеваний последнего времени являются птичий грипп, SARS, энцефалиты, вызванные вирусами *Nipah* и *Hendra*. Многие из вновь выявленных инфекционных болезней относятся к зоонозам, что свидетельствует о растущей способности микроорганизмов преодолевать межвидовой барьер. Растет удельный вес болезней, обусловленных условно-патогенными возбудителями.

В 2020 г. в нашу жизнь ворвалась новая беда, которая нарушила мировой порядок, вынудила человечество изменить свои планы и направить все силы на борьбу с невидимым врагом. Многие проблемы отошли на второй план, темой номер один стал коронавирус. Бизнес и транспорт замерли. Люди растеряны и напуганы. Человечество вдруг ощутило себя смертным. Природа жестоко встряхнула нас, очевидно, для того, чтобы был выучен какой-то важный урок. В каждом испытании есть смысл. Подобно тому, как COVID-19 захватил весь мир в свои объятия, с такой же масштабностью должна произойти переоценка нашей собственной жизни. Правильно ли движется человечество в своем развитии? XX в. не дал ответа на этот вопрос, оставив решение за XXI в.

Глобальная вспышка коронавирусной инфекции – это не месть природы, а результат того, что мы с ней сделали. Возможно, это последнее предупреждение человечеству. Всевышний закрыл нам рты с помощью масок, потому что устал от брани, лжи, наветов и малодушия; заставил мыть руки и подносить хлеб ко рту чистыми руками; приостановил молитву в храмах – туда стали ходить для исполнения ритуалов, а не для духовного очищения. Люди погрязли в социальных сетях и перестали ценить живое общение. Вопрос шекспировского героя «Быть или не быть?» сейчас особенно актуален. Трагичный урок, который переживает человечество, нужно усвоить и приложить максимум усилий, чтобы слово «быть» звучало оптимистично и торжествующе. Человек должен научиться ответственности, о которой давно забыл. Не следует противостоять природе и подминать ее под себя, нужно жить с ней в гармонии. Она не останется в долгу и обязательно ответит.

После окончания пандемии мир изменится, и мы должны стать другими. Станем ли? Человек изменяет природу, но натура его не меняется. И если для природы угроза заключается в изменениях, то для человека – в его неизменности. Можно утверждать, что это не так, что людей изменяет прогресс – но где доказательства? Новые технологии увеличили производительность труда и качество продукции, но не производителей. Подтверждением служат две последние мировые войны. Что изменилось? В XXI в. человек стал жить комфортнее, но это не принесло душевного спокойствия. Войны и вооруженные конфликты продолжаются и ведутся более изощренными способами. Неужели, правда, что человек – сын Бога, но воспитанник дьявола, и человечеству уготован апокалиптический путь?

Недостаточность знаний о природе инфекционных болезней, неспособность прогноза, полноценного выявления и контроля над ними являются основой для манипулирования общественным мнением и нагнетания панических настроений с целью получения политических и экономических выгод. Эти обстоятельства выдвигают на первый план проблему инфекционной патологии, которая сегодня вышла далеко за рамки этого раздела медицины. Инфекции далеко не исчерпали своего смертоносного потенциала, и это заставляет человечество с опаской смотреть в будущее.

Зам. главного редактора  
профессор

Ю. К. Абаев



*Кандидат медицинских наук Л. Э. Кузнецова*

## ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Сохранение здоровья детей и подростков является приоритетным направлением социальной политики любого государства. Здоровье подрастающего поколения определяет на перспективу трудовой и репродуктивный потенциал страны, который влияет на ее экономическую стабильность и демографическую безопасность.

Детская гинекология – специальность на стыке педиатрии и гинекологии. Необходимость выделить детскую гинекологию в отдельную дисциплину стала очевидной в конце XX в., что позволило решать проблему детских гинекологических заболеваний. В своей практической деятельности гинеколог часто сталкивается с трудностями при диагностике и лечении гинекологических заболеваний у детей и подростков, высокая частота которой отмечена во всем мире. Это касается в первую очередь оценки запоздалого полового развития, аномалии развития половых органов, поликистоза яичников. Все перечисленные патологии и заболевания являются фактором риска ухудшения репродуктивного потенциала будущего поколения.

Согласно данным ежегодного статистического сборника, в Республике Беларусь на начало 2020 г. проживало всего 9 465 675 человек, из них детей и подростков – 2 053 655 (21,7 %), то есть каждый пятый; каждый десятый (997 577 (10,5%) человек) гражданин Беларуси – девочки и девушки до 19 лет. Девочек в возрасте до 10 лет – 539 828 (5,7%), 10–19 лет – 457 748 (4,8%).

Ряд отечественных и зарубежных авторов утверждают, что соматические заболевания, эндокринные нарушения у девочек в детском и подростковом возрасте приводят к неполноценному морфофункциональному развитию репродуктивной системы, вследствие чего растет гинекологическая заболеваемость, реализующаяся в детородном возрасте увеличением числа осложнений беременности и родов, бесплодием. Выявленные отклонения в состоянии здоровья школьников указывают на необходимость проведения своевременной оценки физического развития, здоровья и профилактики как соматических, так и гинекологических заболеваний.

Анализируя проведенные исследования М. М. Солтан и А. П. Чичко по оценке здоровья современных школьников на примере г. Минска, установлено, что дети с гармоничным физическим развитием состав-

ляют только 41,8%. Дефицит массы тела выявлен у 27,2%, ожирение – у 30,9%.

При анализе хронических заболеваний детей и подростков было установлено, что болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ занимают 6-е место и составляют 6,3%. В структуре эндокринной патологии заболевания щитовидной железы занимают 1-е место и составляют 60%. Общеизвестно, что широкая распространенность функциональных отклонений и хронических заболеваний негативно влияет на формирование репродуктивного здоровья подростков. Выявленные отклонения в состоянии здоровья школьников указывают на необходимость проведения своевременной оценки физического развития, здоровья и профилактики как соматических, так и гинекологических заболеваний.

Задачи детской гинекологии:

- оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи детскому и подростковому населению;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение гинекологических заболеваний у детей и подростков;
- оказание социально-правовой помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья матери и ребенка;
- внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения у юных беременных и гинекологических больных;
- внедрение передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи.

Реализация репродуктивной функции женщины в современных условиях показывает, что подготовка к материнству должна начинаться задолго до наступления зрелого возраста, вестись с учетом состояния здоровья в пубертатном периоде, а иногда и в детстве.

Таким образом, детская гинекология позволяет решить проблему детских гинекологических заболеваний.

### **Возрастные анатомо-физиологические особенности развития женских половых органов**

Различают следующие периоды полового развития девочек:

- внутриутробное развитие;

## Тема номера

- новорожденность (первые 6–8 недель жизни);
- детство (до 6–7 лет);
- половое созревание (от 7–8 до 17–18 лет):
  - препубертатный период (от 7–8 лет);
  - пубертатный период (первая фаза – 10–13 лет, вторая фаза – 14–17 лет).

*Период внутриутробного развития.* В процессе эмбрионального развития первыми закладываются половые железы. У эмбриона на 3–4-й неделе развития (длина – 4 мм) на внутренней поверхности первичной почки образуются закладки гонады. Половая дифференцировка индуцируется половыми хромосомами, поступившими в яйцеклетку в процессе оплодотворения. Внутренние половые органы (маточные трубы, тело и шейка матки, верхняя треть влагалища) формируются с 5–6-й до 18-й недели внутриутробного развития. Наружные половые органы с 17-й недели начинают свое быстрое развитие, которое заканчивается к 24–25-й неделе. Максимальное число фолликулов (7 млн), приходится на 20-ю неделю внутриутробной жизни.

*Период новорожденности.* Девочка рождается с четко дифференцированными по женскому типу наружными половыми органами. Различают следующие особенности:

- преобладает влияние материнских эстрогенов;
- отмечается незначительное увеличение и нагрубание молочных желез;
- у новорожденных девочек могут наблюдаться кровянистые выделения из половых путей вследствие падения уровня материнских эстрогенов;
- клитор относительно велик;
- вестибулярные железы не функционируют;
- влагалище (длиной 25–35 мм) расположено по вертикальной оси, реакция его кислая, обнаруживаются палочки Дедерлейна;
- слизистая оболочка влагалища и преддверия влагалища утолщена, ярко-красного цвета;
- матка (длиной 30 мм) расположена в брюшной полости, соотношение шейки матки и тела – 3 : 1, матка находится в антеверзии;
- в области наружного зева нередко имеется псевдоэрозия, цервикальный канал заполнен густой слизью;
- маточные трубы длинные (35 мм), извитые;
- в яичниках имеются зреющие фолликулы.

Эти изменения носят транзиторный характер и связаны с влиянием материнских эстрогенов.

*Период детства* характеризуется медленным развитием половых органов. В возрасте 3 лет становится заметным процесс опускания в малый таз внутренних половых и некоторых соседних органов.

Влагалище устанавливается под острым углом к вертикальной оси, длина его почти не увеличивается (40 мм).

В первые годы жизни матка уменьшается в размерах, соотношение шейки и тела матки претерпевает следующую динамику: в 1 год – 2 : 1, в 4 года – 1,7 : 1, в 8 лет – 1,4 : 1. У девочки до 10-летнего возраста

маточная артерия не имеет извилистости; мочеточник соприкасается со средней частью шейки матки, а затем, до вхождения в мочевой пузырь – с передней стенкой влагалища.

В первые 6 лет эстрогенов у девочки немного, содержание их не отличается от того количества, которое вырабатывается у мальчиков.

*Период полового созревания.* В 7–8 лет усиливается выработка эстрогенов. Начинается скачок роста, появляются первые признаки феминизации фигуры, округляются бедра за счет увеличения и перераспределения жировой ткани, начинается формирование женского таза.

В 12–13 лет отмечается суточный ритм выбросов рилизинг-гормонов гипоталамуса, ритмичный характер выбросов лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), синтез эстрогенов яичниками. Увеличиваются молочные железы – телархе, во влагалище появляются лактобациллы, начинается оволосение лобка (11–12 лет) – пубархе. Процесс заканчивается наступлением менархе – первой менструации.

Увеличение матки начинается с 8 лет, но особенно интенсивно она увеличивается в 10–11 лет. В 12–13 лет появляется угол между телом и шейкой матки, матка занимает физиологическое положение (*anteflexio*) в малом тазу, соотношение шейки и тела матки становится равным 3 : 1.

В 14–17 лет устанавливается стабильный ритм секреции рилизинг-фактора, увеличивается выделение ЛГ и ФСГ, усиливается синтез эстрогенов в яичниках.

Рост молочных желез и половое оволосение завершают развитие, последним происходит оволосение подмышечных впадин, которое начинается в 13 лет. Менструальный цикл приобретает овуляторный характер. Анатомия внутренних половых органов соответствует анатомии взрослой женщины; соотношение длины шейки и тела матки – 1 : 2. Длина влагалища достигает 10 см, своды влагалища сформированы. Увеличиваются наружные половые органы. Формируется женский таз.

Особую группу представляют подростки. По определению ВОЗ, подростки – это лица в возрасте 10–19 лет. Различают ранний подростковый (10–12 лет), средний (13–15 лет) и старший подростковый (15 лет и старше) возраст. Подростковый возраст в настоящее время рассматривается как время больших рисков для здоровья.

На уровень репродуктивного здоровья подростков существенное влияние оказывают следующие факторы: раннее начало половой жизни, отсутствие постоянного партнера, рост среди молодежи инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), низкая осведомленность подростков о методах контрацепции и профилактике ИППП, использование аборта как метода регулирования рождаемости, высокий уровень хронических соматических заболеваний, приобщение к вредным привычкам, таким как курение, употребление алкоголя и наркотиков.

### Особенности гинекологического обследования девочек

В Республике Беларусь работает трехэтапная (ступенчатая) система организации специализированной гинекологической помощи детям и подросткам:

1-й этап – дошкольные учреждения, школы и средние специальные учебные заведения;

2-й этап – специализированные кабинеты гинекологии детского и юношеского возраста;

3-й этап – специализированные стационарные отделения с консультативным кабинетом при них.

Задачи 1-го этапа – широкая санитарно-просветительная работа педиатров, акушеров-гинекологов, акушерок среди девочек, родителей и педагогов; профосмотры девочек и девушек, а также выделение групп риска по нарушению функций репродуктивной системы в период полового созревания с активной передачей этого контингента пациентов для наблюдения в кабинете гинекологии детского и юношеского возраста.

Задачи 2-го этапа – диагностика и лечение в условиях поликлиники, направление в стационар, наблюдение после выписки из стационара, организационно-методическое руководство работы учреждений 1-го этапа; динамическое наблюдение групп риска в поликлинических условиях и активная передача их в последующем в женскую консультацию.

Задачи 3-го этапа – диагностика и лечение в стационаре, преемственность в работе с кабинетами гинекологии детского и юношеского возраста, организационно-методическая работа (повышение квалификации, внедрение достижений науки в практику и др.).

Амбулаторную гинекологическую помощь девочкам и подросткам оказывают в специализированных кабинетах, которые обычно размещены в детских поликлиниках или женских консультациях. Стационарную гинекологическую помощь оказывают в гинекологических отделениях многопрофильных больниц, на базе областных родовспомогательных организаций III уровня и в РНПЦ «Мать и дитя» (IV уровень).

Трехэтапная ступенчатая система организации гинекологической помощи детям и подросткам позволяет проводить обследование, профилактику и лечение репродуктивной патологии у девочек с рождения до репродуктивного возраста.

При обследовании и лечении девочек и подростков медицинским работникам необходимо соблюдать дополнительные юридические и этические требования; медицинские работники вынуждены прибегать к специфическим диагностическим и лечебным приемам.

Для специализированного кабинета детей и подростков с гинекологическими заболеваниями отводятся две смежные комнаты, чтобы в одной из них расположить стол для врача, кушетку, игрушки для детей, во второй – гинекологическое кресло, столики и шкаф для инструментов (детские влагалищные

зеркала с освещением, вагиноскопы, желобоватые зонды). В первом помещении проводят опрос пациентов и их родителей. Перед разговором с девочкой лучше расспросить мать или других родственников о больном ребенке, а затем задать дополнительные вопросы девочке. Во втором помещении проводят осмотр девочек и лечебные процедуры в присутствии матери.

Структура детского гинекологического отделения должна соответствовать общепринятому детскому стационару любого профиля (палаты, столовая, игровая, душевая комната и т. д.). Должны быть процедурный и смотровой кабинеты. В одном из них проводят внутривенные манипуляции, в другом – общий и гинекологический осмотр ребенка.

В специализированном кабинете должен работать опытный акушер-гинеколог, получивший специальную подготовку, овладевший искусством сбора гинекологического анамнеза, антропометрией, вагиноскопией, кольпоцитологическими и другими методами обследования. Вместе с врачом должна работать опытная акушерка, обученная методам осмотра и опроса детей, а также имеющая навыки в проведении ряда лечебных процедур: спринцевания, введении свечей во влагалище, инстилляции лекарственных веществ и др.

Первый гинекологический осмотр осуществляют в родильном доме; он позволяет выявить различные нарушения развития половых органов, диагностировать гормональные кризы и воспалительные процессы.

Второй гинекологический осмотр осуществляют в возрасте 6–7 лет (перед поступлением в школу).

Третий гинекологический осмотр проводят в период полового созревания. Целью осмотра является диагностика нарушений полового развития.

Факторы, оказывающие влияние на нарушение развития и функции репродуктивной системы у детей и подростков:

- наследственность;
- осложненное течение беременности у матери;
- вредные привычки матери;
- перенесенная внутриутробно хроническая гипоксия;
- родовая травма;
- стрессы;
- физические травмы;
- переутомление;
- неблагоприятные бытовые условия;
- острые и хронические инфекции (глистная инвазия, хронический тонзиллит, детские инфекции, туберкулезная интоксикация и др.);
- органические и функциональные нарушения ЦНС вследствие родовых травм и асфиксии;
- гипо- и авитоминозы;
- нарушение функций щитовидной железы и коры надпочечников и др.

Гинекологическое обследование девочки недопустимо проводить в присутствии других пациентов или посторонних лиц. Общее обследование девочек

## Тема номера

целесообразно проводить по методике, принятой в педиатрии и гинекологии.

**Амбулаторные диагностические процедуры у девочек до 18 лет с гинекологическими заболеваниями.** Специальное обследование девочек и подростков проводят в следующей последовательности.

