



МЕДИЦИНСКИЕ ЗНАНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

*Исполняющий обязанности
главного редактора*
Абаев Юрий Кафарович

Редакционная коллегия:

Е. М. Бильдюк (отв. секретарь)

Л. И. Алехнович

А. А. Астапов

А. М. Дашкевич

Н. И. Доста

О. Н. Катова

Л. Э. Кузнецова

А. Е. Кулагин

Т. В. Матвейчик

В. К. Милькаманич

В. Г. Панкратов

С. М. Русак

Н. Ф. Сивец

В. А. Тавтын

С. Ф. Южик

Адрес редакции: ул. Фабрициуса, 28, 220007, г. Минск
Телефон +375 17 368-21-48. E-mail: medznania@mail.ru
<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 01.08.2023

Тираж 1539 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», 2023

Научно-практический журнал
для специалистов
со средним
медицинским
образованием

4(148)

июль – август, 2023

Издается с 1999 года
Выходит 1 раз в 2 месяца

Учредитель: учреждение «Редакция журнала «Здравоохранение»

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции

Умиряющий пациент _____ 2

Тема номера

Ю. К. Абаев

Медицина, основанная на доказательствах,
и здравый смысл _____ 3

Наблюдение, реабилитация и уход

В. К. Милькаманич

Концептуальные аспекты медико-социальной работы _____ 9

Обмен опытом

Т. В. Матвейчик

Критерии успешности главных медицинских сестер:
от свойств личности к качеству организации труда _____ 16

А. А. Мазго

Постаналитический этап клинических лабораторных
исследований _____ 19

Трибуна преподавателя

И. М. Парханович

Использование информационно-коммуникационных
технологий при реализации образовательных программ
дополнительного образования взрослых _____ 23

Школа само- и взаимопомощи

В. К. Милькаманич

Как гармонизировать свое психологическое состояние
с помощью цвета _____ 25

Целебные свойства растений

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

Абрикос обыкновенный – *Armeniaca vulgaris* Lam _____ 28

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

Авокадо (Персея Американская) – *Persea americana* Mill _____ 30

ISSN 1027-7218



9 1771027 721803 2 3 0 0 4

Умиравший пациент

Дорогие коллеги!

Образование современного медика основано на вере в могущество медицинской науки, способной научить обнаруживать ранние признаки болезни и своевременно ставить диагноз, открывающий путь к лечению, возможности которого сегодня чрезвычайно велики. Однако воинствующий оптимизм теряет свой блеск при столкновении с итогами «терапевтического торжества» в прозекторском зале, где видно, что «нет ничего вернее смерти». Постигание этой мудрости, к сожалению, не открывает тайнств поведения медицинского работника у постели человека, отходящего в мир иной. Как восполнить этот серьезный пробел в медицинском образовании и научить умирающего пациента восхождению к мученическому концу жизни?

Забвение смерти порождает множество ошибок и разочарований. Умирание и смерть – это часть жизни, осознание которой дается с большим трудом в связи с особенностями нашего воспитания. Взять хотя бы безумную попытку построить «рай на земле», печальный опыт которой имеет наша страна. Атеистическая модель мира, погоня за счастьем любой ценой, даже ценой крови и чужой жизни, – разве не расплачиваемся мы сейчас за все это? Несформированное представление о смерти обедняет существование человека, тогда как стремление понять закономерный уход из жизни позволяет расширить границы видимого мира, дает возможность подняться до осознания таких вечных вопросов, как смысл бытия, вера, безверие, Бог, оценить, а нередко и переоценить собственную систему ценностей.

Страшная примета нашего времени – человеческое равнодушие и холодность, доходящие до такой степени, что выражение «стакан воды некому подать» становится реальностью. На Западе паллиативную помощь и хосписы давно перестали воспринимать как что-то необычное. Люди умирают, это происходит каждый час, каждую минуту, кто-то легко и быстро, кому-то суждено мучиться не один месяц. Разве нельзя создать максимально комфортные условия этих последних дней?

Христианское понимание непостыдной кончины включает подготовку к смертному исходу как к духовно значимому этапу в жизни человека. Окруженный заботой в последние дни земного бытия, он способен пережить благодатное изменение, связанное с новым осмыслением пройденного пути и покаянным предстоянием перед Вечностью. В медицинских учреждениях медики лечат и убеждают пациента в том, что он непременно поправится. В хоспис определяют тех, у кого нет надежды на выздоровление. Помочь примириться с этой мыслью, осознать, что смерть – это конец жизни земной и начало жизни вечной, привести в порядок дела и мысли – такое под силу далеко не каждому дипломированному медику. Стоит ли говорить, как тяжела эта работа, оплачиваемая столь мизерно. Тем не менее милосердие и отзывчивость на чужую боль существуют. Сотрудники хосписов, как правило, исключительно добрые и самоотверженные люди, для которых милосердие не просто красивое слово, а необходимое дело.

Вопреки утвердившейся догме, согласно которой в хоспис привозят умирать, здесь повсюду дыхание жизни, быть может, самое полноценное для тех, чья жизнь исчисляется днями и часами. Здесь не обитель слез и печали – это место, где пробуждается душа, встречаясь с сердечными пастырями страждущих в трагический период их жизни. Любовь часто понимают как чувство, направленное на другой пол, понятна любовь к отечеству, к семье, к дому. Для тех, кто работает в хосписе, любовь – это, прежде всего, состояние. Ее чувствует каждый, кого касаются их руки, кому они улыбаются, кого слушают. Это особое состояние создает атмосферу, в которой нет места лицемерию и лжи. Здесь всем «все понятно», и цель взявшихся за руки людей – реально поддерживать тех, чьи дни сочтены. Здесь не навязывается особое миропонимание, а предоставляется выбор – знать или не знать правду о себе. Важным является тот Последний земной час, когда расставляются все точки над «i», когда возникает желание прожить и пережить его сознательно, не уходя при помощи лекарств от сложных, но таких необходимых поисков ответов на вопросы, поставленные жизнью. В этот Последний час открывается дверь, за которой ответ на сакраментальный вопрос – есть ли продолжение жизни, реальна ли сама смерть. Наступает момент, когда тревога, страх, гнев и скорбь отступают. На смену приходит смирение с судьбой, вся суэта становится бессмысленной, в душе воцаряется покой, приходят принятие конца и терпеливое ожидание. Наступило время последней передышки перед дальней дорогой.

Легкой жизни я просил у Бога:
Посмотри, как мрачно все кругом.
Бог ответил: подожди немного,
Ты меня попросишь о другом.
Вот уже кончается дорога,
С каждым годом тоньше жизни нить –
Легкой жизни я просил у Бога,
Легкой смерти надо бы просить.

*И. Тхоржевский
(1878–1951)*

*С уважением,
профессор*

Ю. К. Абаев



Профессор Ю. К. Абаев

МЕДИЦИНА, ОСНОВАННАЯ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ, И ЗДРАВЫЙ СМЫСЛ

Редакция журнала «Здравоохранение»

Имей мужество пользоваться собственным умом.
И. Кант

В 1992 г. в одном из самых влиятельных медицинских журналов США – JAMA (The Journal of the American Medical Association) – появилась статья под названием «Доказательная медицина: новый подход к обучению». Это был своеобразный манифест, призывавший к преобразованию клинической медицины на новых методологических основах. Прежде врачи совершенствовали диагностику и лечение на основе тщательного изучения каждого больного в отдельности или небольших групп. Такая практика объявлялась ненадежной и устаревшей. По-настоящему доказательными следовало считать только выводы, полученные при исследовании многочисленных групп пациентов. Особенно возрастает достоверность, если эксперименты планируются с учетом современных методических требований: контролируемый подбор больных (рандомизация), использование двойного слепого опыта, одновременное проведение наблюдений в нескольких лечебных центрах. Нечего и говорить, что прежние примитивные методы количественной обработки результатов вроде вычисления средней арифметической или процентов также оказались неудовлетворительными, их следовало заменить новейшими статистическими методами. Лечащий врач в своей работе должен опираться не столько на личный опыт и опыт своих наставников, сколько на твердо установленные, бесспорные факты новой доказательной медицины.

Зарождение доказательной медицины связано с развитием научной медицины. Пионерами количественного метода оценки методов лечения являются французские врачи П. Луи (1787–1872) и Ж. Гавар (1809–1890) – они фактически разработали статистический подход, на котором основывается доказательная медицина. Почему возникла необходимость в доказательной медицине?

Во-первых, изменение структуры заболеваемости в сторону роста частоты хронических болезней с длительностью течения в десятки лет привело к потере четких ориентиров, базируясь на которые врач мог бы сказать, что назначенная им терапия приводит к улучшению прогноза для больного.

В связи с этим наблюдается все большая зависимость от вторичных источников информации.

Во-вторых, лекарственная терапия и диагностика стали многомиллиардным бизнесом. Проводится агрессивная рекламная политика, специалисты по маркетингу стремятся представить лекарство в наиболее выгодном свете.

В-третьих, увеличение объема научной информации. Ежегодно в медицинскую практику внедряются новые методы и средства лечения. Они активно изучаются в многочисленных клинических исследованиях, результаты которых зачастую оказываются неоднозначными, а иногда и прямо противоположными. Чтобы использовать полученную информацию на практике, ее необходимо не только тщательно анализировать, но и обобщить.

В-четвертых, нехватка средств. В этой ситуации из большого числа методов и средств лечения необходимо выбрать именно те, которые наиболее эффективны и лучше переносятся больным.

В-пятых, пациенты стали более образованными. Медицинский персонал перестал быть единственным источником информации для больного и его семьи. Средства массовой информации оказывают значительное влияние на восприятие пациентами назначаемого лечения.

В-шестых, гуманизация общества, акцент на самостоятельность и самодостаточность личности. Необходимость получения согласия на лечение предполагает, что врач предлагает пациенту информацию и помогает ему критически ее оценить.

Чтобы убедить в преимуществе методов доказательной медицины, сторонники этого нового подхода рассматривают следующий гипотетический случай. В приемный покой больницы поступает мужчина после типичного эпилептического припадка, случившегося впервые в жизни. При тщательном обследовании, включавшем компьютерную томографию головы и электроэнцефалограмму головного мозга, не обнаруживается никаких отклонений от нормы. Пациент боится повторения приступов и хочет знать, как ему быть. Какой ответ он мог получить в прошлом? Дежур-

Тема номера

ный врач мог посоветоваться со старшим коллегой или консультантом-невропатологом. Их общее мнение сводилось к тому, что риск повторных приступов велик, хотя никто из этих врачей не может назвать точную цифру. Врач сообщает больному этот неопределенный прогноз, советует не водить автомобиль и обратиться к врачу по месту жительства. В результате «пациент уходит в состоянии неясной тревоги».

Совсем по-другому поступит врач, воспитанный в традициях доказательной медицины. Первым делом он задаст вопрос, известен ли точный прогноз первого эпилептического приступа. Убедившись, что точных сведений нет, он включит компьютер и проведет поиск в медицинских журналах по словам «эпилепсия», «рецидивы», «прогноз». Очень быстро он узнает, что риск рецидива у такого больного на протяжении первого года составляет 43–51%; через 3 года риск равен 51–60%; если на протяжении 18 месяцев не случится ни одного приступа, риск рецидива падает до 20%. Врач сообщит больному все эти цифры и посоветует обратиться к врачу по месту жительства. Теперь «пациент уходит с ясным представлением о своем прогнозе».

Авторы зачарованы магией цифр и полны энтузиазма. Им кажется, что пациент непременно разделит их оптимизм и почувствует облегчение от такой ясной перспективы. Им невдомек, что ему все равно: скажут, что риск рецидива просто велик или же сообщат, что риск равен 43–51%. Эта точность обманчива, потому что она тоже не отвечает на самый главный вопрос. Ведь больного интересует только одно: попадет ли он в счастливую половину и приступов у него больше не будет или же окажется среди тех 50%, у которых приступы будут повторяться. Этого не знает даже доказательная медицина. Знаменательно, что в первом варианте, когда врач по старинке сообщает только приблизительный прогноз, он рекомендует пациенту на всякий случай не водить автомобиль. Напротив, врач новой формации этого не делает. Что это – забывчивость или бессердечие? Быть может, врач полагает, что, поскольку больной имеет «ясное представление о своем прогнозе», он в состоянии сам решать – водить ему машину или нет...

Впрочем, этот пример не снижает силу и справедливость главных утверждений манифеста. Действительно, современные многоцентровые исследования, которые планируют и осуществляют с учетом современных методологических требований, являются новым и мощным инструментом познания. Несомненно, они способствуют прогрессу медицины и обещают новые достижения. Кроме того, врачи стали яснее понимать, что сведения, на которых они основывают свои диагностические

и лечебные решения, имеют разную надежность и достоверность: от твердо установленных научных фактов до освященных традицией верований и даже предрассудков. Чем более достоверны знания, на которые опирается врач, тем успешнее должна быть его практическая работа. В результате термин «доказательная медицина» стал необычайно популярным.