✓ Сбор анамнеза, включающего жалобы, анамнез жизни и анамнез заболевания. Выясняют условия быта, питания, режим дня, успеваемость, любимые занятия, поведение в коллективе, взаимоотношение со сверстниками; возраст наступления менархе, продолжительность первой менструации, регулярность последующих менструаций, их характер и продолжительность, обильность, болезненность.

✓ Общее физикальное обследование – обследование ротоглотки, легких, органов кровообращения, мочевыводящей системы, осмотр, пальпация и перкуссия живота.

✓ Измерение артериального давления.

✓ Подсчет индекса массы тела.

✓ Оценка соответствия полового и физического развития возрасту пациентки – оценивают степень развития вторичных половых признаков.

✓ Осмотр наружных половых органов – обращают внимание на их развитие, цвет слизистой оболочки вульвы, состояние девственной плевы.

✓ Ректоабдоминальное обследование – определяют положение, размер, подвижность матки, соотношение между размерами тела и шейки матки, состояние придатков матки. В детской практике, как правило, ректоабдоминальное исследование не проводят, а заменяют его прямокишечно-брюшностеночным.

✓ УЗИ внутренних половых органов.

✓ Рентгенография кистей рук для определения биологического (костного) возраста.

Особенности гинекологического исследования у детей и подростков:

• в первые 2 года:

- помощь кого-либо из родителей;
- осмотр наружных половых органов;
- осмотр девственной плевы;
- использование отоскопа.

• от 2 до 5 лет:

- убеждение, что обследование не причинит боли;
- принудительное обследование не приемлемо (ребенок надолго запоминает его);

– осмотр наружных половых органов (спросить разрешение развести большие половые губы, что способствует сознательному участию ребенка в исследовании);

– осмотр в коленно-грудном положении;

– по показаниям – ректоабдоминальное обследование;

– при отказе девочки от гинекологического обследования его проводят под анестезией.

• от 5 лет до подросткового возраста:

- осмотр наружных половых органов;

– по показаниям – осмотр влагалища и шейки матки (с использованием отоскопа);

– по показаниям проводят ректоабдоминальное обследование;

– при отказе от гинекологического обследования осмотр проводят под общей анестезией.

• в подростковом возрасте:

– прежде чем начать обследование, объяснить, почему оно необходимо, какие сведения дает, описать этапы;

– с помощью пластмассовых моделей тазовых органов можно продемонстрировать ход обследования;

– нужно показать инструменты;

– по желанию девушки во время обследования может присутствовать кто-нибудь из родителей.

– производят полное гинекологическое обследование.

В зависимости от характера заболевания половых органов девочки применяют следующие дополнительные методы обследования:

• вагиноскопию;

• зондирование влагалища и полости матки;

• аспирационную биопсию;

• определение гормонов и их метаболитов;

• тесты функциональной диагностики;

• компьютерную томографию;

• ультразвуковое сканирование;

• бактериоскопию;

• лапароскопию и др.

### Гинекологические заболевания детского и подросткового возраста

Структура гинекологических заболеваний девочки различна в разные возрастные периоды: до полового созревания характерны воспалительные заболевания наружных половых органов, после – чаще нарушения менструального цикла.

Структура гинекологических заболеваний:

• острые и хронические воспалительные заболевания половых органов;

• аномалии развития и положения женских половых органов;

• эндометриоз;

• альгодисменорея, ювенильные кровотечения;

• свищи, травмы половых органов;

• доброкачественные опухоли, опухолевидные образования;

• осложнения беременности на ранних сроках, аборт и его осложнения;

• ИППП.

Проблемой подросткового возраста также являются ювенильные беременности и роды. Проблемы планирования семьи у подростков во всем мире особенно остро возникли в конце 1980-х – 1990-х гг., когда изменились социально-экономическая обстановка, морально-этические нормы в обществе.

Рост уровня заболеваний репродуктивной системы среди девочек является не только медицинской, но и социальной проблемой.

За последнее десятилетие частота заболеваний гениталий воспалительного характера у девочек увеличилась в 5,4 раза. Это касается и заболеваний, передаваемых половым путем, и неспецифических вульвовагинитов у девушек, не живущих половой жизнью.

*Вульвовагинит* – воспаление наружных половых органов и влагалища, часто отмечается у девочек. Предпосылкой для развития являются анатомо-физиологические особенности гениталий в детском возрасте: покровы вульвы и слизистая оболочка влагалища в нейтральный период рыхлые, нежные, ранимые; содержимое влагалища имеет щелочную реакцию, эпителий не содержит гликогена. В препубертатном и пубертатном возрасте вульвовагиниты у девочек возникают значительно реже, что связано с повышением эндокринной функции яичников, усилением синтеза гликогена в слизистой оболочке влагалища.

Факторы, влияющие на уровень воспалительных заболеваний у подростков, – низкая санитарная культура, нарушения микроэкологии влагалища на фоне острых и/или хронических заболеваний, применение антибиотиков, процесс акселерации, увеличение половой активности подростков. Первый половой дебют регистрируется в возрасте 15–16 лет, а иногда и в 14 лет. Изменились понятия о морали и нравственности, терпимость общества к незарегистрированным брачным отношениям, увеличению числа беспорядочных половых связей.

*ИППП.* В настоящее время нередко встречаются трихомониаз, хламидийная, уреамикоплазменная инфекции, гонорея. Согласно официальным данным статистики, в Республике Беларусь в 2019 г. всего зарегистрировано 775 случаев гонококковой инфекции (8,2 случая на 100 тыс. населения); хламидийной – 4148 случаев (43,8 на 100 тыс. населения). Эти показатели в 2015 г. составили 2116 случаев (22,3 на 100 тыс. населения) и 7238 случаев (76,3 на 100 тыс. населения) соответственно.

Официальных данных по данным заболеваниям среди подростков за 2019 г. нет. За 2015 г. в возрасте 15–17 лет зарегистрировано на 100 тыс. населения: гонореи – 18,8 случая, трихомонадной инфекции – 51,8, хламидийной инфекции – 27, урогенитального герпеса – 8,3 случая. В возрасте 18–19 лет эти показатели составили 69,1; 499,9; 299,3 и 85 случаев соответственно.

Серьезные последствия имеют хламидийный, мико- и уреоплазменные вульвовагиниты. Длительный нелеченый специфический процесс в гениталиях девочек может привести к бесплодию, невынашиванию беременности, преждевременным родам и патологии плода. ИППП, перенесенные в детском и подростковом возрасте, являются причиной множества осложнений, оказывающих влияние на всю последующую жизнь, таких как трубное бесплодие, внематочная беременность, генитальные неоплазии и т. д.

*Аномалии развития половых органов.* Частота аномалий развития половых органов составляет 4% от числа всех пороков развития. Аплазия матки и влагалища – порок развития половых органов, при котором необходим индивидуальный план лечения. В ряде случаев в результате формирования аномалий влагалища требуется создание искусственного влагалища. Лечение девочек с такой патологией требует участия детского гинеколога, педиатра, психотерапевта и физиотерапевта. Успешное лечение может привести к улучшению качества жизни девочек-подростков.

*Аномальные маточные (ювенильные) кровотечения* являются одной из основных проблем подростковой гинекологии.

Ювенильные кровотечения – расстройство менструального цикла у девочек в период полового созревания, проявляющееся в виде обильных маточных кровотечений или менее обильных, но весьма длительных, циклического или ациклического характера, изнуряющих больных.

Ювенильные кровотечения возникают в результате нарушения нейрогуморальной регуляции менструальной функции, когда нарушается баланс гонадотропинов и яичниковых гормонов.

Причины ювенильных кровотечений должны быть учтены при назначении терапии.

Принципы лечения:

✓ Скорейшая остановка кровотечения – создание физического и психического покоя, рациональное питание, правильный режим труда и отдыха, утеротонические средства, препараты кровоостанавливающие, укрепляющие сосудистую стенку, антианемические (препараты железа), при отсутствии эффекта – гормональный гемостаз: прием по определенной схеме чистых гестагенов («Дидрогестерон», «Линестренол») или низкодозированных эстроген-гестагенных комбинированных препаратов (диеногест + этинилэстрадиол); как крайняя мера – выскабливание слизистой оболочки матки; применяют средства, стабилизирующие функцию ЦНС. В тяжелых случаях используют кровозаменители и препараты крови.

✓ Нормализация менструальной функции путем применения циклической витаминотерапии и низкодозированных монофазных эстроген-гестагенных препаратов по контрацептивной схеме.

Таким образом, при лечении ювенильных кровотечений применяют медикаментозную и немедикаментозную терапию.

*Аменорея* – отсутствие менструации в течение более чем 6 месяцев.

*Альгодисменорея* – болезненные менструации, частота – до 60%. Альгодисменорея представляет собой циклический патологический процесс, который может сопровождаться эмоционально-психическими, вегетативными и обменно-эндокринными нарушениями.

## Тема номера

*Преждевременное половое созревание* – появление вторичных половых признаков и менструально подобных кровянистых выделений у девочек до 8 лет.



Девочка 10 лет. Преждевременное половое созревание

*Задержка полового развития* – отсутствие или недоразвитие вторичных половых признаков у девочек 13–14 лет и отсутствие менструации в 15–16 лет.

*Опухоли половых органов.* Кисты у девочек чаще возникают в период полового созревания и могут быть обусловлены нарушением гипоталамо-гипофизарной регуляции яичников. Ретенционные опухоли (кисты) яичников не требуют оперативного лечения (если нет перекрута ножки), так как они самостоятельно исчезают.

В детском возрасте опухоли эпителиального генеза (псевдомуцинозные и цилиоэпителиальные кисты, рак) встречаются редко.

Гранулезоклеточные (феминизирующие) опухоли у детей могут возникать вследствие преждевременного полового созревания.

Андробластома – маскулинизирующая опухоль яичника.

Дермоидные кисты обоих яичников встречаются часто в детском возрасте и клинически проявляются в виде сдавления соседних органов или перекрута ножки кисты.

Диагностика опухолей у девочек затруднена в связи с особенностями анатомического расположения матки и придатков. До 4–5 лет эти органы у них располагаются в брюшной полости, и опухоль может располагаться довольно высоко даже при небольших размерах. Характер оперативного вмешательства при опухолях яичников у девочек щадящий.

Показания к госпитализации девочек в стационар в экстренном порядке:

- заболевания внутренних половых органов, требующих неотложного хирургического лечения: перекрут ножки кисты яичника, разрыв кисты яичника, tuboовариальный процесс, внематочная беременность и др.;
- ювенильные кровотечения;
- осложнения беременности, сопровождающиеся кровотечением;
- септические осложнения, обусловленные воспалительными процессами в органах репродуктивной системы различной этиологии;
- травмы женских половых органов, сопровождающиеся нарушениями функции, кровотечением.

Данную категорию пациенток госпитализируют в ближайшие гинекологические стационары по месту жительства или РНПЦ «Мать и дитя».

Задача практического здравоохранения – профилактика детских гинекологических заболеваний.

Одним из основных направлений профилактической работы акушерки является контроль за состоянием здоровья девочек и девушек. Акушерка ведет санитарно-просветительную работу на своем участке: читает лекции, проводит беседы с будущими матерями (беременными) и отцами; в дошкольных учреждениях – с педагогами и воспитателями, с родителями; в школах – со школьниками; в средних специальных заведениях и вузах – со студентами и учащимися.

Приблизительная тематика работы акушерки по половому просвещению и воспитанию в детских, дошкольных учреждениях и учебных заведениях:

- уход за новорожденными;
- гигиена детей и подростков;
- гигиена во время менструального цикла;
- современные методы контрацепции;
- гигиена половой жизни;
- профилактика ИППП;
- профилактика ВИЧ/СПИД;
- вред аборта;
- вред курения и алкоголя.

Акушерка также распространяет специальную литературу, буклеты и бюллетени среди подростков и молодежи, участвует в проведении выставок, организации витрин, санитарных уголков, демонстрации



рует специальные кинофильмы (например, в школе – фильм о противозачаточных средствах) и т. д.

Актуальным является проведение с учащимися школ и ссузов бесед, лекций о последствиях раннего начала половой жизни, контрацепции, профилактике ИППП, пропагандирующих ценность семьи и брака.

В настоящее время необходимо продолжить объединение медицинских, педагогических, социальных и общественных организаций для проведения организованных форм работ по предупреждению ИППП, несвоевременной беременности у подростков. ВОЗ рекомендует следующие виды профилактики ИППП: первичную и вторичную.

Первичная профилактика подразумевает создание эффективных программ, направленных на формирование ответственного сексуального поведения, по отсрочке начала половой жизни у девушек, на обучение безопасному сексуальному поведению, умению сказать нет, увеличение доступа к контрацептивам.

Вторичная профилактика – это организация медицинской помощи пациентам с ИППП; она направлена на снижение вероятности снижения передачи инфекции половым партнерам и повторного заражения ИППП.

Раннее выявление патологии репродуктивной системы у девочек и подростков, профилактика гинекологических заболеваний, ИППП, аборт, улучшение оказания гинекологической помощи и реабилитационных мероприятий позволяют улучшить качество жизни этой возрастной категории, демографическую ситуацию в Беларуси.

Таким образом, состояние репродуктивного здоровья современных девочек является фактором, который определит в будущем воспроизводство населения и демографическую ситуацию в стране.

Внимательное отношение к здоровью девочек может в будущем стать им счастливыми мамами здо-

ровых детишек и решить проблему демографической безопасности в республике.

### Использованная литература

1. *Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2019 год.* – Минск, 2020. – 257 с.
2. «Оказание амбулаторной и стационарной специализированной детской гинекологической помощи»: инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь. – Минск, 2008. – 10 с.
3. *Инфекции, передаваемые половым путем // ВОЗ. Информационный бюллетень.* – 2016.
4. *Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья: пособие для врачей и среднего медицинского персонала / под ред. Е. М. Русаковой [и др.].* – Минск, 2011.
5. *Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии.* – Минск, 2018.
6. *Малевиц Ю. К. Гинекология: учебное пособие.* – М., 2018.
7. *Молодежь в Содружестве Независимых государств: статистический портрет.* – М., 2018. – С. 75.
8. *Справочник врача женской консультации / под общ. ред. Ю. К. Малевица.* – М., 2014. – С. 86–97.
9. *Солтан М. М., Чичко А. П. Состояние здоровья современных школьников на примере г. Минска / М. М. Солтан, А. П. Чичко // БГМУ в авангарде медицинской науки и практики.* – Минск, 2018.
10. *Сурмач М. Ю. Качество жизни подростков Республики Беларусь: связь со здоровьем: монография.* – Гродно, 2013. – 228 с.
11. *Уварова Е. В. Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей.* – М., 2009. – 384 с.



*Доцент В. К. Милькаманович*

## ПНФ-ТЕРАПИЯ КАК ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

*Белорусский государственный университет*

ПНФ-терапия (проприоцептивная нейромышечная фасилитация) – инновационный метод кинезиотерапии, который при двигательных расстройствах позволяет эффективно увеличить или облегчить моторную функцию больного человека, используя для этого все его сенсорные рецепторы. ПНФ-терапия восстанавливает функциональные связи между нервной системой, которая руководит двигательным актом, и мышцами, непосредственно осуществляющими движение. Она позволяет в кратчайшие сроки восстановить утраченную двигательную функцию, а также предупредить ее нарушения у людей разных возрастов и физической подготовки.

### **Физиологические аспекты ПНФ-терапии**

В мышцах, суставных сумках, связках и коже расположено множество чувствительных рецепторов, реагирующих на сжатие, растяжение и т. д. Это – проприорецепторы. Сигналы от них, в свою очередь, передаются на разные уровни центральной нервной системы (ЦНС) (в спинной мозг, подкорковые центры, кору головного мозга), где формируется система движений всего тела. Проприоцепция обеспечивает ощущение положения и позы тела, направления и скорость движения, мышечных усилий (тонуса мышц).

Здоровый человек даже в расслабленном состоянии чувствует положение своего тела и отдельных его частей. Вследствие определенного ряда травм и заболеваний проприоцептивная чувствительность может быть нарушена: человек не контролирует координацию движений, может не рассчитать их амплитуду, а в некоторых случаях не способен двигать с закрытыми глазами или в темноте.

Возбуждение в спинном мозге и подкорковых центрах обеспечивает безусловные рефлексы – врожденные механизмы, не зависящие от воли человека. Результатом этого становятся более или менее сложные реакции организма. Например, мышца напрягается в ответ на ее быстрое растяжение, а раздражение кожных или подкожных рецепторов (экстерорецепторов) тканей вызывает рефлекс сгибания конечности.

Возбуждение в коре головного мозга обеспечивает условные (приобретенные) рефлексы. Результат анализа возбуждения в двигательном поле коры головного мозга – определенное произвольное действие (сознательное, целенаправленное), например все бытовые действия подопечного.

Такая стимуляция внешних и внутренних рецепторов, а также коры головного мозга концентрирует сигналы и возбуждение в пораженных мышцах, способствует образованию новых двигательных связей и, как следствие, восстановлению проводимости нервов.

Именно интенсивность и большая область раздражения лучше всего активизирует утраченную или нарушенную двигательную функцию, способствует созданию новых нервных связей.

Следует иметь в виду, что разнообразные привычные движения, которые совершаются ежедневно (и в течение всей жизни) имеют определенную схему или шаблон (паттерн). В повседневной деятельности человек никогда не совершает изолированных движений, но всегда несколько отдельных движений бывают связаны между собой во времени.

Например, совершая хватательное движение кистью руки, человек обязательно рефлекторно сгибает руку в локте и разгибает в плечевом суставе. Это флексорный (притягивающий) тип движения. Аналогичен ему экстензорный (отталкивающий) тип, для которого характерна своя последовательность движений. То есть обычные различные движения – есть действие неких мышечных цепочек, все звенья которых рефлекторно подключаются в зависимости от того, какое движение нужно совершить. Зная эти цепочки, можно заставить заработать слабые звенья мышц при помощи работы их более сильных звеньев.

С помощью растяжения, сжатия, скручивания нужных участков мышц можно воздействовать на данные рецепторы, что стимулирует, инициирует и облегчает выполнение какого-либо движения (всего тела или конечности, вплоть до движений век и мимической мускулатуры). Таким же образом можно корректировать правильное направление, силу и объем движения.

Важным аспектом метода является и то, что можно стимулировать работу какой-либо части тела, не работая с ней непосредственно, а опосредованно через другие (возможно, более здоровые) области. Сильные, здоровые мышцы помогают активизироваться ослабленным. Например, сильные мышцы кисти способствуют укреплению работы ослабленных мышц плеча; сильные мышцы стопы – работе слабых мышц, окружающих коленный сустав. Также

это находит применение в случаях иммобилизации конечности для предотвращения мышечной дистрофии в ней.

Это значит, что, если нет возможности воздействовать напрямую на пораженную мышцу, можно заставить ее работать, используя нормально функционирующие мышцы и части тела. Пораженная мышца никогда не работает одна, а всегда в сочетании со здоровыми. Слабые и «выключенные» мышцы «подстегиваются» работой здоровых мышц-синергистов. Мышцу, которую требуется включить, не изолируют, а вовлекают в комплексное движение нескольких групп мышц. В сочетании с волей пациента вызывается более сильный отклик – пораженная мышца сокращается больше и активнее.

Таким образом, посредством работы здоровых мышц налаживается двигательная активность связанных с ними пораженных, ослабленных, бездействующих мышц. Метод позволяет добиться выполнения движений, которые пациент по каким-либо причинам не может произвести самостоятельно (которые не входят в его спонтанную моторику).

Благодаря ПНФ-стимуляции происходит формирование и закрепление движения на более высоких уровнях ЦНС, в результате чего появляются новые правильные статические и динамические стереотипы, повышается двигательная активность.

#### **Целевые направления воздействия ПНФ-терапии**

Метод ПНФ включает в себя ряд специальных схем упражнений определенных типов. Последовательные и смежные движения имитируют нормальную работу мышц. Они напоминают естественные движения и в то же время за счет стимуляции проприорецепторов улучшают функциональное состояние мозговых центров движения.

Такие упражнения способствуют (облегчают, упрощают) последовательному сокращению и растяжению болезненных, напряженных мышц в организме. Важно помнить, что успех процедуры зависит от полного расслабления. Подопечный должен как бы забыть механику выполнения простейших движений, причиняющих боль.

В процессе проприоцептивного нервно-мышечного упрощения удастся исправить большинство дефектов. Также даются рекомендации, как исключить лишнюю нагрузку на мышцы и конечности при любой физической активности. ПНФ достигает этой цели за счет серии упражнений на растяжку, которые больной человек может применять в повседневной жизни.

Квалифицированный специалист выявляет слабые мышечные и суставные элементы и разрабатывает программу терапии. Во время индивидуальных занятий специалист задает амплитуду и траекторию движения, заново учит клиента выполнять простые и сложные упражнения. Подобные манипуляции не только благотворно влияют на мышечную систему, но и стимулируют участки головного мозга, отвечающие за координацию и механику движений.

Метод ПНФ начал применять еще в 1940-х гг. доктор Г. Кабат в США. В основу метода легли его глубокие исследования движений пациентов и анатомо-физиологических связей мышц и нервов. Он писал: «Все люди, включая людей с ограниченными возможностями, имеют нереализованный физический потенциал. Поэтому реабилитолог, применяя данную методику, всегда должен быть нацелен на реализацию скрытых резервов организма пациента». Отсюда следует, что задача реабилитолога при нарушениях двигательной активности – задействовать сохранные (имеющиеся) в здоровых частях тела силы пациента для восстановления нормального движения пораженных травмой или заболеваниями конечностей и отдельных мышц.

Изначально Г. Кабат использовал свои разработки в лечении больных полиомиелитом и тяжело раненных военных. Но позже ПНФ стали с успехом применять в реабилитации взрослых людей и детей с другими заболеваниями.

Сегодня методику ПНФ применяют при различных заболеваниях и травмах, связанных с поражением ЦНС и сопровождающихся нарушением двигательной активности (ДЦП, постинсультные состояния, травмы головного и спинного мозга, периферической нервной системы и др.); при реабилитации после полученных травм (когда есть мышечная гипотрофия или контрактуры); при нарушениях осанки.

При условии регулярных тренировок с инструктором к больному человеку со временем возвращается способность ощущать свое тело, держать равновесие, осанку и контролировать движения независимо от внешних обстоятельств. В свою очередь, коррекция осанки и двигательных проблем приводит к улучшению физического состояния всего организма.

ПНФ нашла также применение в спортивной медицине для выполнения растяжки мышц-антагонистов, тактильной и визуальной стимуляции, сопротивления, тракции, восстановления после спортивных травм, для общего оздоровления спортсмена.

#### **Основные принципы ПНФ-терапии**

Существует ряд основных принципов метода ПНФ-терапии.

✓ Занятия всегда позитивные, построены на активном сотрудничестве подопечного с инструктором, не причиняют никаких болезненных ощущений. При этом происходит восстановление правильных схем движения, улучшается эргономика и, как следствие, повышается качество жизни больного человека.

✓ Полное исключение работы только с пораженной мышцей. Вместо изолированного движения пораженной мышцы предлагается комплексное движение, охватывающее одновременно и последовательно многие мышечные группы. Инструктор старается возобновить моторную функцию сразу всех мышечных групп, поскольку пораженная мышца не работает одна, а только в совокупности с другими.

## Наблюдение, реабилитация и уход

✓ Предварительное растяжение паретичной мышцы перед тренировкой, что облегчает ее сокращение. Как и в обычных занятиях лечебной физкультурой, упражнения ПНФ требуют предварительной разминки мышц во избежание различных микротравм и болевых ощущений.

✓ Интенсивная нагрузка и отказ от постепенного возрастания физических нагрузок. Максимальное сопротивление предлагается с самого начала тренировок. Пассивные движения являются важной составляющей двигательной активности, однако они практически никак не влияют на функционирование неработающих мышц. Сопротивление, создаваемое тренером, а также усиленная нагрузка без постепенного динамического роста способствуют лучшей проработке пораженных областей мышечного корсета.

✓ Пренебрежение усталостью и работа только по интенсивной программе максимальной активности – каждое усилие должно сопровождаться максимальной реакцией. Причина снижения силы не усталость паретичной мышцы, а привычная бездеятельность. Так, например, частое утомление передней большеберцовой мышцы во время ходьбы приводит к тому, что мышца выключается из комплекса произвольных движений, больной человек привыкает к передвижению без нагрузки этой мышцы, а ее бездеятельность снижает мышечную силу. Применение же метода проприоцептивного мышечного облегчения снимает утомление и бездеятельность отдельных мышц при выполнении движения.

✓ Постепенный переход от пассивных к пассивно-активным, а позже к свободным движениям.

✓ Психологическая поддержка. Используя данный метод реабилитации, человек чувствует истинную силу и хочет работать дальше, совершенствуя ее. С людьми, лишенными мотивации и желания работать, занимается медицинский психолог.

✓ Естественная последовательность проработки всех групп мышц (например, от кистей рук к плечевому суставу и т. д.).

Перед выполнением определенного вида движения необходимо предварительно оценить функциональное состояние всех мышечных групп, принимающих участие в данном движении. Если, например, сила сгибателей пальцев и кисти окажется большей, чем сила мышц, сгибающих предплечье, движение следует начинать с сокращения мышц-сгибателей пальцев и кисти. В ходе упражнения необходимо делать акцент на более слабые составные части данного движения.

### Методические аспекты занятий по методу ПНФ-терапии

Методика проприоцептивного нейромышечного облегчения визуально напоминает сочетание мануальной терапии и лечебной гимнастики.

Главная особенность ПНФ-терапии – совместное активное мануальное, визуальное и аудиальное взаимодействие инструктора и подопечного (рис. 1).



Рис. 1. Взаимодействие инструктора и подопечного во время занятий

Человек способен сохранить в памяти максимум информации, в том случае если слушает, видит, проговаривает и демонстрирует одновременно. Следовательно, чем большее количество сенсорных органов участвует в процессе работы, тем крепче запоминание и усвоение.

Посредством мануального воздействия специалист стимулирует и корректирует выполнение движений тела больного человека, включая даже мимику лица. Его задача – создавать нужное стимулирующее действие (растяжение, сжатие, скручивание или давление) на нужные участки мышц пациента. Но последний не находится в пассивном состоянии, а волевым усилием старается напрячь необходимые мышцы по команде инструктора. Именно волевая реакция подопечного, его собственные максимальные возможные физические усилия дают максимум реакции со стороны ЦНС и мышц. Пациент должен хорошо понимать, что от него хочет инструктор. Например, кинезиотерапевт может попросить не только делать движение рукой, но и смотреть на нее.

Вследствие тесного взаимодействия с пациентом специалист всегда имеет возможность корректировать объем работы и степень нагрузки и выбирать задачи, наиболее актуальные в данный момент.

Иными словами, весь ПНФ-метод построен на непосредственном контакте инструктора с подопечным. Поэтому ПНФ в полном объеме затруднена у детей младше 4 лет, а также у взрослых, не способных концентрировать внимание, что осложняет активное взаимодействие при выполнении упражнений.

Проприоцептивное облегчение достигается при помощи следующих приемов:

- максимального сопротивления движению;
- реверсии антагонистов;
- ритмической стабилизации;
- предварительного растяжения пораженных мышц;

- комплексных двигательных актов;
- рефлексов.

**Максимальное сопротивление движению** методист оказывает руками. Сопротивление это не постоянное и меняется по всему объему во время движения сокращающихся мышц. Преодолевая максимальное сопротивление, упражняемый отдел конечности (например, голень) движется до определенной точки (рис. 2).



Рис. 2. Прием максимального сопротивления движению голени

Затем методист, увеличивая сопротивление, препятствует дальнейшему движению. Подопечного просят удерживать этот отдел конечности в заданном положении и, увеличивая сопротивление, добиваются наибольшей активности мышц в изометрическом режиме работы, при котором мышцы предельно напряжены, но движение отсутствует (рис. 3).



Рис. 3. Прием удержания голени в изометрическом режиме работы ее мышц

Увеличивают сопротивление очень осторожно, чтобы не превысить удерживающих возможностей мышц. Больной человек удерживает конечность в таком положении 1–2 с.

Затем, уменьшая сопротивление, просят продолжать движение. Изометрическая работа переходит в изотоническую.

При смене типа мышечной работы методист может значительно снизить сопротивление, чтобы облегчить пациенту быструю перемену характера усилия. С началом активного движения методист доводит сопротивление до максимального

Чередование типов мышечной работы проводят несколько раз на протяжении всего движения.

**Реверсия антагонистов.** Этот прием характеризуется изменением направления движения на обратное. Основой данного вида упражнений является последовательная индукция.

**Ритмическая стабилизация.** Этот прием начинается с изотонического движения конечности при максимальном сопротивлении. В определенной фазе движения больного человека просят удерживать конечность и увеличивают сопротивление соответственно силовым возможностям работающих мышц. Таким образом изотоническая форма работы мышц переводится в изометрическую.

Затем без отдыха оказывают сопротивление в противоположном направлении, и пациента опять просят удерживать конечность, но уже за счет мышц-антагонистов.

**Предварительное пассивное растяжение (удлинение) мышц.** Мышцы должны быть предварительно полностью растянуты (с включением соседних суставов, вблизи которых происходит данное движение). Учитывая анатомические особенности упражняемых мышц, конечности придают такое положение, при котором осуществляется растяжение паретичных мышц за счет сгибания или разгибания в нескольких суставах.

При выполнении упражнений на растяжку рекомендовано соблюдать все меры предосторожности, так как неправильное положение может привести к обратному эффекту.

Перед началом упражнений следует убедиться, что тело достаточно разогрето – это поможет избежать судорог и травм мышц. Для достижения лучшего результата при выполнении упражнений темп и интенсивность наращивают постепенно.

**Комплексные двигательные акты.** Комплексный двигательный акт осуществляется совместным сокращением паретичных и сохранных или менее пораженных мышц. Все упражнения построены на основе рабочих и спортивных движений человека. Движения такого типа наблюдаются при ходьбе, работе молотком, рубке дров, подъеме тяжести, толкании ядра, метании копьей, ударе по мячу и т. д.

Основные двигательные схемы в излагаемой методике лечебной гимнастики включают три типа движений: сгибание или разгибание; приведение или отведение; внутреннее или наружное вращение. Комбинация этих типов движений осуществляется в двух основных диагональных плоскостях.

## Наблюдение, реабилитация и уход

**Рефлексы.** Многие рефлексы могут быть использованы для облегчения произвольных движений. При выполнении таких упражнений стимулируют рефлекс и стремятся выполнить движение в той же группе мышц, которые сокращаются под влиянием рефлекса; могут быть использованы постуральные (позные) выпрямляющие рефлексы, шейно-тонические и вестибулярные рефлексы, регулирующие сидение и стояние.

ПНФ-терапия осуществляется в положении лежа, сидя или стоя в зависимости от степени нарушения двигательной активности. При тяжелых травмах и потере движений в конечностях лечение всегда начинается в горизонтальном положении, что облегчает восстановление утраченных навыков. Постепенное увеличение нагрузки и усложнение движений позволяет пациенту адаптироваться и включать в работу утраченные паттерны (схемы) движения.

На практике метод ПНФ-терапии основан на непосредственном контакте рук инструктора с телом пациента. Подопечный выполняет медленные движения, координируя их и преодолевая сопротивление, которое создает ему инструктор.

Правильный захват – одно из основных условий эффективного выполнения упражнений. Руки инструктора должны всегда противодействовать двигательным группам, стимулируя (путем давления) кожные рецепторы тех мышечных групп, которые совершают сокращение.

В ходе упражнения подопечный получает словесные команды, которые напоминают ему об очередных элементах движения, а также подготавливают к максимальному напряжению и сотрудничеству в выполняемом движении.

Словесные команды реабилитолога должны сопровождаться зрительным контролем со стороны па-

циента, чтобы он при необходимости мог скорректировать движение.

Упражнения желательно выполнять через 1 ч после приема пищи и за 30 мин – 1 ч до следующего приема пищи.

Длительность одного курса ПНФ-терапии составляет обычно 10 дней. Количество курсов варьируется в зависимости от диагноза и реабилитационного потенциала больного человека. Чтобы полностью восстановить здоровье, понадобится примерно 3 месяца (точный срок терапии определяется только после осмотра специалиста).

Таким образом, сущность ПНФ-терапии состоит в максимальном возбуждении периферии (экстеро- и проприоцепторов) и различных районов коры головного мозга с целью достижения мощной сигнализации и концентрации возбуждения в зоне повреждения.