Но стремление к достоверности не является чем-то новым в медицине. Еще Гиппократ предупреждал, что «удобный случай скоропременно, опыт обманчив, суждение затруднительно». Наши великие предшественники отлично это понимали. Они делали выводы на более чем скромном по нынешним меркам количестве наблюдений и не пользовались современными статистическими методами. Зато компенсировали эти недостатки вдумчивым анализом и многолетней проверкой, прежде чем решались поделиться результатами исследований со своими коллегами.

Английский врач Э. Дженнер (1749–1823) во время эпидемии натуральной оспы заметил, что доильщицы коров, заразившись коровьей оспой, не заболели натуральной человеческой оспой. Одну такую доильщицу Э. Дженнер убедил дать привить себе натуральную оспу и получил отрицательный результат. В течение 20 лет он продолжал наблюдения и только в 1796 г. решился привить одному мальчику сначала коровью, а затем натуральную оспу. Убедившись в успехе вакцинации, он смелее стал производить дальнейшие опыты, но опубликовал результаты исследований еще через 2 года.

Точно так же поступил английский ботаник и врач У. Уизеринг (1741–1799), который подарил медицине дигиталис. В 1775 г. один из его пациентов погибал от водянки, У. Уизеринг считал заболевание безнадежным, но больной, воспользовавшись снадобьем какой-то цыганки, поправился. Заинтересованный У. Уизеринг разыскал эту цыганку, чтобы узнать состав снадобья. Он проверил каждую составную часть и выяснил, что действующим началом является наперстянка. Затем он перепробовал на 163 больных разные части растения, различные способы употребления и разную дозировку. Только через 10 лет Уизеринг опубликовал результаты своих исследований.

Эти врачи использовали скромные и примитивные методы, но их логические заключения не опровергнуты вот уже 200 лет! Модное стремление к максимальной доказательности еще не делает медицину какой-то другой.

Доказательная медицина – это та же медицина, что и прежде, просто более знающая медицина. По настоящему преобразили медицину революционные открытия, связанные с именами Р. Лаэннека

(1781–1826), положившего начало инструментальной диагностике, Р. Вирхова (1821–1902), утвердившего патологическую анатомию, Л. Пастера (1822–1895), впервые показавшего громадную роль микроорганизмов при развитии многих болезней, П. Эрлиха (1854–1915) – основоположника целенаправленного создания новых лекарств.

Даже массовые, тщательно спланированные исследования не оберегают от ошибочных заключений. Например, в 1995 г. было объявлено о научном прорыве в лечении остеоартрита и ревматоидного артрита. Прежде врачи при данных заболеваниях применяли аспирин, ибупрофен, напроксен, индометацин и другие препараты – так называемые нестероидные противовоспалительные средства. Все эти лекарства обладают серьезным недостатком: при длительном применении иногда вызывают образование язв, кровотечения и даже перфорации желудочно-кишечного тракта. Долгое время полагали, что избавиться от этого нежелательного побочного эффекта нельзя, ибо он связан с механизмом их действия: эти вещества подавляют фермент циклооксигеназу, который участвует в процессе воспаления и одновременно защищает слизистую оболочку желудка и кишечника. В результате исследований было синтезировано несколько веществ, которые, воздействуя на воспаление, не причиняли вреда органам пищеварения. Гигантские фармацевтические корпорации (Pfizer, Merck) энергично взялись за дело – получили разрешение федерального агентства США по контролю над лекарствами (FDA), наладили массовое производство лекарств Celecoxib (Celcox) и Rofecoxib (Vioxx), организовали интенсивную рекламную кампанию, субсидировали клинические исследования с целью доказать преимущество новых средств. Затраты оправдались, несмотря на дороговизну (месячный курс лечения целекоксибом стоил в 8 раз дороже, чем курс лечения напроксеном). Целекоксиб в США стал одним из «лекарств-бестселлеров» в 1999 г. И вдруг 30 сентября 2004 г. FDA распорядилось немедленно изъять из продажи данный лекарственный препарат. Оказалось, что его применение увеличивает частоту инфаркта миокарда. Как же мог случиться такой конфуз в век доказательной медицины? Несовершенной оказывается система регистрации нежелательных побочных реакций. Столкнувшись с осложнением, практический врач не всегда связывает его с определенным лекарством. В результате часть осложнений остается необъясненной и не доходит до других медиков. Впрочем, даже если причинная связь ясна, врач не всегда готов сообщить этот факт.

Фирма, выпускающая лекарство, должна тщательно следить за его дальнейшей судьбой, соби-

рать и анализировать все осложнения и побочные реакции. Однако на деле подобные факты иногда скрывают, если их посчитают несущественными, ведь в проект вложены сотни миллионов долларов. Наконец, многие крупные клинические испытания осуществляются благодаря финансовой поддержке этих самых фармацевтических компаний. Естественно, что врачи, участвующие в таких испытаниях, склонны относиться к новому лекарству благожелательно. Например, в одном из таких исследований сравнивали лечебное действие напроксена и целекоксиба. Авторы подтвердили значительно меньшую токсичность нового лекарственного средства для желудочно-кишечного тракта. Что касается неожиданного факта о том, что в испытуемой группе инфаркт миокарда возникал чаще (0,4% против 0,1%), от него просто отмахнулись, предположив, что напроксен, который получали больные в контрольной группе, подобно аспирину уменьшает склонность к тромбозу. Характерно, что это внушительное по масштабам исследование – свыше 8000 больных было субсидировано фирмой Merck, выпустившей новое лекарство.

Как показывает анализ, причиной ошибок является человеческий фактор. И хотя прогресс идет семимильными шагами, люди не меняются. Доказательную медицину тоже создают люди, а им свойственно ошибаться. Поэтому ошибки были, есть и будут. Доказательная медицина, как и прежняя, не гарантирует отсутствия ошибок. Некоторые ее постулаты, в которые сегодня свято верят, могут впоследствии оказаться заблуждениями. Впрочем, это свойство любой науки.

Массовые исследования, которыми так гордится доказательная медицина, таят в себе изъян особого рода. Никто не спорит, что только при рассмотрении больших групп больных можно обнаружить закономерности, которые не заметны при изучении заболеваний у отдельных пациентов. В большой группе неизбежно нивелируются индивидуальные особенности каждого пациента в отдельности. Один больной стар, другой – молод, у третьего – склонность к аллергическим реакциям, у четвертого – сердечная недостаточность, у пятого – диабет и т. д. Массовые исследования для того и применяют, чтобы избавиться от этих сбивающих с толку подробностей и упростить задачу. Только так можно выявить то, что наиболее существенно для данной группы в целом, что объединяет этих разных пациентов. Однако этот общий взгляд на проблему может иметь нежелательные последствия в практической работе. Энтузиаст доказательной медицины привыкает относиться к своим больным просто как к представителям громадной группы, они для него вроде молекул,

Тема номера

которые ничем не отличаются друг от друга. Поэтому, если какому-то пациенту рекомендуемое лечение не помогло, врача это не слишком огорчает: что поделаешь, ведь статистический разброс неизбежен. Да, этому больному не повезло, зато многим другим стало лучше, а это главное. Такая осечка его ничему не научит, он и дальше будет поступать точно так же.

Однако врач лечит не среднестатистического больного, а конкретного человека со всеми его индивидуальными особенностями. И эти особенности могут влиять на исход лечения. Как и насколько они влияют – сложный вопрос, на него нет общего ответа, всякая особенность влияет по-своему. Можно, конечно, пренебречь ими и действовать строго по инструкции; так нередко и поступают, чтобы облегчить свою работу. Но не лучше ли взять в расчет эти особенности и приспособить универсальную рекомендацию к нуждам именно того больного, который нуждается в помощи именно сейчас? Конечно, такое индивидуальное лечение не будет полностью удовлетворять требования доказательной медицины. Однако по своей специфике врачевание – занятие штучное, вроде изготовления скрипок.

Врач должен каждый раз принимать решение и действовать, не имея всей, да к тому же еще и достоверной информации. Например, в одном случае анамнез сомнителен, а то и вообще отсутствует (больной без сознания); в другом – нет возможности или времени провести лабораторное исследование; в третьем – результаты анализов укладываются в промежуточную область и могут быть истолкованы по-разному. Трудности такого рода встречаются постоянно. Чтобы справиться с ними и безотлагательно начать лечение, врач и сейчас, в эпоху доказательной медицины, вынужден решать многие вопросы в одиночку и приравнивать рекомендуемое в руководствах лечение к больному, опираясь только на здравый смысл, интуицию и опыт.

Здесь мы подходим к вопросу о ценности индивидуального опыта. Когда главной опорой медицинского знания являются массовые исследования, то невольно начинают пренебрегать врачебным опытом. Вот что говорит об этом уже процитированный манифест доказательной медицины: «Доказательная медицина развенчивает интуицию, несистематизированный клинический опыт и патофизиологические объяснения как достаточные основания для принятия клинических решений». Но ведь главное, что отличает опытного врача от начинающего и тем более от студента, это не количество прочитанных книг и статей, а именно наличие собственного клинического опыта. У каждого врача в его практике есть необычные наблю-

дения, которые научили многому, часто гораздо основательнее, чем книги или статьи. Дело в том, что эти конкретные наблюдения всегда окрашены собственными переживаниями и размышлениями.

Именно из таких бесчисленных встреч с больными один на один, ошибок и удач складывается индивидуальный опыт – главный капитал каждого врача. Так было и так будет всегда, и никакой, даже самый головокружительный прогресс не сможет изменить это обстоятельство. Конечно, врач должен учитывать в своей работе и коллективный медицинский опыт, однако рассматривает его он в свете собственного опыта. И чем богаче этот опыт, тем лучше может врач использовать коллективные знания в лечении конкретного больного. Вот этот сознательный индивидуализированный подход в каждом конкретном случае, а не бездумное следование общим рекомендациям и отличает искусного врача от заурядного ремесленника.

Современные массовые исследования гипнотизируют своим охватом громадного количества больных и внушительными статистическими выкладками. Но попробуем представить, как такое исследование происходит на самом деле и к чему это может привести. Для того чтобы подтвердить преимущества нового противовоспалительного средства рофекоксиба перед напроксеном, 2785 человек получали три месяца новое лекарство, а 2772 человека – старый препарат. Перед началом эксперимента, затем спустя полтора месяца и через три месяца каждого участника вызывали для осмотра и проводили соответствующие исследования. Этим и ограничивался личный контакт исследователя с испытуемым (слова «врач» и «больной» здесь как-то неуместны). При подведении итогов исследования оказалось, что в контрольной группе (старое лекарство) инфаркт миокарда развился у одного больного, тогда как в основной группе – у пяти пациентов. При сопоставлении с громадными размерами групп частота этого осложнения кажется весьма редкой, а разница между группами больных статистически недостоверной ($p > 0,2$). Поэтому организаторы исследования сочли возможным пренебречь этим досадным фактом.

А теперь представим участкового врача, который решил назначить это новое лекарство одному из своих пациентов. Спустя неделю больной сам пришел к врачу на прием и пожаловался на учащение приступов стенокардии. Врач вначале не связал это с назначением нового лекарства, а просто усилил противоангинозную терапию, которую больной получал ранее. Однако жалобы продолжались. Врач снова изменил лечение, но безуспешно. Тогда он встревожился и направил пациента в больницу. К сожалению, в тот же день возник

инфаркт миокарда (в литературе таких данных еще не было). Но у семейного врача остался неприятный осадок в душе и подозрение, что эти два события как-то связаны между собой. Он отлично понимал, что утверждать это с определенностью нельзя, это всего-навсего одно наблюдение. Но следующему больному с остеоартритом, особенно если у него имеется ишемическая болезнь сердца, он вряд ли назначит это лекарство потому, что этот случай слишком памятен ему, ведь больной повторно обращался, а он оказался не на высоте. Можно, конечно, обвинить этого врача в излишнем консерватизме, поскольку вероятность того, что и у второго больного тоже возникнет инфаркт миокарда, ничтожно мала. Однако его поведение, скорее, нужно объяснить разумной осторожностью, проистекающей из высокого чувства ответственности за судьбу пациента, доверившегося ему. Для такого врача каждый пациент – это не статистическая единица в обширном многоцентровом исследовании, а болеющий человек. Вот почему он так внимательно относится ко всем его особенностям и к его индивидуальной реакции на лечение, особенно если она оказалась неожиданной. По-видимому, каждый из нас предпочел бы лечиться именно у такого врача.

Иногда врачи ошибаются в диагнозе, хотя строят его на основе множества разнообразных данных, начиная с анамнеза и кончая современными инструментальными исследованиями. Что же тогда можно сказать о надежности прогнозов? В сущности, прогноз опирается только на статистические данные в виде личного или коллективного опыта (сведения литературы). Статистика может утверждать, например, что только 5% заболевших данной болезнью выздоравливают. Это важно для общей оценки ситуации. Но ведь мы не знаем, в какую группу попадет наш конкретный пациент – в эти счастливые 5% или же ему не повезет, как большинству. Больного интересует не статистика, а его индивидуальный прогноз. Это хорошо демонстрирует следующий диалог. Хирург предлагает больному операцию. «Доктор, а это не опасно?» – «Нет, что вы! После этой операции умирает всего один больной на 10 тысяч» – «А он уже умер?»

Другой пример. Совершенно ясно, что высокое артериальное давление изнашивает сосуды, а это способствует возникновению инфаркта миокарда и мозгового инсульта. Поэтому польза от снижения повышенного артериального давления очевидна и без массовых проверок. За последние десятилетия фармакология снабдила нас множеством высокоэффективных гипотензивных средств. Вопрос лишь в том, до какого предела стоит снижать это давление. На первый взгляд, ответ ясен – до нормального уровня. Но, когда мы пытаемся опреде-

лить эту норму, начинаются серьезные трудности. При поголовном измерении артериального давления у больших групп населения, из которых заранее исключены заведомо больные люди, оказывается, что у лиц старше 40–50 лет оно часто выше, чем в молодом возрасте. Также хорошо известно, что эссенциальная гипертония – это болезнь преимущественно зрелого и пожилого возраста; у молодых она встречается редко. Так за счет чего же средний уровень давления у пожилых людей выше – за счет физиологической закономерности старения, или в этой группе оказываются больные с начальными, еще не диагностированными формами эссенциальной гипертонии? Скорее всего, здесь имеют место оба эти явления, но разделить их практически невозможно. Дело в том, что граница между нормальным и повышенным давлением расплывчата. Для сравнения: в диагностике туберкулеза главным критерием является наличие или отсутствие в организме палочек Коха; здесь ответ четкий: да или нет. Напротив, критерии эссенциальной гипертонии не столь определенные. Считать, например, давление 140/90 мм рт. ст. все еще пограничным вариантом нормы или уже начальной гипертонией?

Такая неопределенность влияет на лечебные рекомендации. Самый авторитетный американский справочник для практических врачей (Merck Manual, 14th ed.) в 1982 г. рекомендовал: «Все больные с диастолическим давлением 90 мм рт. ст. или выше должны получать гипотензивные средства». Прошло 17 лет, и тот же справочник (Merck Manual, 17th ed., 1999) стал предлагать еще более наступательную практику: «Больные с систолическим давлением 140–149 мм рт. ст. и/или диастолическим давлением 90–94 мм рт. ст. должны получать гипотензивные средства». Наконец, в декабре 2003 г. был опубликован отчет американского комитета по гипертонии (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood pressure – JNC7). В нем желательной целью объявлялось давление ниже 140/90 мм рт. ст., а для больных диабетом и хроническими заболеваниями почек – ниже 130/80. При этом врачам рекомендовалось помнить, что «начиная с давления 115/75, риск цереброваскулярных осложнений удваивается с каждым повышением давления на 20/10 мм рт. ст.». Для энтузиастов доказательной медицины это ясный намек, что снизить давление до 135/85 мм рт. ст. – это хорошо, но еще лучше снизить его до 115/75!

Эти новейшие рекомендации основаны на громадных статистических материалах, они удовлетворяют всем требованиям доказательной медицины. Поэтому поставленная цель кажется логичной, понятной и убедительной. Цель хорошая, но как

Тема номера

ее достичь? В большинстве случаев только у части больных удается приблизить давление к нормальным величинам без нежелательных побочных реакций. К сожалению, довольно часто больные начинают жаловаться то на слабость, то на сонливость, то на кашель. Замена одного лекарства другим помогает не всегда: либо оно не снижает давления, либо вызывает другое побочное действие. Нетрудно убедить больного потерпеть несколько дней, пока пройдут послеоперационные боли. Но как уговорить его годами принимать лекарство, которое вызывает неприятные ощущения? В результате после нескольких проб врач вынужден выбирать наименее тягостную для больного комбинацию, но при этом часто приходится довольствоваться давлением порядка 140–160/90 мм рт. ст.

Особую трудность представляет изолированная систолическая гипертензия, столь частая у пожилых людей. Кстати, авторы рассматриваемого отчета JNC7 пишут, что «гипертензия встречается более чем у двух третей лиц старше 65 лет». Неужели пожилые люди почти поголовно больны, да еще одной и той же болезнью? Вот седина действительно бывает у большинства стариков, но ведь седина – это не болезнь, а просто возрастной признак. Точно так же с возрастом изменяются эластичные свойства и прочность артерий, что чисто физически приводит к повышению систолического давления. Так, может быть, именно эти изменения и являются причиной цереброваскулярных катастроф, а систолическая гипертензия просто свидетельствует о возрастных изменениях сосудов? Ведь мозговые инсульты бывают у стариков и при совершенно нормальном давлении. Но если систолическая гипертензия вызвана возрастом, то ликвидировать ее так же трудно, как и другие естественные признаки старения. Впрочем, вполне возможно, что на этот физиологический

процесс иногда наслаивается настоящая гипертоническая болезнь. В этом случае риск инсультов, естественно, увеличивается, и тогда стремление снизить давление будет вполне оправдано. Как бы то ни было, даже при самом добросовестном лечении редко удается снизить систолическое давление у пожилого больного до 150–140 мм рт. ст., особенно если относишься к пациенту с сочувствием и стараешься не отравить его старость слишком усердным лечением.

Преувеличение принципов доказательной медицины – это переоценка категории общего в медицине. В практической работе медика необходимо разумное сочетание общего (результатов рандомизированных исследований) и единичного (особенностей клинического течения заболевания у каждого отдельного пациента).

Использованная литература

1. Гиппократ. Избранные книги / пер. с греч. проф. В. И. Руднева; ред. С. Сапожников. – Москва, 1936. – 736 с.
2. Bombardier C. Bombardier C. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis / C. Bombardier, L. Laine, A. Reicin [et al.] // *New Engl. J. Med.* – 2000. – Vol. 343, № 21. – P. 1520–1528.
3. Gyatt G. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine / G. Gyatt, J. Cairns, D. Churchill [et al.] // *JAMA.* – 1992. – Vol. 268, № 17. – P. 2420–2425.
4. Lisse J. R. Gasintestinal tolerability and effectiveness of rofecoxib versus naproxen in the treatment of osteoarthritis / J. R. Lisse, M. Perlman, G. Johansson [et al.] // *Ann. Intern. Med.* – 2003. – Vol. 139, № 7. – P. 539–546.
5. Peterson W. L. COX-1 – sparing NSAIDs – is the enthusiasm justified? / W. L. Peterson, B. Cryer // *JAMA.* – 1999. – Vol. 282, № 20. – P. 1961–1963.



Профессор В. К. Милькаманич

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Белорусский государственный университет

Для совершенствования управления организацией медико-социальной помощи особое значение имеет концепция отечественной медико-социальной работы.

Концепция медико-социальной работы – это систематизация всех аспектов, выработанных для понимания того, как достичь максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием.

В медико-социальной работе выделяют следующие концептуальные аспекты:

- инновационные постулаты медико-социальной работы – основополагающие принципы, стратегические задачи по укреплению здоровья индивида и населения, медицинский и социальный компоненты медико-социальной работы;
- контингенты, приоритетные профилактические и лечебно-реабилитационные направления медико-социальной работы;
- медицинский и социальный технологические компоненты медико-социальной работы, концептуальное разграничение функций между медицинскими и социальными работниками;
- основные этапы медико-социальной работы – профилактический, терапевтический и реабилитационный;
- базовая модель медико-социальной работы.

Инновационные постулаты медико-социальной работы

При организации медико-социальной работы необходимо придерживаться принципов, которые позволили бы обеспечить профессиональный целостный подход в этом виде деятельности.

✓ *Экосистемность* – учет всей системы взаимоотношений человека и окружающей его среды, системный анализ взаимосвязей между всеми элементами конкретной проблемной жизненной ситуации и определение на его основе совокупности социально-функциональных позиций и действий.

✓ *Полиmodalность* – сочетание в медико-социальной работе различных подходов, способов действия (ориентированных на конкретную

цель, конкретный проблемный контингент, социально уязвимую или дезадаптированную группу населения), исходно заданных, типовых в методологическом плане – использующих отдельные конкретные методы, типовые способы действий.

✓ *Солидарность* – согласованное организационное взаимодействие в процессе медико-социальной работы государственных учреждений, действующих в любой сфере с разной формой собственности.

✓ *Конструктивная стимуляция* – отказ социальных служб от исключительно патерналистских форм помощи и опеки, порождающих у субъектов пассивное иждивенчество, и смещение акцента на развитие и поощрение личной активности и ответственности клиентов, максимальное использование и развитие их ресурсов.

✓ *Континуальность* – непрерывность, цельность, функциональная динамичность и плановость медико-социальной работы, понимание ее как процесса, использование континуального подхода к ее практике с обязательным планированием последовательных этапов деятельности на основе определения шагов постепенного достижения конкретных целей в виде суммы действий и наблюдающихся значимых изменений статуса и модуса субъектов помощи.

Стратегические задачи медико-социальной работы по укреплению здоровья индивида и населения:

- обеспечение санитарно-просветительской работы;
- проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни населения;
- развитие сотрудничества систем здравоохранения и социальной защиты населения;
- обеспечение дифференцированного подхода медико-социальной работы к различным группам населения (наркоманам, лицам, злоупотребляющим алкоголем, пенсионерам, инвалидам, малообеспеченным, многодетным семьям, бомжам и т. д.);
- развитие медико-социальной работы в различных сферах общественной практики (здра-

Наблюдение, реабилитация и уход

воохранение, образование, социальная защита, производство, армия и т. д.);

- развитие института семейного врача.

Медико-социальная работа включает в себя медицинский и социальный компоненты профессиональной деятельности междисциплинарного и межведомственного характера.

Медицинский компонент медико-социальной работы – оказание медико-социальной помощи населению, которая осуществляется медицинским персоналом всех уровней профессиональной подготовки и включает все современные достижения медицины в профилактике, диагностике, лечении заболеваний и дальнейшей реабилитации человека.

Социальный компонент медико-социальной работы представляет собой синтез образовательной, психологической, посреднической, юридической, экономической и бытовой помощи населению, нацеленной на профилактику социальных причин и следствий нарушения здоровья человека.

Социальный компонент медико-социальной работы может осуществляться широким кругом специалистов гуманитарной сферы: психологами, педагогами, юристами, специалистами социальной работы, социальными работниками и помощниками социальных работников, в том числе добровольными (волонтерами).

Контингенты и приоритетные

направления медико-социальной работы

Выделяют приоритетные направления медико-социальной работы, которые в силу остроты проблемы, ее масштаба или значимости последствий имеют особое значение. К таким направлениям можно отнести медико-социальную работу в:

- наркологии (медико-социальная помощь при алкогольной зависимости, наркомании, токсикомании, табачной зависимости);
- онкологии (медико-социальная помощь при опухолях доброкачественной или злокачественной природы, поражающих любые органы, системы организма или кожу человека);
- психиатрии (медико-социальная помощь при различных психических расстройствах: эпилепсии, деменции, психозах, неврозах, расстройствах личности, шизофрении, болезнях Паркинсона и Альцгеймера, аутизме, нарушениях сна и др.);
- хосписном деле (медико-социальная помощь неизлечимо больным пациентам, каждый из которых находится в индивидуальной ситуации: кто-то живет с диагнозом много лет, а кто-то умирает очень быстро);
- охране материнства и детства (медико-социальная помощь при сохранении и укреплении здоровья матерей и детей, беременности, борьба

с материнской и младенческой смертностью, заболеваемостью детей и др.).

В работе каждой из перечисленных групп клиентов специалист по медико-социальной работе выделяет два блока мероприятий: медико-социальную работу профилактической направленности и медико-социальную работу лечебно-реабилитационной направленности. Такой подход позволяет наполнять конкретным содержанием данный вид деятельности с клиентами различного профиля на основе единых методических подходов.

Медико-социальная работа профилактической направленности включает:

- выполнение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья;
- формирование установок на здоровый образ жизни;
- обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья;
- участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях;
- социальное администрирование;
- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Медико-социальная работа лечебно-реабилитационной направленности включает:

- мероприятия по организации медико-социальной помощи;
- проведение медико-социальной экспертизы;
- осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;
- проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения;
- проведение коррекции психического статуса клиента;
- создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры;
- обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

Технологические компоненты

медико-социальной работы

В технологии медико-социальной работы выделяют два главных компонента – медицинский и социальный.

Медицинский компонент медико-социальной работы осуществляется медицинским персоналом всех уровней профессиональной подготовки и включает все современные достижения медицины:

- в профилактике, направленной на поддержание здоровья от рождения до глубокой старости, а также предупреждение болезней или лечение их на ранних стадиях;
- в диагностике заболеваний;
- в лечении заболеваний;
- в реабилитации больного человека.

Социальный компонент медико-социальной работы представляет собой синтез помощи, нацеленной на профилактику социальных причин и следствий нарушения здоровья человека. Социальная профилактика направлена на улучшение условий жизнедеятельности людей, включая санитарно-гигиенические и социально-гигиенические условия жизни. Санитарно-гигиеническая профилактика состоит из мер санитарного контроля и гигиенического нормирования. Социально-гигиеническая профилактика включает в себя социокультурные и социально-экономические меры.

Программа социального компонента медико-социальной помощи может одновременно включать:

- медико-образовательную помощь больному человеку;
- психологическую помощь больному человеку и его близким людям;
- посредническую помощь;
- бесплатную юридическую помощь;
- благотворительную материальную помощь;
- бытовую помощь пожилым людям, инвалидам на дому и др.