Многokrатно повторенное движение может по принципу компенсации привести к созданию новых двигательных связей или к восстановлению нервной проводимости. Соответствующая координация движений, сочетающаяся с дозированным сопротивлением посредством включения более сильной группы мышц, будет влиять на усиление активности ослабленных мышечных групп.

### Использованная литература

1. Милькаманович В. К. *Физиологические основы реабилитологии: пособие.* – Минск, 2020. – 220 с.
2. Смычек В. Б. *Реабилитация больных и инвалидов.* – М., 2009. – 560 с.
3. *Физиологические основы здоровья человека: учеб.-метод. пособие / сост.: П. Н. Смирнов [и др.].* – Новосибирск, 2016. – 228 с.
4. *Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство / под ред. Г. Н. Пономаренко.* – М., 2016. – 688 с.



*Доцент А. А. Астапов, доцент Н. В. Галькевич*  
**КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ:  
 ЛЕЧЕНИЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ  
 ЭТАПЕ**

*Белорусский государственный медицинский университет*

Острые кишечные инфекции (ОКИ) – это большая группа инфекционных заболеваний человека с энтеральным (фекально-оральным) механизмом заражения, вызываемых патогенными (сальмонеллы, шигеллы, иерсинии и др.) и условно-патогенными (протеи, стафилококк, клостридии и др.) бактериями, вирусами (рота-, норовирусы и др.) и простейшими (лямблии, амебы и др.). ОКИ традиционно занимают второе место после острых респираторных инфекций как в структуре общей заболеваемости, так и среди госпитализированных пациентов.

Клинически ОКИ характеризуются симптомами интоксикации (вялостью, сниженным аппетитом, лихорадкой и др.), нередким развитием синдромов инфекционного токсикоза (нейротоксикоза, токсикоза с эксикозом, гиповолемического и инфекционно-токсического шока и др.) и симптомами поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (болями в животе, рвотой и диареей). Особенности клинических проявлений каждой нозологической формы ОКИ определяются главным образом наличием у возбудителя инфекции того или иного набора ведущих (пусковых) факторов патогенности: способностью к инвазии, продукцией экзотоксинов, тропизмом их действия и др. Например, водянистые диареи в большинстве случаев обусловлены вирусами, инвазивные – бактериальными агентами.

Основным симптомом ОКИ, независимо от ее этиологии, является дисфункция ЖКТ, которая проявляется, прежде всего, синдромом диареи, характеризующимся изменением частоты, характера, цвета, консистенции испражнений и/или появлением в них патологических примесей (слизи, гноя, крови).

Алгоритм выбора тактики лечения при ОКИ начинается с установления этиологии и патогенеза диареи. Но, к сожалению, в рутинной клинической практике установить этиологическую причину ОКИ «у постели больного» не представляется возможным, а часто она остается не установленной и после проведения обследования – и терапевтическая тактика определяется на основании патогенеза с оценкой клиники и эпидемиологических данных.

Первым звеном в патогенезе ОКИ являются развитие воспалительных изменений в кишечнике различной степени выраженности и повышение секреции

и проницаемости слизистой оболочки кишечника. Такой патогенез наиболее характерен для вирусных диарей. Также при диареях вирусной этиологии повышается концентрация дисахаридов в просвете кишки, обладающих высокой осмотической активностью, что клинически проявляется развитием водянистой диареи. При бактериальных ОКИ ведущими патогенетическими механизмами являются развитие воспаления кишки и нарушение физико-химических свойств муцинового слоя, так называемый инвазивный тип диареи. При всех типах ОКИ отмечается нарушение моторики ЖКТ (см. схему).

Вторым звеном патогенеза, характерным для ОКИ любой этиологии, является нарушение системы микробиоценоза ЖКТ. Патогенетически значимые отклонения в количественном и качественном составе микробиоты ЖКТ на фоне течения инфекционного процесса усугубляют негативное влияние возбудителей на течение и исход болезни за счет снижения колонизационной резистентности микробиоты, повышения выраженности воспалительных реакций со стороны слизистой оболочки кишки, усугубления диарейного синдрома и снижения темпов репаративных процессов. Классификация кишечных диарей представлена в табл. 1.

Показания к госпитализации детей с клиникой ОКИ:

- клиника обезвоживания II–III степени;
- изменение поведения ребенка (выраженная вялость, вплоть до комы, либо перевозбуждение);
- ранний возраст (дети до 1 года, особенно первого полугодия жизни);
- отягощенный преморбидный фон (недоношенность, хронические заболевания и пр.);
- лихорадка выше 38 °С для детей младше 3 месяцев или выше 39 °С для детей от 3 до 36 месяцев;
- видимая кровь в стуле;
- выраженный диарейный синдром (частый и значительный по объему стул);
- упорная (повторная) рвота;
- отсутствие эффекта от оральной регидратации;
- отсутствие эффекта амбулаторного лечения в течение 48 ч;
- клинический симптомокомплекс тяжелого инфекционного заболевания с расстройством гемодинамики, недостаточностью функции органов;

**ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ИНФЕКЦИОННЫХ ДИАРЕЙ**

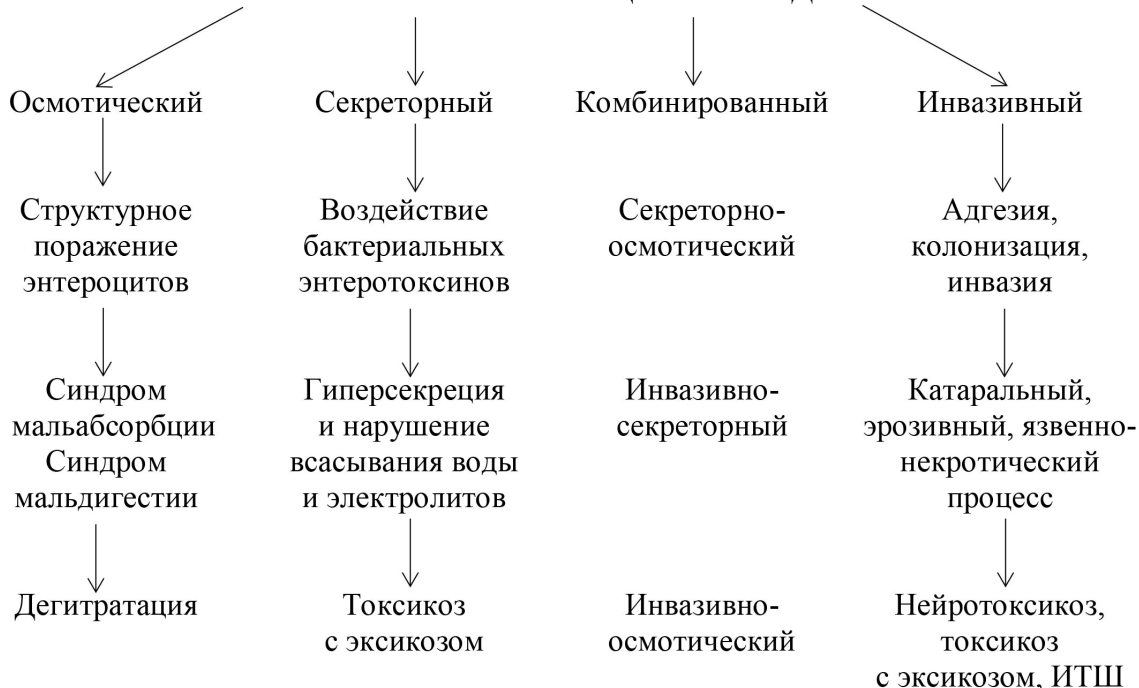


Таблица 1. Классификация кишечных диарей (В. Ф. Учайкин и соавт., 2003)

Тип диареи и топический диагноз	Этиология (возбудитель)	Клинические синдромы
Инвазивный (экссудативная диарея): • энтерит; • гастроэнтерит; • колит; • энтероколит; • гастроэнтероколит	Шигеллы Сальмонеллы Эшерихии (энтероинвазивные, энтеропатогенные) Иерсиния энтероколитика Кампилобактер Клостридии Клебсиеллы Синегнойная палочка Стафилококки Энтеробактер и другие условно-патогенные микробы	Синдром нейротоксикоза Синдром дегидратации (токсикоз с эксикозом) Токсико-септический или токсико-дистрофический синдром
Дистальный колит, гемоколит	Шигеллы Сальмонеллы Эшерихии (энтероинвазивные, энтерогеморрагические) Некротоксинпродуцирующие штаммы: протей, клостридий, кампилобактера, синегнойной палочки и др. Энтерогеморрагические эшерихии Шигатоксинпродуцирующие штаммы: шигелл, сальмонелл, иерсиний и др.	Гемолитико-уремический синдром
Осмотический (водянистая диарея с явлениями метеоризма): • энтерит; • гастроэнтерит	Ротавирусы, астро-, калици-, торо- и другие вирусы Респираторно-кишечные вирусы (энтеро-, адено-, реовирусы)	Синдром дегидратации (токсикоз с эксикозом)
Секреторный (водянистая диарея без явлений метеоризма): • энтерит; • гастроэнтерит	Холерные вибрионы Энтеротоксигенные штаммы: эшерихий (энтеротоксигенных), клостридий, сальмонелл, кампилобактера, иерсиний, стафилококка, протей, синегнойной палочки	Синдром дегидратации (токсикоз с эксикозом)
Смешанный тип (инвазивно-секреторный или инвазивно-осмотический)	Бактериально-бактериальная или вирусно-бактериальная микст-инфекция	Возможно развитие любого клинического синдрома токсикоза



- эпидемиологические показания (дети из закрытых учреждений с круглосуточным пребыванием, из многодетных семей и т. д.);

- невозможность обеспечить надлежащий уход на дому (социальные или технические проблемы).

Лечение пациентов с острой инфекционной диареей должно основываться на патогенезе, который можно установить/определить при клиническом осмотре пациента (наличие или отсутствие метеоризма, оценка характера стула). При водянистых диареях антибактериальные препараты не показаны. Специфической противовирусной терапии для лечения ОКИ не разработано.

ВОЗ выделяет четыре заболевания из группы ОКИ, при которых имеются абсолютные показания к назначению антибактериальной терапии (АБТ): дизентерия (шигеллез), брюшной тиф, амебиаз и холера.

Основные показания к АБТ: установление бактериальной этиологии ОКИ с инвазивным характером диареи (энтероколит, колит, гемоколит). Доказано, что назначение АБТ при водянистых бактериальных диареях значительно удлиняет период бактериовыделения в острый период, приводя затем к затяжному бактерионосительству.

Назначение сорбентов является принципиальным в лечении ОКИ в качестве этиотропной и патогенетической терапии. Применение энтеросорбентов показано как можно в более ранние сроки болезни – до идентификации возбудителя, что позволяет добиваться «обрывающего» действия на течение ОКИ. Применение энтеросорбентов в поздние сроки заболевания (после 5–7 дней), особенно при инвазивных ОКИ, меньше влияет на диарейный синдром, но оказывает выраженное дезинтоксикационное и энтеропротективное действие. К важным положительным свойствам современных энтеросорбентов следует отнести отсутствие влияния на состав облигатной микробиоты кишечника. Предпочтение отдается смектиту («Диоктит», «Смектит», «Смекта», «Неосмектин»), который при необходимости можно употреблять в течение длительного времени (до 1 месяца) без негативного влияния на микробиоту кишечника.

Способ применения и дозы необходимо уточнять в инструкции к каждому препарату. Приведем одну из схем. Дети от 1 месяца до 1 года: 1 пакетик в день; дети от 1 года до 2 лет: 1–2 пакетика в день; дети старше 2 лет: 2–3 пакетика в день. Пакетик (3,0 г препарата) следует растворить в 50 мл охлажденной кипяченой воды детям до 1 года, в 100–150 мл детям старше года и распределить на несколько приемов в течение дня. Перед употреблением обязательно взбалтывать.

При передозировке смектиты могут вызвать запор, а входящие в состав ароматизаторы и вкусовые компоненты не всегда хорошо воспринимаются организмом.

Препарат на основе кремния – «Энтеросгель» – обладает высокой сорбционной активностью, по-

зволяет дифференцированно сорбировать токсины экзогенного происхождения и эндогенные токсические метаболиты (мочевину, холестерин, билирубин, средние молекулы), не затрагивая витамины и микроэлементы пищи. Выпускается в форме геля. Детям до 1 года препарат размером с горошину перетирают с чайной ложкой грудного молока или воды и дают 3 раза в день. Детям старше 1 года – по 1 чайной ложке геля 3 раза в день. С 5 лет первая доза – 1,5 столовой ложки разводят в 100 мл кипяченой охлажденной воды, затем после каждого жидкого стула дают по 1 столовой ложке адсорбента. Максимальная доза – 6 столовых ложек.

Препараты на основе активированного угля уходят в прошлое, так как среди побочных действий отмечаются запор или диарея, окрашивание стула в черный цвет, при приеме более 14 дней возможно нарушение всасывания кальция, жиров, витаминов, гормонов, питательных веществ. Уголь довольно трудно дать детям первого года жизни. Таблетки «Белый уголь», «Суперуголь» и их аналоги в основе имеют соли кремния и не рекомендуются детям. В последнее время для лечения диареи у детей появился препарат «Жидкий уголь для детей», который содержит комплекс из натурального яблочного пектина, инулина и экстракта фенхеля. Пектин выполняет роль сорбента, при растворении в воде образует своеобразную губку, которая поглощает различные токсические вещества; инулин – пребиотик, является питательной средой для бифидо- и лактобактерий; фенхель обладает мягким спазмолитическим действием.

Критерий отмены сорбентов – стойкая нормализация стула или его задержка в течение 2 суток.

Использование противодиарейных препаратов (лоперамида) при ОКИ патогенетически не оправдано и даже опасно, поскольку происходит снижение моторики ЖКТ, что усугубляет интоксикационный синдром и может привести к инвагинации.

Совершенно новый подход к лечению острых инфекционных диарей с учетом патогенеза обеспечивают препараты с мукопротекторным действием, например «Адиарин», в состав которого входит желатина таннат. Желатина таннат защищает слизистую оболочку кишечника от проникновения бактерий, вирусов и токсинов путем создания на ее поверхности специального биобарьера, закрывая разрушенные межклеточные соединения эпителия и восстанавливая физиологические функции кишечной стенки.

Таниновая кислота является метаболитом растений и в большом количестве содержится в винограде, хурме, чернике, гранате, манго и некоторых готовых продуктах (чае, шоколаде). Проведенные исследования доказали антиоксидантный, противомикробный и противовирусный эффект препарата. Прием «Адиарина» на основе желатина танната сокращает частоту и продолжительность диареи в первые 12 ч применения (табл. 2).

Следующим направлением в лечении ОКИ является восстановление кишечной микробиоты. С этой

Таблица 2. Схема применения желатина танната

Условия приема	3 месяца – 3 года	3–14 лет	Старше 14 лет
Количество, необходимое для одного применения	1 пакетик	1–2 пакетика	2 пакетика
Интервал применения	4–6 ч	4–6 ч	4–6 ч
Время прекращения приема	Прекращение дисфункции кишечника		

целью используют пробиотики – живые полезные микробы, которые при заселении ЖКТ человека оказывают положительный эффект. Пробиотики включены в клинические рекомендации Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, ESPGAN) и Европейского общества детских инфекционистов (European Society for Paediatric Infectious Diseases, ESPID) по лечению острого гастроэнтерита у детей (2014). Для лечения инфекционных диарей ВОЗ рекомендует использовать пробиотики с высокой степенью доказательств их положительного действия, безопасности при введении в организм. Такими пробиотиками являются *Lactobacillus rhamnosus LGG*<sup>®</sup>, *Bifidobacterium BB-12*<sup>®</sup> и дрожжи *Saccharomyces boulardii*. Пробиотики восстанавливают кишечную микрофлору, снижают проницаемость стенок кишечника, способствуют выведению вредных веществ.

Уникальная способность *LGG*<sup>®</sup> эффективно прикрепляться к эпителиальным клеткам слизистой оболочки кишечника обеспечивает отличную колонизацию, уменьшает адгезию других бактерий, а за счет продукции веществ, угнетающих рост патогенных бактерий, нормализует кишечную микробиоту.

Доказан прямой антитоксический эффект *Lactobacillus rhamnosus LGG*<sup>®</sup> по отношению к *Rotavirus*, *Clostridium difficile*, *Escherichia coli*.