Следовательно, социальный компонент медико-социальной работы осуществляется широким кругом специалистов гуманитарной сферы: психологами, педагогами, юристами, специалистами социальной работы, социальными работниками и помощниками социальных работников, в том числе добровольными (волонтерами) и др.

Медико-образовательная помощь позволяет пациенту стать активным, грамотным участником профилактического, лечебного и реабилитационного процесса. Пациентам разъясняют природу заболеваний, раннюю диагностику осложнений, тактику поведения и лечения, в том числе в экстренных ситуациях. Пациент должен понимать необходимость постоянного приема лекарственных средств и своевременности медицинского контроля состояния здоровья, владеть информацией об имеющихся у него факторах риска. Активная профилактика способна помочь избежать многих болезней, угрожающих не только качеству жизни, но и самой жизни. Желательно, чтобы такое обучение проводили специалисты: врач, фельдшер, медицинская сестра.

Психологическая помощь тяжелобольному человеку и его близким людям необходима всегда. Внезапное известие о тяжелой, смертельно опасной или неизлечимой болезни, такой как рак, инсульт, ВИЧ-инфекция, тяжелые заболевания мозга, гормональной системы и внутренних органов, либо лишение частей тела или функций тела (например, потеря зрения) становятся ударом как для заболевшего человека, так и для его близких.

Первой реакцией на известие о тяжелой болезни практически всегда бывает шок и/или отрицание. Затем переживаются сильная эмоциональная реакция, гнев, злость. Далее больной человек может пытаться «договориться с судьбой или Богом». Однако за этим может развиваться депрессия, когда подопечный осознает тяжесть болезни и теряет надежду на исцеление.

Психологическая помощь заключается в том, чтобы дать больному человеку и членам его семьи максимальную поддержку, показать, что они оставлены со своим горем. В результате психологической помощи больной человек принимает свою болезнь, способен жить по-новому, пересмотреть ценности и приоритеты, «переписать» свою жизненную историю. Есть масса примеров, когда тяжелобольные люди достигали такой степени самоактуализации, что, несмотря на недуг и прогнозы скорой смерти, успевали сделать что-то значимое для себя и для общества, находили силы и мотив максимально использовать оставшееся время для реализации значимых целей.

Посредническая помощь – это процесс содействия достижению согласия между разного рода социальными институтами и больным человеком либо его родственниками для решения социальных проблем. Помочь сторонам устранить морально-психологические препятствия, достичь взаимных уступок и договоренности, объединить участников спора или конфликта для решения жизненно важных проблем – задачи посреднической деятельности.

Посредник в социальной работе – это связующее звено между клиентом и разного рода социальными институтами. Необходимость обращения к посреднику возникает тогда, когда человек не может самостоятельно реализовать свои права и возможности. Своим участием посредник усиливает волю обратившегося и побуждает встречную волю инстанции войти в положение конкретного человека или группы лиц. Социальные работники помогают найти компромиссы, достичь взаимовыгодных договоренностей, используя свои уникальные навыки и ценностные ориентации в разных формах.

На первом этапе посредничества социальный работник призван уточнить проблему, стоящую перед клиентом.

На втором этапе социальный работник вместе с клиентом изучает и оценивает все возможные варианты того выбора, который делает клиент, обращаясь в то или иное учреждение.

На третьем этапе посреднического процесса оказывается помощь клиенту в установлении контакта с избранной им организацией.

Бесплатная юридическая помощь предоставляется в соответствии со статьей 28 Закона «Об адво-

Наблюдение, реабилитация и уход

катуре и адвокатской деятельности в Республике Беларусь»:

- истцам – при составлении заявлений и ведении дел в судах первой инстанции, связанных с трудовыми правоотношениями, о взыскании алиментов, лишении родительских прав;

- участникам и инвалидам Великой Отечественной войны, инвалидам боевых действий на территории других государств – при даче устной консультации по вопросам, не связанным с предпринимательской деятельностью;

- гражданам – при составлении заявлений об установлении факта получения заработной платы за конкретный период в определенном размере для назначения пенсий, о признании гражданина ограниченно дееспособным или недееспособным;

- инвалидам I и II группы – при даче устной консультации, не требующей ознакомления с документами;

- малообеспеченному родителю в неполной семье, воспитывающему ребенка в возрасте до 18 лет, родителям (усыновителям, удочерителям) в многодетных семьях – при даче устной консультации, не требующей ознакомления с документами;

- несовершеннолетним – в их интересах; родителям (усыновителям, удочерителям, опекунам, попечителям) несовершеннолетних – в интересах их несовершеннолетних детей;

- пенсионерам и инвалидам, пребывающим (проживающим) в учреждениях социального обслуживания, осуществляющих стационарное социальное обслуживание, а также законным представителям граждан, признанных судом недееспособными, – при даче консультации по вопросам, связанным с обеспечением и защитой прав и законных интересов указанных граждан;

- беременным женщинам – при даче устной консультации по вопросам, связанным с рождением ребенка;

- иным категориям граждан – по решению коллегии адвокатов.

Благотворительность – это система бесплатного предоставления денег, еды или помощи нуждающимся, потому что они больны, бедны или не имеют дома. Термин подразумевает именно добровольное оказание помощи.

Благотворительные организации и учреждения возникли, чтобы выполнять работу по оказанию помощи бедным, и эти организации обеспечивают сегодня систематизацию финансовых пожертвований. Такие учреждения позволяют тем людям, чья занятость не позволяет непосредственно помогать другим, но обладающим желанием и ресурсами для этого, опосредованно осуществлять благотворительную деятельность через специализированные организации. Учреждения также могут более

эффективно отделить действительно нуждающихся людей от мошенников.

Большинство форм благотворительности связаны с обеспечением предметами первой необходимости, таких как еда, вода, одежда, убежище, а также с медицинским обслуживанием. Как благотворительность могут осуществляться и другие действия: посещение заключенных или бездомных, выкуп пленников, обучение сирот и т. д. Пожертвования на цели, которые косвенно приносят пользу несчастным, например финансирование исследований рака, также являются благотворительностью.

Можно выделить два типа финансовой помощи: прямую и фондовую. В первом варианте отсутствует посредник. Минус этого типа заключается в том, что сложно отследить, куда пойдут деньги, и этим иногда пользуются мошенники. Второй вариант – благотворительный фонд, который выступает посредником и самостоятельно направляет взносы на необходимые адреса.

В Беларуси предусмотрено несколько способов безвозмездной передачи в собственность денег, имущества, работ, услуг путем их отчуждения. Это – дарение, пожертвование, безвозмездная (спонсорская) помощь, передача имущества между госорганизациями.

Ключевым отличием спонсорской помощи от пожертвования являются цели предоставления. Спонсорская помощь предоставляется на конкретные цели, в то время как пожертвование – на общие цели. Кроме того, спонсорскую помощь не могут оказывать граждане, в то время как делать пожертвования они могут.

Самый лучший исход для белорусов, нуждающихся в платной медицинской помощи, – обратиться за попечительством в благотворительные фонды и организации Беларуси. Такие объединения могут взять на себя сбор денежных средств полностью или частично.

Фонд может оказать поддержку:

- взять под полную опеку и собрать всю сумму (при такой ситуации вести сбор другими способами запрещено);

- взять под опеку и выделить сумму частично, не запрещая продолжать вести сбор другими способами;

- оказать информационную помощь: поместить историю подопечного с реквизитами на своих ресурсах, подсказать, в какие организации обратиться, и т. д.

Бытовая помощь пожилым и инвалидам на дому. Министерство труда и социальной защиты принимает все меры, чтобы помочь тем, кто особенно уязвим: пожилым людям и инвалидам. Социальные работники готовы доставить продукты

и другие товары первой необходимости, сходить в аптеку за лекарствами. Ведь в стране проживает около 830 тыс. пожилых граждан и инвалидов, из которых почти 160 тыс. – одинокие.

Территориальные центры социального обслуживания населения активно информируют подопечных о помощи в доставке самого необходимого через газеты, сайты райисполкомов, листовки и др. Кроме того, социальные работники посещают подопечных на дому и раздают листовки с необходимой информацией об услугах, которые могут оказать социальные службы, о времени работы горячей линии, с номерами телефонов, в том числе с мобильным номером социального работника. Раздаются брошюры с рекомендациями для людей старше 60 лет о профилактике вирусных инфекций, правилах гигиены, поддержания психологического состояния.

Бытовую помощь также оказывают волонтеры, в том числе волонтеры Красного Креста.

Концептуальное разграничение функций между медицинскими и социальными работниками

Одним из важнейших положений концепции является необходимость четкого разграничения функций между медицинскими и социальными работниками. Особенность медико-социальной работы состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей – здравоохранения и социальной защиты населения.

Имеется обобщенный перечень специальных функций специалистов, которые участвуют в оказании медико-социальной помощи различным группам населения. Эти функции условно объединены в три группы: медико-ориентированные, социально ориентированные и интегративные.

1. Медико-ориентированные функции (участие в организации медико-социальной помощи и ухода за больными, медико-социальный патронаж, гигиеническое воспитание, паллиативная помощь умирающим и др.):

- организация медицинской помощи и ухода за больными;
- оказание медико-социальной помощи семье;
- медико-социальный патронаж различных групп;
- оказание медико-социальной помощи хроническим больным;
- организация паллиативной помощи умирающим;
- предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности;
- санитарно-гигиеническое просвещение;
- информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем нуждающегося.

2. Социально ориентированные функции (семейное консультирование, психотерапия, коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков, обеспечение социальной защиты прав граждан в оказании медико-социальной помощи):

- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи;
- представление в органах власти интересов лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи;
- содействие в предупреждении общественно опасных действий;
- оформление опеки и попечительства;
- участие в проведении социально-гигиенического мониторинга;
- участие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры для нуждающихся категорий населения;
- обеспечение доступа клиентов к информации по вопросам их здоровья;
- информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты;
- содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем, получении пенсий, пособий и выплат;
- семейное консультирование и семейная психокоррекция;
- психотерапия, психическая саморегуляция;
- коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков.

3. Интегративные функции (медико-социальная экспертиза, медицинская, социальная и профессиональная реабилитация инвалидов, планирование семьи, формирование установок на здоровый образ жизни и др.):

- комплексная оценка социального статуса клиента;
- содействие выполнению профилактических мероприятий социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и территориальном уровнях;
- формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни;
- планирование семьи;
- проведение медико-социальной экспертизы;
- осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;
- проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, геронтологии, хирургии и других областях клинической медицины;
- содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей;
- социально-правовое консультирование;

Наблюдение, реабилитация и уход

- организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера;
- участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях;
- обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов.

Основные этапы

медико-социальной работы

Медико-социальную работу в целом можно разделить на три этапа:

- 1) профилактический;
- 2) лечебный (терапевтический);
- 3) реабилитационный.

Профилактический этап медико-социальной работы

Профилактический этап медико-социальной работы нацелен на предупреждение нарушения здоровья, в том числе через социально обусловленные факторы, имеющие разрушительные последствия для жизнедеятельности человека. Этот этап включает такие направления деятельности специалиста социальной работы, как:

- выявление категорий населения, для которых в силу возрастных, профессиональных, культурных и иных факторов характерен повышенный риск снижения или потери здоровья (люди с повышенным артериальным давлением, уровнем холестерина, глюкозы в крови, с табачной зависимостью, с избыточным весом, ожирением, малоподвижным образом жизни);

- выявление опасных социальных факторов и проблемных ситуаций, которые способны нанести ущерб здоровью и жизни человека (формы насилия: войны, вооруженные конфликты, террористические акты, массовые беспорядки, репрессии и пр.; криминал: бандитизм, воровство, мошенничество, шарлатанство и т. д.; употребление веществ, нарушающих психическое и физическое равновесие человека: алкоголя, никотина, наркотиков, лекарственных препаратов; суициды и пр.);

- информирование государственных служб по охране здоровья и безопасности граждан о наличии групп риска, сложившихся проблемных ситуациях, потенциально опасных для общественного здоровья или здоровья конкретных категорий людей (противопожарная служба, милиция, служба скорой медицинской помощи, государственная санитарно-эпидемиологическая служба, гидрометеорологическая служба);

- разработка и проведение информационно-просветительских методов и средств, нацеленных на формирование здорового образа жизни, по-

вышение у населения знаний, умений, навыков, необходимых для поддержания здоровья (например, устная пропаганда: лекция, доклад, беседа; печатная пропаганда: брошюры, листовки, памятки, статьи в прессе, настенные медицинские газеты, доски вопросов и ответов, советы на бланках рецептов; изобразительная пропаганда: иллюстрации материала лекции или беседы, при организации выставок или витрин различного типа, для проведения занятий в кружках, при подготовке печатных изданий, кино, телевидение, радио, интернет);

- организация проведения массовых мероприятий (вакцинация, диспансеризация и др.), способствующих профилактике и раннему выявлению заболеваний (например, вакцинация против COVID-19).

Профилактический этап реализуется через:

- учреждения образования (детские сады, развивающие центры, школы, гимназии, лицеи, училища, колледжи, вузы);

- учреждения здравоохранения (амбулатории, поликлиники, диспансеры, больницы, медицинские и реабилитационные центры, родильные дома, женские консультации, санатории и др.);

- учреждения социальной защиты населения (территориальные центры социального обслуживания населения, дома-интернаты, центры социального обслуживания семьи, центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации и др.);

- производственные предприятия (например, Минский тракторный завод) и др.

Терапевтический этап медико-социальной работы

Терапевтический этап нацелен на своевременную раннюю диагностику и лечение заболеваний. Он осуществляется в медицинских учреждениях, причем, как правило, в многопрофильных больницах и специализированных клиниках (онкоцентры, психиатрические, наркологические диспансеры и др.).

Реабилитационный этап медико-социальной работы

В ходе реабилитационного этапа бывшие пациенты медицинских учреждений приспособляются к переменам, произошедшим в их жизни, и потому нуждаются в поддержке медицинских и социальных служб. Данный этап помимо возможного поддерживающего медицинского лечения включает следующие меры социального сопровождения:

- разработку программ индивидуальной реабилитации;

- защиту права клиента и его семьи на получение необходимых услуг и материальной помощи, связанной с инвалидностью, временной нетрудоспособностью и т. п.;

- разработку рекомендаций для учреждений, участвующих в реабилитации данного человека (например, для школы, в которой ребенок будет продолжать учиться после длительного перерыва, вызванного болезнью или травмой);

- поддержание связи между учреждениями медико-социальной помощи и клиентом, если его реабилитация осуществляется на дому (патронажи, телефонные переговоры, переписка и др.);

- вовлечение семьи в процесс реабилитации клиента;

- осуществление разнообразных видов реабилитации клиента (психологической, педагогической, профессиональной, экономической, бытовой, спортивной, правовой);

- координацию деятельности различных учреждений – выработку единой стратегии между всеми участниками социального сопровождения клиента;

- установление связей между клиентами, имеющими сходные проблемы, – образование групп самопомощи; формирование «терапевтических сообществ», привлечение клиента и его семьи к работе с другими клиентами, находящимися на начальных стадиях преодоления болезни или ее последствий;

- формирование общественного мнения относительно медико-социальных проблем и конкретных категорий населения, имеющих прямое отношение к этим проблемам (например, преодоление дискриминации ВИЧ-инфицированных, лиц с инвалидностью и др.).

Базовая модель медико-социальной работы

С целью выбора оптимальных и наиболее эффективных методов и технологий медико-социальной работы используется базовая модель, позволяющая обеспечить единые подходы в данном виде деятельности.

Для этого определяются актуальные группы клиентов:

- группа повышенного риска заболеваний (дети с отклоняющимся поведением, алкоголики, нар-

команы, ВИЧ-инфицированные и больные туберкулезом, бездомные, жертвы экологических катастроф, люди, подвергшиеся насилию);

- длительно, тяжело и часто болеющие люди (больные люди с онкологическим и сердечно-сосудистыми заболеваниями, больные люди пожилого и старческого возраста);

- больные люди с выраженными социальными проблемами (страдающие туберкулезом, психическими расстройствами, а также с последствиями перенесенной травмы);

- люди с инвалидностью, в том числе дети-инвалиды;

- семьи группы риска (многодетная семья, неполная семья, семья с несовершеннолетними родителями, семья алкоголиков, семья с ребенком-инвалидом).

Использованная литература

1. Климова С. В. *Медико-социальная концепция. Методическая разработка лекционного занятия по дисциплине «Социальная работа в здравоохранении».* – 2020.

2. Мигунова Ю. Ю. *Теория и технологии медико-социальной работы (для студентов лечебного факультета): учеб.-метод. пособие.* – Майкоп, 2015. – 68 с.

3. Милькаманович В. К. *Технологические основы социальных практик: пособие для повышения квалификации и переподготовки специалистов по социальной работе, социальных работников учреждений социального обслуживания, педагогических работников.* – Минск, 2017. – 204 с.

4. Холостова Е. И. *Теория и методика социальной работы: учебник для СПО / Е. И. Холостова [и др.]; под ред. Е. И. Холостовой, Л. И. Кононова, М. В. Вдовиной.* – М., 2019. – 288 с.

5. *Технология медико-социальной работы: сб. метод. указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 39.03.02 Социальная работа (заочная форма обучения) / сост. М. В. Шубкин.* – Красноярск, 2022. – 69 с.



Доцент Т. В. Матвейчик

КРИТЕРИИ УСПЕШНОСТИ ГЛАВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР: ОТ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ К КАЧЕСТВУ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА

Международное общественное объединение «МАИТ»

Штатная должность главных (старших) медицинских сестер впервые была утверждена приказом Министерства здравоохранения СССР от 31 июля 1965 г. № 395 «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению стационарного обслуживания населения СССР» (приложением 28 утверждена должность главной медсестры, а в 1977 г. приложением 45 к этому приказу – должность старшей медсестры). Профессия медицинской сестры совершенствуется благодаря появлению специалистов, обладающих особыми профессиональными и личностно-коммуникативными навыками. Современной формой организации труда, обеспечивающей слаженную деятельность коллектива медсестер, является команда. В основе работы коллектива, объединенного единой целью, стоит лидер (главная медсестра), наделенный глобальным кругозором, желанием постоянно учиться, интуицией, оказывающий внимание людям, способствующий адаптации медицинских сестер на новом рабочем месте, использующий власть для достижения целей организации.

Критерии успешности главных медицинских сестер представляют интерес в связи с вниманием общества к функционированию системы здравоохранения в целом, что обусловлено такими особенностями, как:

- усиление практической ориентированности базового и дополнительного медицинского образования на обучение эксплуатации медицинской

аппаратурой и работу в команде в условиях пандемии COVID-19;

- быстрые темпы перепрофилирования многопрофильных больничных организаций в специализированные для борьбы с коронавирусной инфекцией благодаря скоординированной деятельности Министерства здравоохранения Республики Беларусь в I–II кварталах 2020 г.;

- оперативная пропаганда мирового опыта в преодолении пандемии и значительное расширение дистанционных форм работы для врачей и медицинских сестер в образовательных учреждениях страны;

- возраст медсестер (14,5% старше трудоспособного возраста; 8,9% находятся в социальных отпусках по беременности, родам и уходу за детьми);

- психологические особенности функционирования медицинских коллективов в условиях новой для мировой общественности болезни.

На основании учета особенностей, научно обоснованного способа организации труда медицинских сестер проведено структурирование ответственных должностных лиц согласно уровню управления (таблица). В системе управления сестринским персоналом занято 7,51% специалистов, при этом в аппаратах органов управления здравоохранением работает 0,02%, в научной сфере задействовано 0,3% медсестер, из которых 4 человека – медицинские сестры расширенной практики с дипломом магистратуры.

Уровень управления в сестринском деле, 2019 г.

Уровень управления	Должностное лицо	Доля в системе организации, %
Стратегический практический	Главная медсестра	0,54
Стратегический научный	Основная должность в научных организациях, учреждениях образования, аппаратах органов управления здравоохранением	0,3
Тактический	Главная медсестра	0,54
Операционный	Заведующий отделением (кабинетом) Старшая медсестра, акушерка, помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи	1,57 5,1

В Гродненском государственном медицинском университете с 1995 г. осуществляется подготовка медицинских сестер с высшим образованием по специальности «сестринское дело» (первый заведующий кафедрой и декан – профессор, д. м. н. Е. М. Тищенко). Срок учебы медсестер на очном отделении составляет 4 года, на заочном – 5 лет. За период с 1995 по 2018 г. очное отделение окончили 473 студента; заочное отделение за 2001–2019 гг. – 632 человека. С 2001 г. повышение квалификации сестринские руководители получают на кафедре общественного здоровья и здравоохранения (ОЗиЗ) БелМАПО (курс «Организация сестринского дела», заведующий – доцент, к. м. н. Т. В. Матвейчик).

Развитие лидерства базируется на обучении главных (старших) медицинских сестер не только профессиональным, но и педагогическим, психологическим и социологическим знаниям, необходимым для того, чтобы медсестры стали движущей силой прогресса в сфере первичной медицинской помощи. Педагоги кафедры ОЗиЗ БелМАПО внесли вклад в совершенствование функций помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи. Компетентное выявление проблем пациента, связанных со здоровьем, квалифицированная помощь в их разрешении дополняют врачебную деятельность в новых нормативах и более ответственных функциях деятельности помощника врача.

Самообразованию главных медицинских сестер после окончания обучения в системе дополнительного образования способствует не только их мотивация, но и созданная за 2001–2020 гг. учебно-методическая база и программы обучения. Это помогает обучению главных (старших) медицинских сестер навыкам организации труда для реализации их потенциала в системе медицинской помощи по профилактике и лечению хронических неинфекционных заболеваний в отношении разных групп населения (с применением формы повышения качества сестринских навыков – наставничества). Возрастание наставничества способствует улучшению качества адаптации медицинских сестер и овладению практическими навыками в новых трудовых коллективах, позволяет предотвращать ошибки в оказании сестринского ухода, уменьшению деструктивного общения в коллективе (команде), с пациентом и его окружением.

Важным навыком в обучении главных медицинских сестер является тренировка по установлению приоритетов. Достаточно часто главные (старшие) медсестры нуждаются в обучении устойчивости к стрессу, связанному с необходимостью часто оперативно менять план в соответствии с обстоятельствами, без лишних энергетических затрат.

Показатели профессиональной деятельности главной медсестры включают следующие качества:

- уровень личного вклада в выполнение требований;
- способность к сотрудничеству с коллегами для достижения общих целей;
- делегирование с целью максимального использования мотивирующих факторов и навыков сотрудника для получения им профессионального опыта;
- навык оценки выполнения порученного задания и позитивный отклик в конструктивной форме;
- содействие профессионально-личностному росту подчиненных;
- умение и желание работать в условиях перемен;
- способность самостоятельно принять решение в нештатных ситуациях;
- инициативность и способность в реализации своих идей;
- готовность нести ответственность за предложенные перемены;
- навык предоставления нужной информации руководству, коллегам, пациентам.

Изучая деятельность специалистов-организаторов, опираются на критерии эффективности, разрабатываемые для различных специалистов, основываясь на развитии целеустремленности обучаемых: «Ставь цели вне пределов своей досягаемости, чтобы тебе всегда было ради чего жить» (Тед Тернер).

Критерии результативности современного руководителя сестринского дела

✓ Профессиональные качества: знания, умения и навыки; аналитические качества, взгляд на ситуацию в целом; детальная проверка; качество выполнения рабочих задач и достижение поставленных целей. Также сюда относят коммуникативную компетентность (предоставление нужной и точной информации), навыки делегирования, навыки создания обратной связи (оценка выполнения поручения, позитивный отклик и конструктивная форма критики), умение мотивировать (навык определить и использовать мотивацию конкретного сотрудника).

✓ Личностные качества руководителя: самостоятельность, умение быть доказательным в отстаивании своего мнения; настойчивость и целеустремленность; навык быстроты понимания сути проблемы; умение наладить взаимодействие людей, подразделений, организаций, структур и координировать работу; навыки осуществления контроля и способность держать в памяти детали, вовремя реагировать на отклонение; способность

Обмен опытом

к быстрой реакции в нестандартной, напряженной, нештатной ситуации; смелость взять ответственность на себя; любовь и интерес к работе при отличном знании дела, эффективное использование рабочего времени; поиск нового, расширение кругозора; адекватное отношение к критике; честность и порядочность в работе; наличие опыта и умение делиться им с коллегами.

Вывод о соответствии занимаемой должности включает обоснованное решение (можно выдвигнуть на новую должность, соответствует занимаемой должности, неэффективен в данной должности, лучше понизить или перевести на иное место работы, должен быть немедленно уволен).

Таким образом, представленные качества личности главных медицинских сестер реализуются благодаря созданным в образовательной среде и организациях здравоохранения условиям эффективной управленческой деятельности, состоящим в обучении использованию современных технологий управления, включая лидерство, наставничество и работу в команде.

Для улучшения качества организации труда медицинских сестер необходимо создание вертикали управления сестринским персоналом посредством учреждения должности главного специалиста в области сестринского дела не только на уровне Министерства здравоохранения, но и на уровне областных комитетов по здравоохранению, что позволит реализовывать программы организации и контроля деятельности медицинских сестер.

Использованная литература

1. *Состояние сестринского дела в мире в 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров: доклад ВОЗ.* – Копенгаген, 2020. – 16 с.

2. *Воеводина Н. А. Социология и психология управления: учеб. пособие / Н. А. Воеводина, И. А. Данилова, Р. Н. Нуриева.* – М., 2010. – 199 с.

3. *Матвейчик Т. В. Сестринское дело в XXI веке: монография / Т. В. Матвейчик [и др.].* – Минск, 2014. – 303 с.

4. *Матвейчик Т. В. Международные организации о роли медицинских сестер в здравоохранении // Семейный доктор.* – 2020. – № 2. – С. 54–58.

5. *Матвейчик Т. В. Теория сестринского дела: учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко.* – Минск, 2016. – 366 с.