*Bifidobacterium Lactis BB-12*<sup>®</sup> обеспечивает резистентность кишечника к заселению патогенами за счет антагонистической активности к целому спектру патогенных возбудителей: *Bacillus cereus*, *Clostridium difficile*, *Clostridium perfringens Type A*, *Escherichia coli*, *Listeria monocytogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Salmonella enterica Typhi*, *Shigella flexneri*, *Shigella sonnei*, *Candida albicans*, *Campylobacter jejuni* и др.

Обе бактерии (*Lactobacillus rhamnosus LGG* и *Bifidobacterium BB-12*) входят в препарат «Адиарин Пробио», который выпускается в форме капель и дозируется по 6 капель 1 раз в день; может применяться у детей с 1,5 года.

«Энтерол» (*Saccharomyces boulardii*) обладает антагонистическим эффектом в отношении многих вышеперечисленных патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, антитоксическим действием в отношении бактериальных, цито- и энтеротоксинов, повышает ферментативную функцию кишечника. Применяется у детей старше 2 лет по 1 капсуле в день. Форма выпуска – капсулы по 0,25 г. Детям от 2 до 6 лет рекомендуется содержимое капсулы предварительно растворить в 50 мл теплой жидкости.

### Использованная литература

1. Бехтерева М. К. Оценка эффективности желатина танната при острых инфекционных диареях у детей / М. К. Бехтерева [и др.] // *Детские инфекции*. – 2017. – Т. 16, № 4. – С. 58–63.
2. Горелов А. В. Современные подходы к патогенетической терапии острых кишечных инфекций у детей / А. В. Горелов, А. А. Плоскирева, Д. В. Усенко. // *Инфекционные болезни*. – 2013. – Т. 11, № 1. – С. 87–92.
3. Николаева С. В. Применение пробиотиков в медицинской практике / С. В. Николаева, Ю. В. Золотарев, А. В. Горелов // *РМЖ. Медицинское обозрение*. – 2018. – № 8(II). – С. 84–87.
4. Плоскирева А. А. Алгоритм терапии острых кишечных инфекций у детей / А. А. Плоскирева, А. В. Горелов // *Лечащий врач*. – 2016. – № 3 – С. 55–64.
5. Плотникова Е. Ю. Антибиотики как модуляторы кишечной микробиоты: между добром и злом / Е. Ю. Плотникова, Ю. В. Захарова // *РМЖ*. – 2018. – № 11(II). – С. 131–136.
6. Учайкин В. Ф. Острые кишечные инфекции у детей (диагностика, классификация, лечение): пособие для врачей / В. Ф. Учайкин, А. А. Новохионов, Л. Н. Мазанкова. – М., 2003. – 30 с.
7. Guarino A. European society for paediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014 / A. Guarino [et al.] // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* – 2014. – № 59(1). – P. 132–152.
8. Martins F. S. Comparative study of *Bifidobacterium animalis*, *Escherichia coli*, *Lactobacillus casei* and *Saccharomyces boulardii* probiotic properties / F. S. Martins [et al.] // *Arch. Microbiol.* 2009. – № 191. – P. 623–630.
9. Collado M. C. Role of commercial probiotic strains against human pathogen adhesion to intestinal mucus / M. C. Collado [et al.] // *Lett. Appl. Microbiol.* – 2007. – № 45. – P. 454–460.
10. Geoffrey A. Versalovic Probiotics, Enteric and Diarrheal Diseases, and Global Health / A. Geoffrey [et al.] // *Gastroenterology*. – 2011. – № 140. – P. 8–14.

*Кандидат медицинских наук В. И. Волков, доцент А. Е. Кулагин*

## ОБУЧЕНИЕ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В УСЛОВИЯХ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*Белорусская медицинская академия последипломного образования*

В современных условиях значение медицинской сестры в анестезиолого-реанимационных отделениях (АРО) значительно возрастает. Многочисленная аппаратура, большое количество медикаментов и специфических процедур, интенсивная физическая и эмоциональная нагрузка требуют от современной реанимационной медицинской сестры значительных усилий. Каждый врач-анестезиолог-реаниматолог знает, что успех лечения тяжелого пациента во многом зависит от качественной работы медсестры, ее квалификации, знаний и способности работать в команде. Недаром в иностранных руководствах по детской интенсивной терапии, как правило, целая глава посвящена уходу за ребенком и работе медицинских реанимационных сестер.

В отечественных стационарах работа медицинской сестры во многом сводится к выполнению врачебных назначений и относительному контролю за состоянием пациента. Для успешной терапии этого бывает недостаточно. Вот почему требования к работе медицинской сестры в АРО должны пересматриваться, в том числе в официальных должностных инструкциях, на основании которых происходит исполнение должностных обязанностей.

Предлагаем примерный алгоритм приема-сдачи смены медицинской сестры, который предусматривает его проведение непосредственно возле постели пациента. Принимающая смену медсестра в отделении реанимации обязана совместно со сдающей смену коллегой провести процедуру передачи пациента. Прием-сдача пациента начинается с озвучивания его паспортных данных (фамилия, имя, возраст), веса при поступлении и на момент передачи, диагноза, суток нахождения в АРО и времени после операции, группы крови и резус-фактора. Далее докладывается информация о поведении, сознании, кожных покровах (чистые, розовые, теплые и т. д.), возможных пролежнях, ссадинах, состоянии послеоперационной раны, состоянии мест нахождения различных катетеров (сосудистых, желудочных, мочевых и др.).

Далее оптимально получить информацию об органах и о системах организма: ИВЛ или нет, режимы ИВЛ (контролируемая или ассистированная), дыхательный объем, частота дыхания (ЧД), давление на вдохе, ПДКВ, время вдоха/выдоха, процент кислорода, температура в увлажнителе, часто ли менялись режимы за последние 24 ч, что планируется на будущую смену. Частота необходимых санаций или лаважей верхних дыхательных путей и ротовой полости,

диаметр и уровень стояния интубационной трубки у угла рта/носа, как пациент переносит санацию трахеобронхиального дерева (частота сердечных сокращений (ЧСС), сатурация, цвет кожных покровов), характер мокроты (слизистая, гнойная, кровянистая, густая, обильная больше справа или слева и т. д.), имеет ли место кислородозависимость.

Заступающая на смену медицинская сестра должна проконтролировать следующую информацию: уровень воды в увлажнителе, качество крепления интубационной трубки и состояние кожных покровов вокруг, рабочее состояние дозаторов лекарственных веществ, наличие мешка Амбу и лицевой маски. Важным разделом в работе медицинской сестры АРО является работа с различными катетерами (центральным и периферическим венозными, артериальным, мочевым, желудочным, дренажным).

Важно обратить внимание на следующие моменты:

- дату постановки катетера с обязательной отметкой в карте интенсивного наблюдения;
- качество фиксации и состояние фиксирующего пластыря и кожных покровов вокруг; помнить о возможных флебитах (припухлость, гиперемия в области стояния катетера, болезненность при введении растворов и медикаментов: старшие дети могут жаловаться сами, новорожденные и грудные начинают беспокоиться); при загрязнении – сообщить врачу и устранить недостаток;
- знать скорость и состав инфузируемых растворов и медикаментов; кроме того, следует знать возможные побочные эффекты, необходимость защиты линии подачи лекарственных средств от света, примерную дозировку, какие медикаменты и растворы можно вводить в ЦВК и ПВК и т. д.

В доклад медицинской сестры должны быть включены следующие пункты:

- фамилия, имя пациента, возраст, клинический диагноз;
- сутки пребывания пациента в отделении, интенсивность мониторинга (через сколько часов и какие параметры регистрируются в карте наблюдения);
- динамика основных регистрируемых показателей и их последние данные: артериальное давление, ЧД и ЧСС, температура тела, сатурация, пульсограмма, центральное венозное давление;
- динамика массы тела (для новорожденных и детей до 1 года, для пациентов с большими объемами инфузионной терапии, нарушениями почечной функции);

## Обмен опытом

- параметры ИВЛ (ЧД аппарата, пиковое давление на вдохе, время вдоха и выдоха, величина ПДКВ, процент кислорода, режим вентиляции, необходимость лаважей ТБД;
- диурез за сутки и в перерасчете мл/кг/ч (на фоне стимуляции или нет);
- стул (кратность, указание на патологический характер);
- потери по желудочному зонду, кишечной стоме, плевральному и другим дренажам (объем, характер потерь);
- внутривенные инфузии: общий объем; все ли введено, сколько осталось; скорость введения глюкозы в мл/ч и в г/кг/ч; получил общий калораж в ккал/кг/сут; азот и жир в дозе г/кг; введено коллоидных растворов (альбумин, свежемороженая плазма, препараты крови) за сутки;
- энтерально получает стол №..., находится на самостоятельном энтеральном или зондовом кормлении, объем съеденного за сутки, объем за кормление, остаточные объемы и характер после кормления;
- дополнительные мероприятия, проведенные по дежурству (реанимация, перевод на ИВЛ, экстракорпоральные методы), сколько раз вводились наркотические анальгетики, другие экстренные медикаменты;
- исправность (проходимость) работы венозного катетера, исправность (эффективность) в работе эпидурального катетера;
- последние данные кислотно-основного анализа крови;
- наблюдались ли реакции на введение инфузионных растворов и медикаментов;
- исправность и чистота оборудования (мониторы, дозаторы, аппарат ИВЛ, вакуум-отсос);
- информация о пациенте, предоставленная родителям и родственникам.

Квалификацию медицинской сестры, работающей в АРО, необходимо повышать постоянно, так как медицинская наука и медицинские технологии развиваются стремительно. В отделении АРО РНПЦ детской хирургии г. Минска еженедельно проводились теоретические и практические тренировочные занятия по актуальным темам: сердечно-легочная реанимация и терминальные состояния у детей (шок, асфиксия кома), дыхательная недостаточность и недостаточность кровообращения и другие неотложные состояния. Обязательным также было знание о кислотно-основном состоянии, волевическом статусе пациента, типичных осложнениях в интенсивной терапии и т. д.

Кроме того, при приеме на работу в АРО РНПЦ детской хирургии г. Минска все кандидаты в период прохождения медицинских осмотров сдавали экзамен по практическим навыкам, который включал основные теоретические и практические вопросы, необходимые при работе в АРО: назвать примерные безопасные объемы инфузионной терапии, осуществить инфузию пациенту (по карте назначений и на-

блюдения), назвать реанимационные дозировки препаратов при проведении СЛР, рассчитать количество мл при наличии % раствора и другие практические вопросы. Как правило, кандидаты (молодые специалисты и студенты медицинских вузов) не с первой попытки проходили тест, что создавало определенную конкуренцию.

Практически реанимационная ситуация отрабатывалась в реанимационном зале, куда поступал «теоретический» пациент-манекен. Реанимационная бригада состояла минимум из 4 участников (2 врача анестезиолога-реаниматолога и 2 медицинские сестры, сейчас медсестра-анестезист, одна из которых – процедурная медицинская сестра на дежурстве). Первые врач и медсестра АРО (1-я «подбригада») занимались проблемами восстановления или поддержания проходимости дыхательных путей, интубацией при необходимости, проведением ИВЛ, налаживанием мониторинга. В дальнейшем врач отвечал за проведение инфузионной терапии (ИнфТ) (руководил качеством, объемом и скоростью ИнфТ) и отдавал команды по введению медикаментов. Вторые врач и медсестра АРО (2-я «подбригада») контролировали гемодинамику (при необходимости врач выполнял компрессию грудной клетки), проводили катетеризацию периферических вен, осуществляли забор экстренных лабораторных анализов.

Таким образом, практическая отработка навыков и приобретение так называемой мышечной памяти во время подобных регулярных занятий позволили сотрудникам отделения значительно сократить время (в том числе правило «золотого часа») для подготовки к приему поступающего тяжелого пациента, профилактировать вторичные повреждения (при политравме) и улучшить результаты лечения пациентов, находящихся в критическом состоянии.

### Использованная литература

1. *Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.12.2012 № 186 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников областных, центральных, центральных городских, центральных районных, городских, районных и участковых больниц и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь».*

2. *Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.05.2012 № 483 «Об утверждении инструкции о порядке организации деятельности анестезиолога-реанимационной службы».*

3. *Курек В. В. Детская анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия: практическое руководство / В. В. Курек, А. Е. Кулагин. – М., 2011. – 992 с.*

4. *Ludwig S. Textbook of Pediatric Emergency Medicine / G. R. Fleisher, S. Ludwig. – 2015. – P. 107–130.*

5. *Nichols D. G. Roger's Textbook of Pediatric Intensive Care. – 2013. – P. 18–46.*



*В. А. Тавтын*

## МОДЕЛИРОВАНИЕ АЛГОРИТМОВ ОБЩЕНИЯ АКУШЕРОК С РОДИЛЬНИЦЕЙ, ПЛАНИРУЮЩЕЙ ОТКАЗ ОТ РЕБЕНКА

*Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»*

Биомедицинская этика (БМЭ) – симбиоз различных дисциплин, предметом которого выступает нравственное отношение общества в целом и профессионалов (медиков и биологов) к человеку, его жизни, здоровью. Отличительной особенностью БМЭ является ее интегративный характер, поскольку она ориентирована на защиту жизни всего живого, а приоритет отдается человеку.

Впервые понятие БМЭ в 1971 г. ввел американский ученый-гуманист В. Р. Поттер в работе «Биоэтика – мост в будущее», в которой подчеркнул, что биоэтика должна стать новой дисциплиной, соединяющей биологические знания и понимание системы человеческих ценностей. Согласно мнению этого ученого, биоэтика не вправе сосредотачиваться только на человеке, она должна распространить свои методы на биосферу в целом, обеспечивая регламентирование всякого вмешательства человека в любые формы проявления жизни. С целью отделения предмета БМЭ от близких к ней дисциплин, включая профессиональную медицинскую этику, в 1994 г. на международном симпозиуме в г. Эриче был принят документ. Согласно документу Эриче, на БМЭ возложено изучение следующих проблем:

- этических проблем медицинской профессии;
- социальных проблем, связанных с политикой в области здравоохранения, планирования семьи, проблем демографического контроля, трудовой медицины;
- этических проблем, возникающих в области исследований человека, включая непосредственно не связанные с терапией;
- проблем вмешательства человека в жизненные процессы других живых существ (растений, микроорганизмов, животных) и всего, что относится к поддержанию экологического равновесия в природе.

На протяжении многих веков существует четыре основные модели медицинской этики.

1. Модель Гиппократ (ок. 460 – ок. 370 гг. до н. э.; «Клятва», «О законе» и др.), где автор сформулировал главное этическое требование – «не навреди», нравственная сущность которого – фундаментальная медицинская гарантия защиты жизни человека. Из этого посыла вытекают положения о том, что любые действия врача (медицинской сестры) должны идти на благо пациента; о сохранении врачебной тайны; об

уважении человеческой жизни, что положило начало патернализму в медицине (врач обязуется следовать присяге «согласно своим силам и разумению»).

2. Модель Парацельса (1493–1541) определяет нравственное отношение врача (медсестры) к пациенту с позиции требования «делай добро» с выделением этических принципов гуманизма, милосердия и благодеяния. Парацельс рассматривал цель врачевания как творение любви к ближнему. Любовь есть основа лекарства, сила врача в его сердце, врачевание должно руководиться Богом и поддерживаться опытностью медика. Парацельс дал начало суггестивной терапии (был первым врачом, который использовал магниты в своей работе). Многие люди утверждали, что исцелились после того, как он провел по их телам магнитами как эффективной составляющей лечения, в котором особое значение отводилось вере пациента во врача.

3. Деонтологическая модель складывалась в конце XVIII – начале XIX в., предполагала нравственную безупречность в поведении медика, базируясь на своде обязательных для выполнения правил в системе взаимоотношений медика с пациентом, его родственниками, коллегами и администрацией. Основой этой модели служит принцип «соблюдения долга», согласно которому нравственность и профессионализм врача (медсестры) – это готовность и способность выполнять требования, предъявляемые обществом. В настоящее время существуют моральные правила поведения для каждой специальности, особая роль медицинской деонтологии отражена в сестринском процессе. Это связано с двойственностью положения медицинской сестры, которая, с одной стороны, выполняет зависимые функции, будучи помощником врача (подчиненное положение), с другой – независимые функции, самостоятельно определяет потребности пациента и план сестринского ухода, как это трактует ВОЗ.

4. Биомедицинская модель основывается на принципе уважения прав и достоинства человека, что предполагает изменения сути их взаимоотношений. Прежде всего, это преодоление патернализма в медицине (моральный принцип «не навреди», ограничивающий право пациента принимать решение, заменен в медицинской социологии на принцип сотрудничества) и внедрение новых моделей взаимоотношений,

## Обмен опытом

основанных на автономии пациента, уважении его прав (информационная, коллегияльная, совещательная модели). Главные принципы биомедицинской модели – автономия пациента, информированное согласие, принцип «не навреди», конфиденциальность и правдивость.

Анализ этики врачевания показывает, что с изменением общества происходит трансформация моральных принципов в медицине, в БМЭ объединяются научное знание, гуманистическая мораль и все моральные достижения медицинской этики от Гиппократов до наших дней, особое место занимает профессиональная этика. Под профессиональной этикой понимают нравственные нормы, регулирующие отношения человека к профессиональным обязанностям, долгу и взаимоотношения людей в ходе трудовой деятельности. Содержание профессиональной этики:

- определение цели и мотивов трудовой деятельности;
- определение нормативов, средств реализации намеченной цели;
- оценка результатов труда и их общественной значимости;
- нормы поведения, предписывающие определенный тип нравственных отношений между людьми, необходимые для выполнения медицинской сестрой профессионального долга;
- обоснование, толкование юридических норм, задач и целей профессии.

Полезным для понимания проблем БМЭ является знание медсестры и акушеркой составных частей профессиональной этики как предмета:

- качества личности специалиста, необходимые для выполнения профессионального долга;
- нравственные взаимоотношения специалистов и объектов их деятельности (врач и пациент);
- взаимоотношения специалиста (коллектива) с обществом;
- взаимоотношения индивидов внутри трудового коллектива и нормы, регулирующие их;
- цели и методы профессионального обучения и воспитания.

Наличие трансформации модели взаимодействия медицинского работника с пациентом привела к новой модели, называемой партнерской, в которой врач (медсестра) и пациент равны. Просто медик больше знает о медицине, а пациент – о себе, но они зависят друг от друга. Врач (медсестра) открыто делится знаниями, соображениями, сомнениями, а пациенту не возбраняется высказывать мнение о ходе диагностики и лечения, подвергать сомнению действия врача, комментировать их, что делает общение совместным процессом. Акушерка и женщина вместе принимают решение о том, как поступить лучше, основываясь на том, что авторитет медицинского работника, обладающего специфическими знаниями, сохраняется. Но согласиться с профессиональным медицинским мнением полностью или частично, до-

верить ему или нет – это основополагающее право пациента.

Стили общения, используемые медицинской сестрой (акушеркой) в деловом общении, разнообразны.

*Ритуальный стиль общения* включает понятие социального ритуала как исторически сложившейся формы символистического поведения, для которого характерны следующие признаки: предсказуемость и упорядоченность; отсутствие инстинктивного реагирования.

Порядок действий в этом случае исторически канонизирован и рационально не объясняется.

Ритуальный стиль общения выступает как социально-ролевой, в котором ритуалы обеспечивают четкую последовательность действий, возможность прогнозирования социальных событий, необходимые условия для выживания и личной безопасности.

Ритуалы выполняют психокompенсаторную функцию, которая заключается в объединении людей на основе общения, преодоления чувства одиночества и обособленности, внутренней тревожности. Этим достигается упрощение и упорядочение чувств и мыслей, мировоззренческих установок в структуре личности каждого человека. Ритуалы предусматривают определенные правила поведения, отклонение от которых карается санкциями.

Совокупность ритуалов с детализированной последовательностью выполняемых действий называется церемонией. Глубинно-ценностный смысл действий не отражается этикетом, в отличие от социального ритуала. Ритуалы не обладают некоторыми чертами, характерными для обычая. Помимо социального ритуала в структуру ритуального стиля общения входит межличностный ритуал как взаимный обмен уместными для данной ситуации общепринятыми жестами и фразами. При этом общение не обладает содержательностью, поскольку осуществляется не для конструктивного обсуждения, а лишь для формального поддержания контактов.

*Гуманистический стиль общения* имеет отличительные признаки: уважение к личности собеседника; признание ценности его внутреннего мира, имеющихся установок, потребностей, жизненных целей и ориентиров.

Преимущество гуманистического общения в том, что собеседник чувствует к себе эмпатию и дает обратную связь другому человеку с тем же доверием, результатом чего становится достижение взаимопонимания, упрочнение и развитие взаимоотношений.

Эмпатия – это способность медицинской сестры к сочувствию, эмоциональная отзывчивость, возможность понять внутреннее состояние пациента, отклик одного на чувства другого в данный момент, соизмерение собственных поступков, мыслей и эмоций с состоянием пациента.

Научная теория «трансактный анализ» (анализ взаимодействий) появилась в работах американского психотерапевта Э. Берна, впервые предложившего термин в 1960-е гг., который заметил, что в процес-

се общения люди предпочитают занимать в качестве основной одну из трех позиций: «родитель», «взрослый», «ребенок». Никакого отношения к возрасту эти позиции не имеют. Если рассматривать каждую из этих ролевых моделей, то «родитель» в общении занимает активную и диктующую роль, предусматривающую осуждение, одобрение, поучение, запрет, покровительство, оценку, руководство. В позиции «взрослый», как правило, человек предпочитает взаимодействовать с собеседником на равных позициях, спокойно, рассудительно, на основании фактических данных, анализа информации. «Ребенок» ведет себя соответствующим образом: легко подчиняется, испытывает чувство беспомощности, в нем ярко проявляется потребность в сочувствии, участии. Знание медсестрой особенностей всех указанных типов поведения и грамотное использование этого знания благоприятно для общения с разными пациентами.

Этика родовой ответственности учит человека быть благодарным жизни. Любящий жизнь человек испытывает естественное состояние благодарности ко всему живому. Это ощущение полноты жизни, избытка энергии, игры ума и силы, состояния, требующего отдачи, дарения себя другим людям в медицинской сестре следует культивировать. В этом состоянии человек естественным образом отдает свои силы, знания и даже саму жизнь для осуществления блага всему роду, подобная отдача наполняет жизнь радостью и смыслом.

Новорожденный появляется на свет незрелым, не готовым к самостоятельному существованию, к нему невозможно применить те же критерии, что и ко взрослому человеку. Медицинские работники родильных домов сталкиваются с проблемой отказа родителей от своих новорожденных. Основные причины отказа женщин от детей:

- сложная материальная ситуация;
- психологические проблемы;
- незрелое состояние родильницы;
- неблагополучные женщины, ведущие асоциальный образ жизни;
- тяжелые заболевания детей.

По статистике, среди женщин, отказывающихся от ребенка, почти все имеют очень сложные и тяжелые отношения с собственными родителями. Немало из тех, кто отказался от новорожденного, – выпускницы детских домов. У многих родители больны алкоголизмом и имеют иные зависимости либо опасны. Многие женщины пострадали от партнеров, им не к кому обратиться за поддержкой, нет доверия к людям, нет сил стать мамой своему ребенку, заботиться о нем и защищать его (инфантилизм – психопатологическое состояние, основанное на задержке темпов эмоционально-личностного развития).

Представления в обществе, что медик умный и всезнающий кудесник, вступает в противоречие с ожиданием от пациента ответственности и осознанности, а пациент, воспринимая врача как чудотворца с огромным запасом знаний, ожидает, что к его

мнению будут прислушиваться и обеспечат сервис. Таким образом, медицинский патернализм в части проблемы отказа от ребенка вступает в противоречие с инфантилизмом пациентки, не желающей брать ответственность за новорожденного.

Чаще всего причиной рождения нежеланного ребенка становится медицинская безграмотность, отсутствие знаний о контрацепции и должного сексуального воспитания, неверные подходы в воспитании девочек. Иногда ребенок желанный, но за время беременности партнер успевает передумать или просто исчезает, а женщина остается одна, без поддержки, в кризисном состоянии. Более половины опрошенных врачей, которые сталкиваются с женщинами, отказывающимися от своих детей, связывают угрозу отказа от новорожденных с низким социальным статусом беременной. По мнению большинства специалистов, определяющим фактором является возраст. 49% экспертов сталкивались в своей практике со случаями отказов от детей несовершеннолетних рожениц, еще треть экспертов сталкивалась с угрозой отказа от новорожденного женщин в возрасте от 18 до 21 года.

После получения сигнала о потенциальном отказе в течение нескольких часов к родильнице приходит психолог, который в ходе беседы с женщиной выясняет причины отказа, предлагает вместе рассмотреть разные варианты решения проблемы и принять взвешенное решение. Примерно в 50–60% случаев оказывается, что женщина на самом деле хочет оставить ребенка.

Немаловажную роль в деятельности акушерки (медицинской сестры) имеет своевременная психологическая поддержка. Эмпатия во взаимодействии с беременной перед родами или с родильницей играет важную роль, позволяя в максимальной степени использовать имеющиеся ресурсы.

К сомневающимся родителям акушерка женской консультации (роддома) может подойти с профессиональным советом по уходу за младенцем, дать адреса кризисных центров, где окажут всестороннюю материальную и психологическую помощь. Например, в Минске с 2012 г. действует центр поддержки семьи и материнства «Матуля» (руководитель В. В. Сердюк).

**Статистика.** В 2018 г. число отказных младенцев уменьшилось на 17% (родители письменно отказались от 99 новорожденных детей). В 2017 г. было выявлено 119 таких малышей, а в 2002 г. в стране насчитывалось 525 отказных детей. Если сравнивать эти показатели с 2002 г., то число отказников сократилось на 80%. Подавляющее число детей-сирот и оставшихся без попечения родителей, выявленных в 2018 г. (81,3%), направляли для дальнейшего воспитания в замещающие семьи. Таких семей в стране 10 064. На начало 2019 г. в этих семьях воспитывались 14 927 детей.

Перед началом беседы акушерка получает добровольное согласие женщины обсуждать ситуацию.

Выделяют три основных стандарта определения компетентности подобной беседы: способность принять решение, основанное на рациональных мотивах; способность прийти в результате решения к разумным целям; способность принимать решения вообще.

Приемлемый алгоритм в действиях акушерки с родильницей, планирующей отказ от ребенка:

- 1) сообщить об этом случае руководителю;
- 2) провести беседу о счастье быть матерью;
- 3) практиковать более долгое прикладывание ребенка к груди;
- 4) сделать попытку установления доверительных отношений с женщиной и по возможности выявить причины предполагаемого или уже сделанного отказа;
- 5) поддерживать родильницу во время разговора, не перебивать ее во время беседы;
- 6) получить согласие матери на работу с ней других специалистов;
- 7) привлечь вместе с врачом и юристом психотерапевта или высококвалифицированных специалистов;
- 8) привлечь помощь благотворительных женских и иных организаций, церкви, волонтерскую помощь Белорусского Общества Красного Креста.

Важным в работе медицинской сестры и акушерки является поиск в окружении женщины людей, способных оказать ей поддержку. Ими зачастую могут оказаться родственники, до этого не знавшие о рождении ребенка. На этапе пребывания женщины в родильном доме необходимо составлять индивидуальный план работы с каждой семьей.

Во времени выписки из родильного дома в зависимости от конкретной ситуации женщины действуют по-разному. Некоторые, почувствовав поддержку, обретают надежду и веру в свои силы и выписываются домой вместе с ребенком.

Главный педиатр г. Хабаровска Г. А. Аристова стала инициатором проекта по организации помощи матерям-отказницам и их детям.

По согласованию с администрацией детской больницы г. Хабаровска в отделении была выделена специальная палата для матерей с детьми из целевой группы проекта. Их переводили из роддома в грудное отделение по социальным или медицинским показаниям. Основной целью этого перевода было сохранение и укрепление привязанности матери к ребенку. Мама круглосуточно находилась с малышом в отдельной палате, самостоятельно ухаживала за ним, общалась. Персонал отделения и специалисты проекта помогали ей установить и сохранить контакт с ним, так как матери, отказывающиеся от младенца, часто воспринимают его как непонятного, недоступного для контакта или неприятного. Мать обучали приемам ухода, способам общения, мотивировали на грудное вскармливание. Палата была оборудована видеомонитором, родильнице предлагали для

просмотра соответствующие фильмы. Педиатр проекта, психолог и социальный работник продолжали свою работу с данной семьей по разработанному плану. Была оказана помощь в решении жилищных, материальных, юридических проблем, в изменении внутрисемейных отношений, в повышении значимости роли матери в глазах членов семьи и собственных.

Таким образом, в ряде случаев удавалось помочь женщине окончательно утвердиться в оптимальном решении забрать ребенка в семью.

Социальное сиротство – явление человеческого общества, неотъемлемый элемент цивилизации, вследствие неверного отношения к институту семьи. В силу подобной недоработки общества дети лишаются родительского попечения, у детей, остающихся без присмотра взрослых, может быть загубленное будущее, они могут стать источником криминальной прослойки общества.

Для предупреждения социального сиротства в нашей стране делается много, настоящим и будущим родителям помогают некоммерческие организации. Хочется верить, что все эти усилия не напрасны, что вскоре канет в лету время детских домов, исчезнет из русского языка жестокое слово «отказник», а у каждого маленького белоруса вместо каменных стен будут мама и папа и родной дом.

### Использованная литература

1. Матвейчик Т. В. Профилактика социального сиротства в деятельности медицинской сестры и социального работника. – Минск, 2019. – 120 с.
2. Матвейчик Т. В. Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: монография. – Минск, 2020. – 224 с.
3. Матвейчик Т. В. Теория сестринского дела: учебное пособие / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко. – Минск, 2016. – 366 с.
4. Матвейчик Т. В. Идеи сестринского образования в трудах ученых XVI–XIX вв.: от Франциска Скорины до Флоренс Найтингейл // Наука и практика в решении стратегических и тактических задач устойчивого развития России: сб. научных статей. – СПб., 2019. – С. 46–49.
5. Лихи Т. История современной психологии. – СПб., 2003. – 448 с.
6. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. – М., 2014. – 48 с.
7. Матвейчик Т. В. Организационные, социальные, клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста / Т. В. Матвейчик, Г. А. Шишко. – Минск, 2019. – 290 с.
8. Содействие здоровому образу жизни: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]; науч. ред. Т. В. Матвейчик. – Минск, 2014. – 276 с.
9. История гипноза – History of hypnosis. – Режим доступа: [https://ru.qaz.wiki/wiki/History\\_of\\_hypnosis](https://ru.qaz.wiki/wiki/History_of_hypnosis).



Профессор М. К. Кевра, доцент В. М. Сиденко, Ж. С. Кевра

## ВИТАМИНОПОДОБНЫЕ ЖИРОРАСТВОРИМЫЕ ВЕЩЕСТВА

Белорусский государственный медицинский университет  
32-я городская клиническая поликлиника г. Минска

В медицинской практике широко используются витаминоподобные жирорастворимые вещества, к которым относят липоевую кислоту, витамин F и коэнзим Q<sub>10</sub>.

**Липоевая кислота** (витамин N) относится к группе витаминоподобных соединений. Открыл ее в 1948 г. ученый-микробиолог И. Гансалес. Ее химическая структура, представляющая собой 1,2-дителиолан-3-валериановую кислоту, была расшифрована в 1952 г. Название «липоевая кислота» дано из-за ее способности растворяться в жирах (от греч. *lipid* – жир). Впервые липоевую кислоту синтезировал американский биохимик Л. Рид в 1953 г. Она известна также под названием «тиоктовая кислота», поскольку содержит серу («тио» – соединения серы) и 8 атомов углерода («октос» – восемь).

Установлено, что липоевая кислота в значительных количествах содержится в дрожжах, печени, почках, сердце, говядине, молоке, грибах, рисе, зеленых частях растений. Для человека ее главным источником являются продукты животного происхождения. Она хорошо растворяется в жирах и легко всасывается в кишечнике. Накапливается по большей мере в клетках печени, сердца и почек. Продукты распада липоевой кислоты нетоксичны и выводятся почками или кишечником в неизменном виде. Суточная потребность человека в липоевой кислоте составляет 25–50 мг.

Липоевая кислота в организме выполняет роль кофермента, участвующего в окислительном декарбоксилировании пировиноградной кислоты и альфа-кетокислот, и играет важную роль в процессе образования энергии в организме. Она обладает широким спектром биологической активности: снижает концентрацию жирных кислот в плазме, подавляет процессы липолиза, обладает желчегонным и спазмолитическим эффектом, снижает содержание глюкозы в крови, активизирует процессы ее окисления в клетках, усиливает действие инсулина и пероральных гипогликемических средств, благодаря антирадикальным свойствам оказывает радиопротекторное действие. Ей присущи выраженные иммуномодулирующие свойства, а также нейропротекторное, антиоксидантное, гипохолестеринемическое и противовоспалительное действие. Как серусодержащее соединение липоевая кислота является универсальным антидотом (активна в жирорастворимых и водорастворимых средах).