6. *Матвейчик Т. В. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: монография / Т. В. Матвейчик [и др.].* – Минск, 2013. – 184 с.

7. *Бондаренко И. А. Результаты исследований социальных и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и синергетический эффект: монография / И. А. Бондаренко [и др.]; под ред. И. А. Бондаренко, О.А. Подкопаева.* – Самара, 2018. – 316 с.

8. *Вальчук Э. А. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее: справочное издание / Э. А. Вальчук, Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова.* – Минск, 2014. – 32 с.

9. *Матвейчик Т. В. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т. В. Матвейчик [и др.].* – Минск, 2011. – 368 с.

10. *Матвейчик Т. В. Организационные, социальные, клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, Г. А. Шишко.* – Минск, 2019. – 312 с.

11. *Здрок О. Н. Медиация: пособие.* – Минск, 2018. – 540 с.

12. *Индивидуальная форма повышения качества сестринских навыков: наставничество: инструкция по применению: утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 02.03.2006, рег. № 9-0105.*



А. А. Мазго

ПОСТАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭТАП КЛИНИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

5-я городская клиническая больница

Целью назначения и выполнения клинических лабораторных исследований является получение достоверной и своевременной лабораторной информации об изменениях состояния определенных физиологических систем и органов пациента, имеющих причинно-следственную связь с предполагаемым или развившимся патологическим процессом. Результаты клинических лабораторных исследований используют для выявления патологии, установления диагноза болезни, выбора необходимых лечебных мероприятий, контроля за эффективностью мер лечения, определения прогноза заболевания.

В последние годы значительно вырос интерес к вопросам планирования и обеспечения качества клинических лабораторных исследований. Уделяется много внимания поиску эффективных путей влияния специалистов лабораторной медицины на все стадии лабораторного процесса для обеспечения гарантированного качества результатов исследований. Пристальное внимание к стандартизации внелабораторного и лабораторного звеньев преаналитического этапа, широкое применение вакуумных одноразовых систем, внедрение новых информационных технологий (штрихкодирование биоматериала, использование возможностей МИС и ЛИС) – все эти меры постепенно ведут к снижению количества ошибок на данном этапе.

Одновременно за последние годы произошло относительное увеличение ошибок на аналитическом и постаналитическом этапах. Если вопросы обеспечения качества собственно измерения на аналитическом этапе всегда были в центре внимания специалистов лабораторной медицины, то в отношении постаналитического этапа существует некоторая недооцененность. Однако именно постаналитический этап является звеном, отражающим всю работу клиничко-диагностических лабораторий в области качества, на данном этапе формируется конечный продукт сложных лабораторных процессов. Ошибки на данном этапе обесценивают все предыдущие действия и усилия, направленные на обеспечение качества собственно измерения. Важным моментом является и то, что

именно на постаналитическом этапе, как ни на каком другом, актуален диалог специалистов лабораторной медицины и клиницистов.

Постаналитический этап технологического процесса производства клинических лабораторных исследований состоит из двух частей – лабораторной и внелабораторной.

Технологические операции лабораторной части:

1. Обработка результатов анализов и написания заключений:

- определение референсных величин;
- оценка биологической и аналитической вариаций;

• обнаружение критических величин результатов лабораторных исследований, требующее немедленных действий по оказанию медицинской помощи, и сообщение их лечащему врачу;

• составление заключений по комплексам результатов лабораторных исследований.

2. Передача результатов исследований в отделения стационара и поликлиники.

3. Составление статистических отчетов о затратах времени, проведенных исследованиях, расходе реактивов, анализ результатов исследований по отделениям и т. д.

4. Техническое обслуживание и уход за анализаторами и другим лабораторным оборудованием.

5. Сбор, хранение и удаление отходов.

Внелабораторная часть постаналитического этапа, которая начинается с момента доставки или сообщения результатов исследований, находится в компетенции врача-клинициста. Главная его задача состоит в клинической интерпретации полученных результатов анализов и их правильном использовании для оказания пациенту качественной медицинской помощи.

Прежде чем отправить полученные на анализаторах или ручным методом результаты лабораторных исследований врачу-клиницисту, они должны быть оценены и обработаны ответственным специалистом клинической лабораторной диагностики.

Важно понимать, что задача лаборатории не только своевременно выдавать цифровой отчет на высоком уровне аналитической надежности,

но и обеспечивать правильную интерпретацию и клиническое применение лабораторной информации во благо пациенту. Таким образом, удовлетворение требований врача и пациента к лабораторным исследованиям является главной целью применения системы менеджмента качества в клинико-диагностических лабораториях.

Формирование и применение в работе клинико-диагностической лаборатории индикаторов качества каждого этапа лабораторных исследований позволяет достоверно влиять на качество лабораторных услуг.

Из всех индикаторов качества постаналитического этапа лабораторных исследований были выбраны наиболее значимые.

✓ Время оборота теста в лаборатории (TAT).

TAT – время с момента регистрации биоматериала в клинико-диагностической лаборатории и до занесения результатов в электронную историю болезни пациента. Данный показатель не является индикатором качества только постаналитического этапа лабораторных исследований, он также охватывает преаналитический и аналитический этапы, характеризует эффективность использования всех лабораторных ресурсов.

✓ Правильность заполнения бланка с результатом лабораторного исследования.

Оптимальным решением явилось использование возможностей ЛИС по автоматическому переносу данных от анализатора в информационную лабораторную сеть, что значительно сократило время на ввод результатов в бланк авторизованного отчета и позволило свести количество ошибок на постаналитическом этапе практически к нулю.

✓ Выбор референсных интервалов для всех определяемых аналитов.

Наиболее важный и ответственный этап постаналитической стадии лабораторного процесса. В соответствии с рекомендациями Международной федерации клинической химии (IFCC) и по мнению международных экспертов по этой проблеме референсные пределы разрабатываются и устанавливаются авторитетными крупными производителями тест-систем, с предоставлением максимальной информации о деталях разработки этих пределов. Сотрудники клинико-диагностической лаборатории проверяют приемлемость и в случае проблем обращаются к производителю тест-систем за подробной информацией по формированию референсных пределов для данного аналита. Ответственность за выбор референсных интервалов лежит на специалистах клинической лабораторной диагностики.

✓ Интерпретация результатов исследований с учетом факторов, оказывающих влияние на определение аналитов в пробе, таких как:

- физиологические закономерности (влияние расы, пола, возраста, типа сложения, характера и объема привычной активности, питания);

- влияние окружающей среды (климат, геомагнитные факторы влияния, время года и суток, состав воды и почвы в зоне обитания, социально-бытовая среда);

- воздействие профессиональных и бытовых токсичных средств (этанол, никотина, наркотиков) и ятрогенные влияния (диагностические и лечебные процедуры, лекарственные средства);

- условия взятия пробы (прием пищи, физическая нагрузка, положение тела, стресс во время взятия пробы и др.);

- методика взятия крови (выбор способа взятия, средств и посуды, консерванта и т. д.);

- неправильный (по времени) сбор материала;

- условия (температура, встряхивание, влияние света) и время транспортировки биоматериала на исследование в лабораторию;

- процессы подготовки доставленного в лабораторию материала для исследования;

- время от доставки материала в лабораторию до проведения анализа;

- факторы аналитической вариации (реактивы, калибраторы, контроли, оборудование, уровень профессиональной подготовки специалистов и др.);

- постаналитические факторы (форма выдачи результатов, своевременность получения результатов лечащим врачом, правильная оценка результатов).

✓ Выбор критериев «критичности» для немедленного оповещения врачей-клиницистов.

Сотрудники лабораторий составляют списки критериев «критичности», опираясь на клинические рекомендации или данные сторонних лабораторий, анализируя данные литературы, или проводят локальную оценку в своем учреждении здравоохранения. Под критериями «критичности» подразумевают значения, результаты исследований которых указывают на непосредственный риск возникновения тяжелых повреждений или смерти пациента. Критерии «критичности» должны оперативно сообщаться клиническому персоналу (прежде всего врачу, ответственному за ведение пациента, или медицинской сестре) после исключения аналитических, преаналитических и других ошибок, не связанных с состоянием пациента, проведения валидации результатов и формирования лабораторного отчета.

✓ Консультирование клиницистов об аналитической надежности методов лабораторной диагностики, биологической и аналитической вариации.

Современная номенклатура клинических лабораторных исследований насчитывает свыше

тысячи лабораторных тестов, позволяющих при условии их оправданного назначения, правильного выполнения и обоснованной интерпретации результатов получить в приемлемые сроки аналитически надежные и клинически высокоинформативные сведения.

Аналитическая надежность исследований представляет собой важную составляющую качества исследований, характеризующую степень достоверности лабораторных данных об изучаемом анализе и тем самым определяющую возможность использования их при принятии клинических решений: для установления диагноза, назначения необходимых лечебных мер, оценки тяжести болезни и эффективности проводимого лечения. Для предотвращения предоставления недостоверной лабораторной информации аналитическая надежность лабораторных результатов должна соответствовать определенным требованиям, соблюдение которых обеспечивает их приемлемость для клинического использования.

Целевым параметром аналитической надежности клинических лабораторных исследований является их способность достоверно разграничивать свойственные состояниям здоровья и патологии значения содержания определенных аналитов в составе биоматериалов. При разграничении значений лабораторных результатов, свойственных состоянию здоровья, и состояния патологии следует учитывать, что результаты лабораторных исследований проб биоматериалов пациентов отражают содержание искомым веществ или клеток в организме обследуемого с некоторой степенью неопределенности, то есть с дисперсией числовых значений. Для уверенного различения отклонений, обусловленных патологией и называемых патологической вариацией, они должны быть дифференцированы от таких колебаний результатов исследований, закономерности которых аналогичны вариации результатов при любой процедуре измерения – аналитической вариации.

Основным фактором неопределенности лабораторных результатов, отличающимся по своему характеру от аналитической вариации, является биологическая вариация, то есть изменения состава биоматериалов человека, отражающие протекание в организме процессов жизнедеятельности, характеризующихся сочетанием устойчивости в определенных рамках постоянства внутренней среды (гомеостаза) и динамических колебаний вокруг точки гомеостаза. Внутрииндивидуальная (персональная) биологическая вариация отражает колебания проявлений физиологических функций вокруг определенных гомеостатических точек у обследуемого лица. Межиндивидуальная или групповая биологическая вариация, подчиняющая-

ся статистическим закономерностям, представляет собой интервалы колебаний гомеостатических точек групп людей, объединенных по определенному признаку (пол, возраст, этническая или профессиональная принадлежность и т. п.).

Частными проявлениями биологической вариации, отражающими реакцию организма на различные факторы внешней среды, являются преаналитическая вариация, обусловленная влиянием условий подготовки обследуемого к лабораторному тесту и взятия образца биоматериала, и ятрогенная вариация, отражающая различного рода диагностические и лечебные воздействия на пациента перед проведением лабораторного теста. В качестве основы для оценки точности различения патологической и аналитической вариаций и для установления единых требований применительно к каждому анализу принято имеющее естественную фундаментальную основу свойство состава биоматериалов человека – биологическая вариация в различных комбинациях ее компонентов (внутрииндивидуальной и межиндивидуальной вариаций).

✓ Консультирование клиницистов по применению результатов лабораторных исследований: назначение дополнительных лабораторных тестов, определение частоты их назначения или иных видов исследований.

Клинические лабораторные исследования являются общим делом клинического и лабораторного персонала. Лабораторный персонал выполняет необходимые аналитические процедуры, оценивает достоверность и правдоподобие результатов исследований, а клинический персонал осуществляет назначение лабораторных тестов, подготовку пациентов к их проведению, взятие образцов биоматериалов, окончательную интерпретацию результатов исследований и принятие на их основе клинических решений.

Принципы и порядок взаимодействия персонала клинических подразделений и клиничко-диагностических лабораторий медицинских организаций направлены на создание условий, обеспечивающих:

- получение результатов лабораторных исследований, достоверно отражающих состояние обследуемых пациентов;
- рациональное использование лабораторной информации для повышения эффективности медицинской помощи.

Рациональное использование возможностей клинической лабораторной медицины для решения клинических задач определяется конструктивным взаимодействием сотрудников клинических подразделений и клиничко-диагностических лабораторий при:

- выборе и назначении лабораторных тестов, наиболее информативных в отношении конкретного случая заболевания пациента;
- правильном проведении преаналитического этапа для исключения влияния отклоняющих факторов;
- правильной интерпретации полученных лабораторных результатов с учетом точного соблюдения условий преаналитического этапа, клинической информативности примененных лабораторных тестов, проводимых лечебных воздействий;
- введении в практику новых лабораторных тестов.

Основой для оптимизации назначения лабораторных тестов является система протоколов ведения пациентов с определенными формами патологии и стандартов медицинской помощи, предусматривающих выбор наиболее информативных тестов применительно к предполагаемой или уже развившейся патологии, гибкое применение установленного алгоритма лабораторного исследования, рациональную частоту повторных исследований и параметры интерпретации их результатов. Разработка протоколов ведения таких пациентов предусматривает использование клинических руководств, основанных на принципах доказательной медицины, а в отношении использования лабораторных тестов – на положениях доказательной лабораторной медицины. Объем лабораторных обследований при диагностике заболевания и мониторинге состояния пациента должен отвечать принципу разумной достаточности.

✓ Формирование бланка с результатом лабораторного исследования.

Результаты лабораторных исследований, предоставляемые клиническому персоналу или пациенту, должны достоверно отражать состояние внутренней среды обследуемого пациента. До выдачи из лаборатории результаты исследований должны быть проверены и оценены ответственным специалистом на достоверность и правдоподобие их действительных значений, сопоставление с результатами других лабораторных тестов, выполненных данному пациенту в предыдущий период или параллельно в тот же день. При оценке результатов исследований в лаборатории должны учитываться технологические, биологические и патофизиологические факторы, способные вызвать отклонение полученных значений от должных.

Выдача результатов лабораторных исследований клиническому персоналу или пациенту допускается после оценки их приемлемости лишь при условии их утверждения ответственным лабора-

торным специалистом, что заверяется его подписью (в случае передачи по каналам электронной связи – электронной подписью).

Принятие диагностических и лечебных решений на основе полученной лабораторной информации, сопоставленной с наблюдениями клинициста и данными других объективных способов диагностики, является прерогативой и обязанностью врачей клинических подразделений. Полноценное использование лабораторной информации при принятии клинических решений служит одним из условий эффективной медицинской помощи пациентам.

Улучшение показателей качества на постаналитическом этапе в клиничко-диагностических лабораториях происходит путем установления набора приоритетов в создании своей системы качества, основанной на оценке того, какие факторы вероятнее всего повлияют на результативность и эффективность лабораторных услуг.

Мероприятия по улучшению качества медицинских лабораторных исследований на постаналитическом этапе способствуют улучшению конечных результатов деятельности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи населению, правильности назначения лабораторных исследований, полноценности интерпретации лабораторных данных клиницистами и рациональному использованию клиницистами лабораторной информации при принятии диагностических и лечебных решений.

Использованная литература

1. Кишкун А. А. *Справочник заведующего клиничко-диагностической лабораторией*. – М., 2021. – 912 с.
2. Долгов В. В. *Клиническая лабораторная диагностика: национальное рук-во: в 2 т.* / В. В. Долгов, В. В. Меньшиков. – М., 2012. – Т. 1. – 928 с.
3. *Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследований: ГОСТ Р ИСО 53079.3-2008.*
4. *Технологии лабораторные клинические. Требования к качеству клинических лабораторных исследований: ГОСТ Р ИСО 53022.2-2008.*
5. Николаев Н. Н. *Постаналитический этап: управление качеством клинических лабораторных исследований* / Н. Н. Николаев [и др.] // *Менеджер здравоохранения*. – 2016. – № 8. – С. 37–45.
6. Плеханова О. С. *Критические значения: терминология, перечень аналитов, выбор пороговых значений и их влияние на исходы. Обзор литературы* / О. С. Плеханова, А. Ю. Ольховик // *Лабораторная служба*. – 2018. – № 3. – С. 4–12.

И. М. Парханович

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВЗРОСЛЫХ

Барановичский центр дополнительного образования взрослых

Одним из приоритетных направлений развития современного информационного общества является информатизация образования – совершенствование образовательного процесса на основе внедрения средств информационно-коммуникационных технологий (ИКТ).

Профессионализм преподавателя оценивается через уровень его квалификации и педагогические компетенции. В условиях многоформатности информационных ресурсов и развития информатизации системы образования необходимым компонентом качественного преподавания стало наличие информационных компетенций преподавателя. Информационная компетентность педагога выражается в наличии комплекса соответствующих знаний, умений, навыков, рефлексивных установок во взаимодействии с информационной средой.

Трансформация образовательного процесса в условиях перехода к цифровой экономике – одно из стратегических направлений Программы развития государственного учреждения образования «Барановичский центр дополнительного образования взрослых» на 2023–2027 годы. Механизмы трансформации:

- развитие материально-технической базы в соответствии с современным уровнем развития информационных технологий;
- развитие широкополосного доступа к глобальной компьютерной сети Интернет с целью использования в образовательной деятельности;
- проведение мероприятий, направленных на повышение квалификации педагогических работников в области современных информационных технологий обучения;
- внедрение в образовательный процесс облачных технологий;
- создание электронных учебно-методических материалов для слушателей;
- интеграция элементов электронного здравоохранения в образовательный процесс с целью совершенствования знаний, умений и навыков слушателей к максимально полному использованию современных информационных технологий в профессиональной деятельности.

Работа методической службы призвана решать задачи комплексного научно-методического обеспечения образовательного процесса на основе внедрения инновационных технологий и развития информационно-образовательного контента.

Материально-техническая база центра сегодня – учебные помещения, оснащенные необходимыми техническими средствами обучения: интерактивными досками, мультимедийными проекторами, моноблоками, ПК, ноутбуками, телевизорами, симуляционными системами, подключенными к компьютерам (передвижные аппаратно-программные комплексы для обучения в медицине, манекены-имитаторы для отработки сердечно-легочной реанимации, тренажер для отработки навыков аускультации сердца и легких, манекен-симулятор родов для отработки обследования плода и родового пособия и др.), электрокардиографом, аппаратом ИВЛ.

Локальная сеть, объединившая все персональные компьютеры структурных подразделений и учебных лабораторий, позволяет использовать передовые компьютерные технологии. Открываются возможности широкого внедрения интернет-технологий, электронной почты, тестирующих программ на учебных занятиях.

ИКТ можно использовать не только непосредственно в процессе обучения, но и при подготовке к учебным занятиям, в частности, посредством создания электронного комплексно-методического обеспечения по дисциплинам специальностей переподготовок специалистов со средним специальным медицинским образованием, а также электронных учебно-методических комплексов образовательных программ повышения квалификации.

На методическом сайте центра размещены тестовые задания по всем образовательным программам повышения квалификации, обеспечен доступ преподавателей, есть возможность корректировки заданий с учетом специфики курса. Преподаватели центра активно используют программу iSpring для обучения слушателей и контроля уровня овладения ими учебным материалом. В данной программе разработаны темы «СМП детям», «Уход за ребенком раннего возраста», «Здоровый

ребенок», «Инфекционная безопасность и инфекционный контроль», «Инфузионно-трансфузионная терапия», контрольные срезы по специальностям переподготовки «Хирургия», «Анестезиология».

Для осуществления целостной образовательной деятельности центра, качественной организации образовательного процесса и эффективной подготовки слушателей образовательных программ переподготовок «Анестезиология», «Хирургия», «Рентгенология», «Физиотерапия», «Лечебный массаж», «Функциональная диагностика» подготовлены учебные материалы и тесты для контроля итогового уровня знаний с использованием системы дистанционного обучения Moodle, которая как электронное средство обучения позволяет организовать и контролировать самостоятельную работу слушателей.

Организация образовательного процесса с использованием интернет-ресурсов дополняет содержательный аспект учебного занятия (как лекции, так и практического занятия), позволяет организовать самостоятельное изучение дополнительного материала, способствует созданию интерактивности, психологическому комфорту слушателей. На учебных занятиях в качестве учебно-методического сопровождения используются различные электронные учебные издания на CD-, DVD-носителях (учебники, учебные пособия, тесты и т. д.), образовательные интернет-ресурсы.

На учебных занятиях слушатели могут ознакомиться с лицензионными компьютерными программами. Так, например, автоматизированная информационная система «Поликлиника» позволяет работать с базой данных поликлиники и использовать в практической работе медицинскую, статистическую и финансовую информацию, автоматизирует ведение документооборота учреждений здравоохранения.

При реализации образовательных программ повышения квалификации по профилю «Сестринское дело в педиатрии» используются лицензионные программы ВОЗ Anthro (для оценки физического развития детей до 5 лет) и AnthroPlus (для детей всех возрастов).

Для повышения ИКТ-компетентности преподавателей в рамках школы повышения педагогического мастерства организуется проведение мастер-классов, семинаров, круглых столов по использованию ИКТ в педагогической деятельности. Также организовано индивидуальное консультирование преподавателей, подготовлены методические рекомендации «Организационные основы работы в интернет-ресурсе Moodle», проведен обучающий практикум «Основы дистанционного обучения на платформе Moodle».

Использование ИКТ способствует формированию информационной культуры слушателей, позволяет приобрести умения и навыки, необходимые для жизни в информационном обществе.

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

Высоцкая, С. Ассертивность как навык уверенности в себе / С. Высоцкая // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 12. – С. 32–36.

Высоцкая, С. Психология публичных выступлений: как стать уверенным оратором / С. Высоцкая // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 10. – С. 38–43.

Глазкова, Е. И. Внедрение инновационных мероприятий с целью повышения качества сестринской помощи / Е. И. Глазкова, С. В. Иноземцева // Главврач. – 2022. – № 1. – С. 20–27.

Гусенцов, А. О. Основы оказания первой медицинской помощи / А. О. Гусенцов. – 5-е изд. – Минск : Амалфея, 2021. – 45 с.

Давлетшина, Г. Типичные ошибки медсестер при уходе за полостью рта пациента в ОРИТ и как их избежать. Методичка / Г. Давлетшина // Главная медицинская сестра. – 2022. – № 1. – С. 40–49.

Елисеева-Бузыкина, Т. Боремся с профессиональным синдромом эмоционального выгорания / Т. Елисеева-Бузыкина // Главная медицинская сестра. – 2022. – № 1. – С. 35–39.

Елисеева-Бузыкина, Т. Как успешно разрешить конфликт в коллективе / Т. Елисеева-Бузыкина // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 10. – С. 34–37.

Елисеева-Бузыкина, Т. Как успешно разрешить конфликт в коллективе / Т. Елисеева-Бузыкина // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 11. – С. 35–39.

Елисеева-Бузыкина, Т. Эффективны ли ваши совещания? / Т. Елисеева-Бузыкина // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 9. – С. 30–36.

***Подготовила Лёна Наталья Амангельдиновна,
главный библиограф справочно-информационного отдела РНМБ***



Профессор В. К. Милькаманич

КАК ГАРМОНИЗИРОВАТЬ СВОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ С ПОМОЩЬЮ ЦВЕТА

Белорусский государственный университет

Цвет может успокоить и возбудить, создать гармонию и вызвать потрясение. От него можно ждать чудес, но он может вызвать и катастрофу.
Жак Вьено

Доказано, что цвет определенным образом влияет на психическое и физиологическое состояние людей. Различные цветовые оттенки избирательно возбуждают подкорковые нервные центры. Через ассоциативные пути и неспецифические подкорковые структуры видимое излучение различного диапазона способно поддерживать общий уровень возбудимости головного мозга, корректировать психоэмоциональное состояние и повышать тонус организма.

При локальном (местном) воздействии цвета происходят восстановительные изменения на клеточном уровне, что успешно используется в медицине как цветотерапия, или хромотерапия. На основе нанотехнологий созданы специальные цветоизлучающие приборы серии БИОПТРОН. Генерируемое ими полихроматическое поляризованное некогерентное излучение эффективно воздействует на окислительный метаболизм и микроциркуляцию поврежденных органов и тканей, свертывающую систему пациента и др.

Цветовая гамма отражается на производительности труда, релаксации, оздоровлении организма. Многие, наверное, замечали, что хочется одеться во все серое или черное, когда настроение пессимистическое. Но если окружить себя, например, оранжевым цветом, то настроение быстро улучшится.

Цвет подсознательно влияет на поведение и настроение человека, у него возникает та или иная реакция на цвет. Как правило, каждый цвет вызывает определенные ощущения и у разных народов имеет свою символику.

Есть цвета, способные вызывать агрессию и приводить к бессоннице; существуют оттенки, которые, наоборот, успокаивают и понижают уровень стресса. Цвет помогает нам выражать свои чувства, собственную точку зрения, привлекать внимание других людей.

Восприятие цвета зависит от эмоционального состояния человека. Именно этим объясняется то, что человек иногда отдает предпочтение одним цветам, спустя время проявляет к ним равнодушие, а иногда и вовсе отвергает их.

Первый, кто создал стройную систему цветов, был Леонардо да Винчи. Затем Исаак Ньютон при помощи солнечной призмы и стекла открыл, что белый свет состоит из многих цветов, смешанных друг с другом. Причем все цвета идут в определенном порядке. Далее Вольфганг фон Гете, измеряя реакцию глаза на определенный цвет, создал известный цветовой круг, который состоит из 12 основных цветов.

В одну половину цветового круга вошли красные, оранжевые, желтые, зеленые цвета и оттенки, а во вторую половину – голубые, синие, фиолетовые.

Цвета первой половины круга называются теплыми и вызывают у человека ощущение тепла, уюта, покоя, комфорта. Цвета второй половины цветового круга называются холодными и вызывают у окружающих людей чувство закрытости, отстраненности.

Световое излучение имеет свои особенности воздействия на психологическое состояние человека. Рассмотрим символику каждого цвета из цветовой палитры.

Красный цвет активизирует, согревает, повышает эмоциональный тонус, возбуждает, устраняет последствия заторможенности, упадка сил, обостряет чувства.