Показана липоевая кислота для лечения сахарного диабета, полиневритов различного происхождения, гепатитов и циррозов печени, алкоголизма, ожире-

ния, атеросклероза, синдрома хронической усталости. Ее используют также при лечении отравлений гепатотропными ядами и грибами, для увеличения мышечной массы тела и уменьшения содержания жира в организме.

**Витамин F** представляет собой комплекс полиненасыщенных жирных кислот, которые не синтезируются в клетках человека и должны поступать в организм с пищей в необходимых количествах.

Жирные кислоты – натуральные вещества, которые представляют собой длинные цепочки углеродных атомов с присоединенными к ним атомами водорода, содержащие на конце кислотную группу (COOH). Различают насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты. У насыщенных (предельных) кислот все атомы углерода связаны с водородом. Ненасыщенные (непредельные) кислоты содержат двойную связь между атомами углерода в цепочке, а полиненасыщенные — две или больше таких связей. Полиненасыщенные жирные кислоты классифицируют по месту нахождения двойной связи в цепочке. При этом используют не химическую систему нумерации (от соседнего с кислотной группой альфа-атома α), а обратную, потому что физиологические свойства этих кислот зависят от положения двойных связей относительно противоположного конца молекулы, от омега-атома ω.

Полиненасыщенные жирные кислоты открыты в 1923 г., когда и было установлено, что организм человека не способен синтезировать эти соединения из более простых веществ. По аналогии с другими незаменимыми веществами их называли витамином F (от англ. *Fat* – жир). Однако есть и другая версия происхождения этого термина: F – шестая буква английского алфавита, что соответствует порядковому номеру открытых незаменимых веществ. Дальнейшие исследования показали, что в природе имеется большое количество (более 20) незаменимых веществ со сходным строением, и поэтому их в 1930 г. выделили в отдельную группу – полиненасыщенные незаменимые жирные кислоты, которые подразделили на два семейства.

**Омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты** (омега-3-ПНЖК) имеют двойную углерод-углеродную связь в омега-3-позиции, то есть после третьего атома углерода, считая от метилового конца цепи жирной кислоты. Семейство представлено 11 омега-3-ПНЖК, из них наиболее важными являются альфа-линоленовая кислота (АЛК), эйкозапентаеновая кислота (ЭПК) и докозагексаеновая кислота (ДГК). Все три кислоты важны, при этом первая может преобра-

## Целебные свойства растений

зовываться в остальные две. В настоящее время доказано, что в организме человека лишь 0,1–5% АЛК превращается в ЭПК и ДГК, а это очень мало для нормальной жизнедеятельности организма. Именно по этой причине считается, что все три указанные жирные кислоты являются для человека необходимыми и незаменимыми.

АЛК продуцируется в основном в растениях: семенах льна (льняном масле), грецких орехах, зародышах овса и пшеницы, соевых бобах (тофу – творог из соевого молока), семенах кунжута, авокадо, некоторых темно-зеленых листовых овощах (капусте, шпинате, зелени горчицы), фасоли.

ЭПК и ДГК содержатся в животных продуктах: лососе, скумбрии, сардине, макрели, тунце, форели, треске, креветках, устрицах, омарях, морских гребешках, желтках яиц домашних кур (в яйцах кур, выращенных на птицефабриках, содержание данных жирных кислот ничтожно малое).

*Омега-6-полиненасыщенные жирные кислоты* (омега-6-ПНЖК) имеют двойную углерод-углеродную связь в омега-6-позиции, то есть между шестым и седьмым атомами углерода, считая от метилового конца цепи жирной кислоты. Известно 11 омега-6-ПНЖК, основными являются линолевая и арахидоновая. Линолевая кислота может быть преобразована в арахидоновую и в остальные омега-6-ПНЖК.

Содержатся омега-6-ПНЖК преимущественно в фисташках, растительных маслах (виноградном, льняном, оливковом, кукурузном, подсолнечном, кунжутном, горчичном, рыжиковом, рапсовом, соевом, грецкого ореха, миндальном, арахисовом, зародышей пшеницы), в плодах смородины, крыжовника, мясе индейки и курицы.

Обращаем внимание на то, что в природе нет растительных и животных жиров, в которых содержатся только строго определенные семейства омега-3 или омега-6 ПНЖК.

В последние годы реабилитированы животные жиры, в частности свиное сало, которое на протяжении многих лет считалось нездоровой пищей и врачами не рекомендовалось для использования в питании из-за потенциального риска развития атеросклероза. В настоящее время доказано, что в свином сале наряду с насыщенными жирными кислотами содержатся ненасыщенные жирные кислоты, в том числе полиненасыщенные: арахидоновая, линолевая, олеиновая, линоленовая, пальмитиновая и др. Важно знать, что по концентрации жирных кислот сало не уступает растительным маслам. О том, что свиное сало не способствует развитию атеросклероза, написаны тысячи научных работ. Доказано, что в атеросклеротических бляшках откладывается не тот холестерин, который люди получают с пищей, а эндогенный холестерин, синтезируемый в организме. Однако в средствах массовой информации, а иногда и в научных медицинских публикациях продолжается запугивание населения историями о вреде свиного сала.

Человек должен постоянно получать ПНЖК с пищей. Они необходимы для построения многих структур – клеточных мембран и митохондрий, для синтеза простагландинов, лейкотриенов, обеспечения регенерации и функционирования эпителиальных клеток, регуляции жирового обмена. ПНЖК обладают гипохолестеринемическим эффектом, нормализуют функционирование сердечно-сосудистой системы, мозга, глаз, суставов и мышц. ПНЖК стимулируют иммунитет, повышают переносимость физических нагрузок, активируют жизненный тонус и работоспособность человека, угнетают агрегацию тромбоцитов и нормализуют реологические свойства крови, обладают выраженными антиоксидантными свойствами, улучшают течение метаболических процессов в организме, оказывают противовоспалительное действие, стимулируют продукцию коллагена и эластина, устраняют повышенную ломкость волос, ногтей и сухость кожных покровов.

Человек должен питаться полноценно. Ему необходимо получать белки, жиры, углеводы, воду, витамины (включая витаминоподобные вещества), макро- и микроэлементы, пищевые волокна. Жиры должны составлять 30% суточного калоража, при этом растительные масла – не менее трети всего количества потребляемых жиров.

Большинство жирных кислот быстро окисляются под влиянием солнечного света, разлагаются при нагревании во время приготовления пищи, при консервации продуктов. Лучше всего усваиваются ПНЖК при употреблении в пищу продуктов в сыром виде. Для того чтобы получить с пищей максимальные количества ПНЖК, следует заправлять овощные салаты нерафинированным растительным маслом, хранить заправленные салаты необходимо в стеклянной темной таре в прохладном месте. При обжаривании пищи в растительном масле следует избегать длительного воздействия высокой температуры. Нельзя повторно использовать растительные масла, в которых обжаривались продукты, поскольку при длительном нагревании в них образуются альдегиды.

**Коэнзим  $Q_{10}$**  (убихинон, витамин  $Q_{10}$ ) – представитель группы коферментов – бензохиноинов, включающих хиноидную группу (отсюда обозначение Q) и содержащих несколько изопрениловых групп (например, 10 в случае кофермента  $Q_{10}$ ).

В 1955 г. при изучении коферментов в лаборатории Мортон (Ливерпуль, Англия) из слизистой оболочки кишечника лошади выделили неизвестный неомыляемый липид, который оказался производным хинона. Вскоре было установлено, что новое вещество выявлялось практически во всех тканях не только лошадей, но и других животных. Дж. Мортон назвал это вещество убихиноном (*ubiquitous quinon* – вездесущий хинон). Два года спустя Ф. Крэйн обнаружил в его липидном экстракте митохондрий и дал ему название «коэнзим  $Q_{10}$ », поскольку было установлено его участие в тканевом дыхании. В 1963 г. профессор С. Ямамура с сотрудниками первыми

применили коэнзим  $Q_{10}$  при лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В 1978 г. британский биохимик П. Митчелл был удостоен Нобелевской премией за открытие хемоосмотического механизма синтеза АТФ. Он предположил, что цепь реакций, осуществляющихся в процессе дыхания, представляет собой последовательность сменяющих друг друга носителей водорода и электронов. Митчелл доказал, что одним из главных переносчиков электронов в процессе дыхания выступает коэнзим  $Q_{10}$ . В 1997 г. основан Международный центр по изучению убихинона.

Установлено, что коэнзим  $Q_{10}$  образуется в организме млекопитающих из аминокислоты тирозина и локализуется в середине фосфолипидного бислоя различных мембран таких органелл клетки, как митохондрии, эндоплазматическая сеть, аппарат Гольджи, пероксисомы, везикулы. Высокие концентрации кофермента выявлены в клетках органов с высоким энергетическим обменом (сердца, печени, мускулов, селезенки), хотя относительное содержание его варьирует в различных органеллах. Естественный уровень кофермента  $Q_{10}$  в плазме крови здорового человека составляет около 0,8–1,2 мкг/мл.

Исследования многих ученых показали, что коэнзим  $Q_{10}$  способствует выработке энергии в организме, обладает антиоксидантными свойствами, нормализует усвоение клетками кислорода и функционирование иммунной системы, активирует окисление липидов, оказывает антиадгезивное и антиагрегационное действие, улучшает микроциркуляцию.

Коэнзим  $Q_{10}$  на ранних этапах изучения широко рекомендовали применять в комплексной терапии заболеваний сердечно-сосудистой системы, особенно у людей пожилого возраста. Его именовали сердечным витамином, хотя на самом деле это не витамин, а кофермент, который образуется в организме человека. На протяжении всей жизни коэнзим в организме вырабатывается неравномерно. В молодые годы его уровень высок, в 35 лет достигает максимума, а затем снижается. После 40 лет содержание коэнзима в сердце уменьшается на 20–30%, у людей старше 60 лет его уровень составляет всего 50% по сравне-

нию с молодыми людьми. На этом основании коэнзим  $Q_{10}$  стали применять в качестве кофермента молодости и здоровья.

За прошедшие годы отношение ученых к коэнзиму  $Q_{10}$  как к волшебному средству, которое способно лечить пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, замедлять старение и возвращать молодость, существенно изменилось. Не все результаты, полученные в исследовательских лабораториях, подтвердились в клинической практике. По данным независимого метаанализа 2014 г., приведенного в Кокрейновском исследовании, не было обнаружено убедительных доказательств в пользу использования кофермента  $Q_{10}$  при лечении пациентов с сердечной недостаточностью. Не получено также достаточных доказательств того, что коэнзим  $Q_{10}$  способствует снижению риска развития сердечных заболеваний.

Американское регуляторное агентство FDA не одобрило использование коэнзима  $Q_{10}$  в качестве лекарственного препарата. Однако исследования свойств кофермента активно продолжаются. В настоящее время в распоряжении врачей нашей республики нет лекарственных средств, содержащих в качестве действующего вещества коэнзим  $Q_{10}$ .

Установлено, что кофермент  $Q_{10}$  обладает низкой токсичностью. Его в виде синтетического вещества применяют в качестве пищевых добавок. Однако следует помнить, что при регистрации пищевых добавок не требуется предоставлять материалы по экспериментальному изучению влияния их на организм, а также доказательства их влияния на процессы старения.

Пищевыми источниками кофермента  $Q_{10}$  являются сердце, печень, почки, говядина, мясо курицы, рыба (макрель, сардина, тунец, сельдь, лосось). Много убихинона содержат растительные масла (соевое, горчичное, кунжутное, хлопковое, рапсовое, оливковое, кукурузное, подсолнечное).

Для пополнения содержания кофермента  $Q_{10}$  рекомендуется ежедневно употреблять в пищу миндаль, фундук, грецкие орехи, фисташки, кунжутное семя, капусту и клубнику.



Доцент В. К. Милькаманович

## КАК РАЗВИТЬ ТЕРПИМОСТЬ К РАЗДРАЖЕННОМУ ПАЦИЕНТУ

Белорусский государственный университет

Огонь не гасится огнем, пожары тушатся водою.

Развитая терпимость (толерантность) медицинской сестры к раздраженному пациенту свидетельствует о ее высокой профессиональной культуре, а также о надежной защите от эмоционального выгорания.

Современные условия развития общества выдвигают жесткие требования к любым специалистам, работающим с людьми: иметь внутреннюю установку на толерантное принятие любого участника делового общения и уметь строить свое поведение на основе понимания, признания и принятия во всем разнообразии личностных и социальных различий.

Понятие «толерантность» (от лат. *tolerantia* – выносливость, стойкость) в последнее время стало общепотребительным. В русский язык слово вошло сравнительно недавно, и в основном используется как полный синоним терпимости.

С философской точки зрения толерантность – терпимость к взглядам, нравам, привычкам иного рода. Этика определяет толерантность как положительное качество, которое означает устойчивое доброжелательное отношение к личности другого человека. Оно выражается в привычном подсознательном подавлении чувства неприятия, вызванного тем, что знаменует в другом человеке нечто иное: внешность, манеру речи, вкусы, образ жизни, убеждения и т. п.

Без толерантного отношения к пациенту медицинская сестра никогда не сможет полноценно принять его таким, какой он есть, адекватно представить то, что происходит в его внутреннем мире, понять его как личность. При этом в общении с раздраженным пациентом медицинская сестра сохраняет душевное равновесие и спокойствие.

Наряду с понятием «толерантность» существует понятие «интолерантность», то есть неприятие другого человека, неготовность к сосуществованию с другими людьми. Интолерантный путь характеризуется представлением человека о собственной исключительности, низким уровнем воспитанности, желанием власти, неприятием противоположных взглядов, традиций и обычаев.

Интолерантность обычно проявляется через конфликтное, агрессивное поведение. Такую медицинскую сестру все нервирует, а плохое настроение приводит к проблемам на работе и в семье. Выражение ее лица угрюмое, сумрачное. В речи или в мыслях

возникают грубые выражения. Движения становятся резкими. Голос звучит громко и пронзительно.

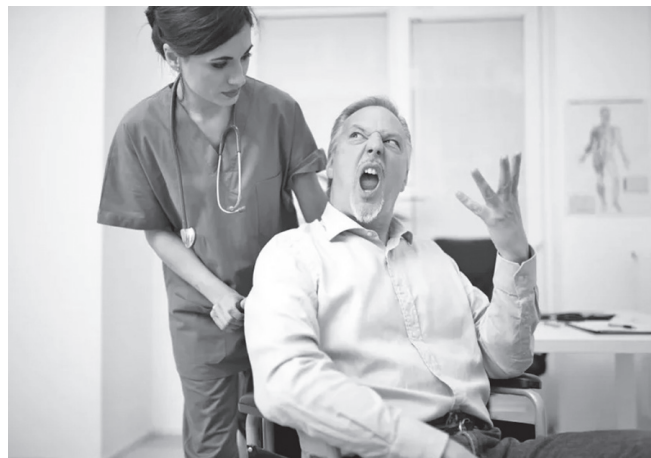
Повышенная раздражительность пациента обычно является следствием его психологических проблем и неблагоприятных симптомов заболевания.

Среди психологических проблем пациента можно выделить:

- недовольство собой, своей жизнью;
- страхи, повышенную тревожность;
- усталость, эмоциональные перегрузки, длительное подавление негативных эмоций в случае необходимости сдерживать себя;
- затянувшиеся переживания после какого-то тяжелого события;
- неразрешенный конфликт;
- нездоровые ритм и образ жизни;
- зависимость от алкоголя, сигарет, наркотиков, высококалорийной пищи и т. п.

Раздражительность как эмоциональная реакция на неблагоприятный симптом заболевания может развиваться при общих заболеваниях скрытого характера (чаще всего это проблемы с щитовидной железой, сердцем, желудком), инфекционных заболеваниях (грипп, ОРВИ и др.), сахарном диабете, некоторых психических заболеваниях (неврозы, шизофрения, деменция, болезнь Альцгеймера) и др.

Рассмотрим наиболее действенные рекомендации для толерантного общения с раздраженным пациентом.



Раздраженный пациент-колясочник высказывает свое возмущение медицинской сестре

### 1. Улыбайтесь.

В словах песни «От улыбки станет всем светлей» заложен важный психологический смысл: улыбка действительно облегчает понимание и обезоруживает. С ее помощью вы демонстрируете пациенту свою симпатию. А кричать на того, кто относится к тебе с симпатией, как-то неудобно. Волей-неволей пациент тоже начинает чувствовать к вам симпатию, и сохранять раздражение ему становится еще труднее.

Ваша мимика не должна выглядеть искусственно; если искренне улыбаться при виде раздраженного пациента не получается, подумайте о чем-то хорошем. Например, о том, как в выходные поедете на дачу с семьей или о пирожном, которое дожидается в холодильнике.

Привычку улыбаться можно выработать простым физическим методом. Наденьте на руку обычную резинку для волос, и всякий раз, когда «тучи начинают сгущаться», щелкайте ею по запястью. Через две-три недели нужная эмоция начнет приходить «по щелчку».

### 2. Слушайте молча.

Представьте свое состояние, когда в момент гнева кто-то пытается привести вас в чувство просьбами успокоиться, говорить тише, не принимать близко к сердцу и т. д. Обычно подобные увещевания действуют с точностью до наоборот – весь негатив направляется на миротворца.

Чтобы не спровоцировать новую волну раздражения у пациента, дайте ему время на эмоциональный монолог, а когда страсти улягутся, начинайте задавать конкретные вопросы, касающиеся ситуации. Понять, что подопечный остыл, можно по более расслабленной позе, размеренному дыханию, смягчившемуся выражению лица.

Пойдите еще на одну хитрость, начав говорить тише, чем вы привыкли в обычной жизни. Это заставит собеседника прислушиваться к вашим словам и самому сбавить тон, и вы сможете перейти к более спокойному обсуждению того, что его так взволновало.

### 3. Ничего личного.

Никогда не воспринимайте раздражение пациента на свой счет. Возможно, он просто не выспался, устал от личных проблем или недоволен жизнью. Ваша задача – дистанцироваться от чувства обиды, которое может сделать беседу еще более напряженной.

В психологии есть понятие «ассертивность», характеризующее внутреннее состояние свободы от внешнего давления и манипуляций. Это наиболее правильная реакция на вербальную агрессию, некая золотая середина восприятия конфликта, лежащая между агрессией и пассивностью.

Ассертивность позволяет слегка отстраниться от негативной ситуации, взглянув на нее с позиции зрителя. Таким образом, вы сохраняете объективность и спокойствие даже на фоне бушующего урагана в лице раздраженного пациента. Ведь это всего лишь декорации к спектаклю и его роль в этой пьесе.

К тому же ассертивность позволяет оставаться вовлеченным в процесс и вовремя вступить со своей репликой, чтобы далее перейти к конструктивному диалогу.

### 4. Развивайте сочувствие.

Старайтесь «очеловечить» собеседника. Пусть он сейчас взбешен, машет руками. Развивайте сочувствие к пациенту. Попробуйте представить, какой он вне конфликта, в обычной жизни, в семье. Возможно, до такого состояния его довели какие-то проблемы, заботы и сложные жизненные обстоятельства, и он сам не рад своему невротическому поведению. Поразмыслив обо всем этом некоторое время, вы поймете, что он такой же человек, как и вы, только со своими слабостями (ведь и у вас есть свои), проникнетесь к нему сочувствием – и вам захочется ему чем-то помочь. Снисходительность и участие, столь необходимые в профессии медицинской сестры, не позволят грубости слететь с вашего языка, смягчат взгляд и отношение к раздраженному пациенту.

### 5. Берите паузу.

После того как раздраженный пациент ушел, выделите себе несколько минут на то, чтобы вернуть душевное равновесие и позитивный настрой. Конфликтные ситуации очень выматывают, даже если они исчерпаны и пациент в итоге успокоился.

Можно подставить руки под воду, представляя, как она смывает все негативные эмоции.

Если у вас нет возможности покинуть рабочее место, просто начните ровно и глубоко дышать. Через пару минут вы заметите, что мысли прояснились, а эмоции стали поддаваться контролю.

Еще одна незаменимая техника для расслабления – визуализация: закройте глаза, медленно считайте до 10, мысленно переносясь туда, где вам хорошо и комфортно. Это может быть родительский дом, березовая роща, морской берег и т. п. Представьте там все, до мельчайших деталей. Затем «возвращайтесь» и начинайте обратный отсчет с 10 до 0.

На рабочем месте повесьте для себя шуточный лозунг «Не раздражай раздраженного!».

Приведем типичный пример интолерантного общения медицинской сестры с раздраженным пациентом.

*Пациент (П) стационара на повышенных тонах обращается к медсестре: Мне простынь выдали, она рвань какая-то!*

*Медсестра (М): И что, теперь кричать надо? Успокойтесь!*

*П.: Да я спокоен! И нечего мне рот закрывать! Что за отношение к больным! Это же безобразие какое-то!*

*М.: Да что вы на меня кричите! Я-то здесь причем! Я, что ли, рвала вашу простынь!*

*П.: Да вы первая голос повысили! Сначала говорить научитесь, а потом к больным подходите!*

И так далее. Ситуация типична по набору обвинений и их формулировок.



Раздраженный пациент вызывает медицинскую сестру

А вот как эта ситуация могла бы разрешиться при наличии сформированной у медицинской сестры терпимости к тому же раздраженному пациенту.

*П. (с той же интонацией): Мне простынь выдали, она рвань какая-то!*

*М. (нейтрально): Выдали плохую простынь (констатация факта).*

*П.: Да-да! Здесь вот разорвана! Это же безобразие! Что за отношение!*

*М.: Да. Я понимаю вас.*

*П.: Ну и что же вы предлагаете?*

*М. (могут быть разные варианты, важно, что происходит переход от конфронтации к сотрудничеству): Может быть, попытаться аккуратно заправить, пока не заменят, – и не дожидаясь ответа: – Вам нужна помощь?*

Не поддерживая собеседника в теме о безобразии, но дав понять, что его слушают, медицинская сестра погасила раздражение своего подопечного и предотвратила ненужный скандал.

Уважаемые коллеги! Формирование толерантного отношения к раздраженному пациенту в современном мире является важной задачей сестринского дела. В учреждениях здравоохранения этому могут способствовать:

- организация специальных семинаров, школы и курсов повышения квалификации, на которых обучаются медицинские сестры, работающие с трудными и тяжелобольными людьми;
- проведение деловых игр и тренингов по проблеме толерантного общения с раздраженными пациентами.

**Литература для работников со средним медицинским образованием, поступившая в Республиканскую научную медицинскую библиотеку**

- Актуальные вопросы диагностики гипертиреоза / В. В. Скворцов [и др.] // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 7. – С. 3–8.*
- Алешкина, О. Ю. Профессиональная подготовка студентов-бакалавров / О. Ю. Алешкина, Н. Б. Логашова // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 8. – С. 40–41.*
- Анализ деятельности выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи БУЗ ВО ВГП 18 / В. И. Шевцова [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2019. – № 3. – С. 34–36.*
- Бершадская, М. Санация трахеобронхиального дерева у реанимационных больных: от простого к правильному / М. Бершадская // Главная медицинская сестра. – 2020. – № 2. – С. 42–67.*
- Блохина, М. В. Оценка качества сестринской медицинской помощи / М. В. Блохина, О. Г. Сафина, А. П. Чернова // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 8. – С. 30–35.*
- Богущ, Е. А. Экспертиза сестринской помощи основа управления качеством медицинской помощи / Е. А. Богущ, С. И. Двойников // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 6. – С. 1080–1085.*
- Бойков, В. П. Болевой синдром при повреждениях и заболеваниях крестцово-подвздошного сочленения / В. П. Бойков, К. С. Чермаков // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 8. – С. 3–6.*
- Брашован, Е. А. Преподавание профессиональной этики – важная составляющая сестринского обучения / Е. А. Брашован // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 8. – С. 42–43.*
- Водолагин, А. В. Современные стратегии реализации паллиативной помощи в Российской Федерации / А. В. Водолагин // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2019. – № 4. – С. 43–49.*
- Воробцова, Е. С. Командный метод работы в организациях паллиативной медицинской помощи / Е. С. Воробцова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2019. – № 3. – С. 16–20.*
- Высокий гомоцистеин: в чем опасность? // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 8. – С. 51–52.*
- Григорьев, К. И. Ведение детей в условиях сочетания патологических состояний / К. И. Григорьев // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 8. – С. 20–30.*
- Данилина, С. Как главной медсестре купировать истерику сотрудника и справиться со стрессом / С. Данилина // Главная медицинская сестра. – 2020. – № 2. – С. 68–75.*

**Подготовила Н. Д. Гололоб, ведущий библиограф справочно-информационного отдела РНМБ**

**Литература для работников со средним медицинским образованием,  
поступившая в Республиканскую научную медицинскую библиотеку**

Дзюбак, С. А. Формирование принципов подбора административных менеджеров на основе моделей взаимоотношения медицинских работников и пациента / С. А. Дзюбак, Э. В. Бердугина, В. А. Бердугин // Главврач. – 2020. – № 1. – С. 34–42.

Диагностика и лечение синдрома Жильбера / П. Д. Пашков [и др.] // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 7. – С. 22–24.

Дубель, Е. В медорганизации пациент с признаками гриппа или ОРВИ. Как действовать главной медсестре и ее подчиненным / Е. Дубель // Главная медицинская сестра. – 2020. – № 1. – С. 82–90.

Еремушкин, М. А. Медицинский массаж в педиатрической практике : учебник / М. А. Еремушкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 175 с.

Косцова, Н. Г. Опыт внедрения роботизированной системы забора крови / Н. Г. Косцова, Т. Б. Свиридова, А. П. Андреев // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 8. – С. 36–39.

Мамонтова, Г. Идентификация пациента в системе внутреннего контроля: лучшая сестринская практика / Г. Мамонтова // Главная медицинская сестра. – 2020. – № 2. – С. 28–40.

Медработники массово увольняются. Какие уловки помогут удержать персонал // Главная медицинская сестра. – 2020. – № 1. – С. 72–78.

Методы диагностики лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза / А. В. Ковальчук [и др.] // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 8. – С. 7–10.

Минздрав реформирует сестринские кадры. Новые разъяснения чиновников // Главная медицинская сестра. – 2020. – № 1. – С. 50–63.

Молчанова, И. В. Дерматомиозит – представитель системных заболеваний / И. В. Молчанова, В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 7. – С. 12–15.

Мухина, С. А. Теоретические основы сестринского дела : учебник для мед. училищ и колледжей / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 366 с.

Мухтаров, Т. А. Хронический бронхит / Т. А. Мухтаров, В. В. Скворцов // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 7. – С. 8–11.

Немтырева, Л. Ф. Роль медсестры кабинета здорового ребенка в формировании физического и психологического благополучия ребенка / Л. Ф. Немтырева, К. И. Григорьев, И. В. Балашова // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 7. – С. 38–43.

Непрерывное образование и аккредитация медсестер: время собирать портфолио // Главная медицинская сестра. – 2020. – № 1. – С. 64–71.

Нефропатия, ассоциированная с вирусом иммунодефицита человека / О. Б. Поселюгина [и др.] // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 7. – С. 44–47.

Островская, И. В. Алгоритмы манипуляций сестринского ухода : учеб. пособие / И. В. Островская, Н. В. Широкова, Г. И. Морозова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 310 с.

Пакина, В. А. Развитие эфферентных методов лечения / В. А. Пакина // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 8. – С. 17–19.

Паршин, М. Медвежья услуга от благодарного пациента. Какие подарки запрещено принимать медсестрам и их руководителям / М. Паршин // Главная медицинская сестра. – 2020. – № 1. – С. 40–48.

Патронаж пациентов пожилого и старческого возраста: анализ действующей системы и определение стратегии развития / Я. П. Сандаков [и др.] // Клиническая геронтология. – 2019. – Т. 25, № 9–10. – С. 32–36.

Пряхин, В. Ф. Лечение пациентов хирургического профиля : учебник / В. Ф. Пряхин, В. С. Грошинин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 602 с.

Пылаева, Ю. В. Сестринский уход во фтизиатрии : учебник / Ю. В. Пылаева. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 285 с.

Резиденции для пожилых людей вместо домов престарелых // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 8. – С. 47–50.

Рогожникова, Л. В медорганизации корь или другая инфекция. Инструкция и памятка для сестринской службы / Л. Рогожникова // Главная медицинская сестра. – 2020. – № 2. – С. 92–95.

Рубис, Л. Как подбирать эффективные средства для гигиены рук и убедить медперсонал ими пользоваться / Л. Рубис // Главная медицинская сестра. – 2020. – № 2. – С. 78–88.

Синдром Фелти / С. А. Введенский [и др.] // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 7. – С. 28–32.

**Подготовила Н. Д. Гололоб, ведущий библиограф  
справочно-информационного отдела РНМБ**

## ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ ТЕМЫ «ПРИРОДА БЕЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОТХОДОВ»

В водопроводной питьевой воде уже содержится минимум пять лекарственных препаратов. Население не знает, как правильно утилизировать ненужные лекарства и отравляет окружающую среду. В стране уже есть ответственные организации, которые должны правильно обезвреживать невостребованные лекарства. Поможем всем узнать о проблеме и ее решении.

В Беларуси действует ТКП 17.11-08-2020 (33040/33140) «Охрана окружающей среды и природопользование. Отходы. Правила обращения с коммунальными отходами», где установлен следующий порядок: отходы просроченных лекарственных средств подлежат сбору в аптеках, больницах, поликлиниках, амбулаториях и иных организациях, оказывающих населению медицинские услуги, путем установки специальных контейнеров для самостоятельного размещения там отходов физическими лицами или путем передачи отходов уполномоченному работнику таких организаций.

Инициативные люди в сентябре 2019 г. запустили общественную кампанию «**Природа без фармацевтических отходов**» с целью создания системы сбора и утилизации бытовых фармацевтических отходов в г. Барановичи. Благодаря активистам из других городов, которые присоединились к инициативе, в августе 2020 г. стартовал пилотный проект «**Природа без фармацевтических отходов**», цель которого – снижение влияния бытовых фармацевтических отходов на окружающую среду и здоровье человека, а также изменение культуры потребления лекарственных средств населением страны.

Выбрасывая просроченные лекарства в мусор или канализацию, мы позволяем им оказаться на полигоне, в сточных водах, реках и озерах нашей страны. Уже доказано, что присутствие фармацевтических препаратов в окружающей среде может привести к репродуктивным проблемам у амфибий и рыб, отказу почек у птиц, изменениям в поведении животных. Попадание остатков лекарственных средств в питьевую воду может оказать негативное влияние на здоровье человека.

Мы предлагаем установку пунктов сбора просроченных лекарств от населения, что позволит каждому человеку проявить свою осознанность в решении проблемы и тем самым снизить негативное влияние бытовых фармацевтических отходов на окружающую среду и здоровье человека.

Мы повышаем информированность населения Беларуси о проблеме влияния бытовых фармацевтических отходов на окружающую среду и здоровье человека, о возможностях предотвращения их образования. А это значит привлечение внимания к проблеме и изменение культуры потребления лекарств.

Реализация инициативы «Природа без фармацевтических отходов» – это один из способов предотвратить вред, причиняемый окружающей среде, еще до того, как остатки просроченных лекарств попадут в сточные воды. И только ответственное и осознанное отношение к проблеме поможет предотвратить опасность, которую они представляют!

В настоящее время в кампании участвует 13 городов, установлен 21 контейнер для сбора лекарственных средств. Нужно охватить как можно больше городов, населенных пунктов для установки контейнеров, а также проинформировать население о возможности сдать правильно просроченные лекарства.

*Уже сейчас мы ищем партнеров в 23 городах Беларуси! Экологи, активисты, отзовитесь! Нам нужны ваши помощь и поддержка! Мы готовы сотрудничать с государственными структурами и частными организациями, со всеми, кто заинтересован в решении проблемы сбора и утилизации просроченных лекарств от населения Беларуси.*

Подробности можно узнать на сайте <http://eco.soc.center.tilda.ws/>.

Контактная информация:

директор проекта – Виктория Калач (тел. +375 29 794-62-99; e-mail [kalach\\_v@rambler.ru](mailto:kalach_v@rambler.ru));

PR-менеджер – Елена Майсюк (тел. +375 29 922-13-21; e-mail [beztabetokpriroda@gmail.com](mailto:beztabetokpriroda@gmail.com)).