Красную цветовую гамму хорошо использовать утром, она дает заряд энергии на весь день и придает активность, добавляет уверенности человеку, увеличивает его работоспособность.

Дизайнеры используют красный цвет там, где нужно побудить людей к активным действиям. Например, в спортзале красный даст энергию, а на кухне поспособствует аппетиту.

Розовый цвет ассоциируется с беззаботным детством и безмятежной юностью. Он дает ощущение защищенности и настраивает на спокойный лад, помогает расслабиться после рабочего дня. Розовые тона способствуют быстрому выздоровлению и восстановлению организма после болезни, добавляя бодрости.

Оранжевый цвет восстанавливает, оживляет, согревает, стимулирует, снимает скованность,

Школа само- и взаимопомощи

мягко стимулирует эмоциональный тонус и восстанавливает нервные процессы.

Оранжевые оттенки способствуют хорошему настроению, развивают волевые качества, в ряде случаев позволяют снять стресс и помочь в борьбе с депрессией.

Желтый цвет символизирует солнце, несет спокойствие, укрепляет тонус нервной системы, продлевает энергию, оказывает положительное влияние на интеллектуальную деятельность человека, повышает продуктивность умственной деятельности, обладает антидепрессивным действием.

Данный цвет рекомендуется использовать в зоне рабочего места, если человек постоянно занят мозговым штурмом, придумыванием идей и работой над новыми проектами. Желтый цвет положительно влияет на зрение и даже улучшает память. Именно поэтому он просто незаменим в рабочем кабинете человека, занимающегося интеллектуальным трудом.

Желтый цвет способствует пробуждению аппетита, поэтому подходит для оформления кухни или обеденного зала. При избытке этого цвета можно почувствовать усталость и переутомление. Поэтому в интерьере детской комнаты использовать желтую расцветку не рекомендуется, так как она может провоцировать малышей на частый плач и капризы.

Зеленый цвет уравнивает, расслабляет, успокаивает, снимает напряжение, ослабляет боль, поддерживает психофизический баланс. Он символизирует жизнь, молодость и безопасность. Оттенок зеленого яблока настроит на позитив, снимет усталость и повысит работоспособность, оливковый и бутылочный цвета подарят умиротворение и успокоят нервы.

Зеленый спектр благоприятно влияет на умственную деятельность, поэтому его рекомендуется применять для отделки интерьера учебного уголка школьника. Установлено, что внимание детей лучше концентрируется при выполнении тестов на зеленой бумаге, а красный цвет создает цветовую усталость, из-за чего чаще допускаются ошибки.

Синий цвет успокаивает, сдерживает, охлаждает и структурирует энергию. Холодные тона успокаивают психику человека, а насыщенные оттенки стимулируют мозговую деятельность. В интерьере рабочего места помогает сохранять предельное внимание и поддерживать высокую концентрацию. Этот цвет рекомендуется использовать при однообразной и долгой работе, требующей хорошей концентрации.

Избыток синего цвета может вызвать уныние. Синий лучше не использовать в интерьере детской

комнаты, так как он может подавлять энергичность малышей.

Голубой цвет снижает нервозность после трудного дня, располагает к физическому и духовному расслаблению и восстановлению сил, создает атмосферу безопасности.

Этот цвет благоприятно сказывается на качестве усвоения информации, снижает мышечный тонус. Голубой цвет способствует принятию нестандартных решений. Именно поэтому интерьеры в голубых тонах рекомендованы для учебных классов и рабочих кабинетов.

Голубая спальня помогает снять раздражительность, успокоить нервную систему, снизить тревожность и заснуть.

Голубой и его оттенки визуально расширят помещение ванной, а комнату, расположенную на южной стороне, наполнят прохладой.

Фиолетовый цвет стимулирует умственную работоспособность, снижает нервное возбуждение, притупляет боль. Этот цвет помогает снять психическое напряжение и успокоиться. Однако обилие фиолетовых оттенков может привести к быстрой утомляемости. Использовать цвет рекомендуется точно – например, в качестве акцентов в интерьере.

Белый цвет символизирует бесконечность, справедливость, невинность и чистоту. Но излишнее его использование может вызвать неприятные ассоциации с больницей, способствовать раздражительности и утомляемости.

Черный цвет обычно сопровождает скорбь и печаль, производит угнетающее впечатление на психику. Выбор черной расцветки обычно связывают с подавленным состоянием, депрессией.

Серый цвет является нейтральным, однако нередко его связывают с тусклостью и скукой. Чаще всего этот цвет предпочитают люди, желающие остаться в тени. Неброский цвет подходит офисным кабинетам.

Используя свойства конкретных цветов по отдельности или вместе, можно гармонизировать свое психологическое состояние и достичь желаемых результатов. Так, например, зная, как желтый, синий и зеленый цвета влияют на нас, мы можем с их помощью повысить концентрацию внимания во время работы. Идеальное решение – оформить свой рабочий стол. В этом помогут рамки, календари, ручки, записные книжки, статуэтки и множество других аксессуаров, окрашенных в желтые, зеленые или синие цвета. Но эти цвета нужно использовать только на рабочем месте и ни в коем случае там, где мы отдыхаем или спим. Многие совершают ошибку и оформляют свои спальни в указанных тонах, из-за чего чаще остальных страдают бессонницей.

Весьма доступным приемом является цветовая визуализация – рассматривание картинки или предмета определенного цвета. Например, берем лист бумаги, окрашенный в зеленый цвет. Размер бумаги должен быть не менее 20×40 см. Сестра нужно на расстоянии 1–1,5 м от листа бумаги и смотреть на него в течение 10–15 мин. Этого времени достаточно, чтобы глаз зафиксировал цвет и вызвал искомое ощущение.

Можно также воспользоваться приемом цветовой медитации. Нужно сесть, закрыть глаза и постараться представить, что помещение, в котором мы находимся, окрасилось в нужный цвет. Если это трудно, то можно представить объекты, к цвету которых достаточно привыкли. Например, синее море, голубое небо, зеленую траву, апельсин, красные маки и т. д. Время медитации составляет 20 мин.

Психоэмоциональную самопомощь с помощью цвета можно проводить во время экскурсионных походов к достопримечательным местам, любуясь ландшафтными пейзажами.

Полезно сочетать визуализацию и медитацию на выбранный цвет с виртуальными турами и художественно-творческими технологиями.

Уважаемые коллеги! Цвет – мощное средство воздействия на сознание, память и психику человека, поэтому эффективно применяется для гармонизации психологического состояния. Данный метод не имеет противопоказаний. В практической жизни, используя соотношение света и цвета, можно создать наилучшие условия труда и отдыха, укрепить здоровье и обеспечить эмоциональное благополучие человека.

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

Ефименко, Н. Паллиативная медицинская помощь пациентам / Н. Ефименко, О. Мычко // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 11. – С. 8–14.

Ефименко, Н. Принцип правдивости в онкологической практике / Н. Ефименко // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 10. – С. 6–11.

Жилевич, Л. Международный опыт формирования системы расширения компетенций персонала / Л. Жилевич // Главная медицинская сестра. – 2022. – № 1. – С. 52–55.

Жилевич, Л. Роль сестринского персонала в оказании медицинской помощи пожилым пациентам с COVID-19 / Л. Жилевич // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 11. – С. 15–19.

Заболеева, С. А. Суслин [и др.] // Медицина труда и промышленная экология. – 2021. – № 8. – С. 540–545.

Захарова, Н. М. Риск формирования психических расстройств у работников системы здравоохранения в период эпидемий вирусных инфекций / Н. М. Захарова, Л. О. Пережогин // Психическое здоровье. – 2021. – № 10. – С. 50–57.

Иванов, А. В. Периодическая аккредитация медицинских работников со средним медицинским образованием / А. В. Иванов // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 6. – С. 3–10.

Игнатович, Ю. С. Принципы наставничества в современной медицине / Ю. С. Игнатович // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 6. – С. 19–23.

Князюк, Н. Ф. Стандартизация требований по уходу за медицинскими изделиями для пациента с целью профилактики катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей в медицинской организации / Н. Ф. Князюк, Ю. В. Долинская, В. А. Кругляк // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 7. – С. 27–29.

Ковальчук, М. А вы готовы к эпидемическому подъему заболеваемости гриппом и COVID-19? / М. Ковальчук // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 9. – С. 21–26.

Конопацкая, А. Готовим рабочий раствор дезинфицирующего средства / А. Конопацкая // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 12. – С. 20–24.

Конопацкая, А. Основные требования к устройству и оборудованию прививочного кабинета / А. Конопацкая // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 10. – С. 12–18.

Консультант за 5 минут. Неотложная педиатрия. Доказательная медицина : [пер. с англ.] / А. Аво [и др.] ; под ред.: Р. Дж. Хоффмана, Р. Дж. Ванга. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 844 с. – (Золотая серия).

Котелевец, Е. П. Временные характеристики variability сердечного ритма у медицинских работников родовспомогательных учреждений / Е. П. Котелевец, В. А. Кирюшин // Медицина труда и промышленная экология. – 2021. – Т. 61, № 11. – С. 750–754.

***Подготовила Лёна Наталья Амангельдиновна,
главный библиограф справочно-информационного отдела РНМБ***

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

АБРИКОС ОБЫКНОВЕННЫЙ – ARMENIACA VULGARIS LAM

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

Родиной абрикоса является Северо-Восточный Китай, где до сих пор в диком виде встречаются все его формы. В культуру он выведен очень давно. В китайских летописях культурные формы абрикоса упоминаются за 3500–4000 лет до н. э. Из Китая он распространился в иные регионы Азии и на Кавказ, а оттуда – в Средиземноморье и другие страны Европы. Если проследить историю слова «абрикос», то через голландский и французский языки мы придем к португальскому *albricoque*, а затем, отбросив арабский артикль *al*, остановимся на латинском *praecox*, что означает «скороспелый». Однако сами римляне познакомились с абрикосом благодаря армянским купцам, вследствие чего его называли армянским яблоком, и это название сохранилось в ботанике – *Armeniaca*.

В Москве «абрикосовые яблоки» были высажены в 1654 г. в царском Измайловском саду. В Молдове, Средней Азии, Крыму, на Украине абрикос появился значительно раньше. В настоящее время промышленные плантации абрикоса расположены в южных районах. В средней полосе и более северных регионах он выращивается в основном на приусадебных участках.

В Беларуси изучением и разведением абрикоса занимаются в Пинском плодовом питомнике и Центральном ботаническом саду Академии наук. На приусадебных и дачных участках абрикосы выращиваются также садоводами-любителями.

Абрикос – плодовое дерево высотой 5–8 м с серовато-бурой растрескивающейся корой и округло-плосковатой или вытянутой кроной (семейство Розоцветные – *Rosaceae*). Листья черешковые крупные, голые или слабоопушенные, сердцевидной, округлой или яйцевидной формы, заостренные, по краю мелкопильчатые. Цветет в марте – апреле (до распускания листьев). Цветки белые или розовые, крупные, с округлыми или овальными лепестками. Плодоносить начинает с 3–5-летнего возраста. Плодоношение ежегодное, без перерывов. Продолжительность жизни растения – 30–40 лет. Плоды созревают в июле – августе и представляют собой мясистые, сочные костянки округлой или обратнойцевидной формы от белой до красновато-оранжевой окраски, опушенные, с легко отделяющейся от мякоти овально-яйце-

видной косточкой. Семена плоские, светлоромовые, сладкие или горькие. Вкус плода своеобразный, с горьковатым привкусом. Размножают абрикос в основном прививкой.

В качестве лекарственного сырья используют плоды и семена, заготавливаемые в июле – августе.

В плодах абрикоса содержится 11–27% сахаров (в сухих плодах сорта Амери – до 84%), 0,42–1,35% органических кислот (яблочная, лимонная, винная, салициловая), 0,75–1,18% пектиновых веществ, 0,8% клетчатки, инулин, 0,7% минеральных солей, представленных главным образом соединениями калия (305 мг%), кальция (28 мг%), натрия (30 мг%), магния (19 мг%), фосфора (26 мг%), железа (2,1 мг%), алюминия (3,5 мг%), бора (1,05 мг%), марганца (0,2 мг%), титана (0,2 мг%), меди (0,17 мг%), стронция (0,5 мг%), селена (0,1 мг%).

Плоды абрикоса богаты витаминами: С (18–30 мг%), В₁ (0,03–0,1 мг%), В₂ (0,03–0,09 мг%), РР (0,43–0,71 мг%), В₄ (2,8 мг%), В₉ (9 мкг%), Е (0,11–0,9 мг%), а также каротином (1,72–10,86 мг%).

Калорийность абрикоса составляет в среднем 44 ккал/100 г мякоти.

В семенах абрикоса содержится 51% невысыхающего жирного масла, 2,5% сахара, 28% белка и витамин В₁₅ (пангамовая кислота). Семена абрикоса весьма ядовиты. В них содержится 8,40–8,43% гликозида амигдалина и 0,09–0,11% синильной кислоты. Под действием фермента эмульсина амигдалин разлагается на глюкозу, бензальдегид и цианистую кислоту, являющуюся сильнейшим ядом. Поэтому употреблять в пищу сырые семена абрикоса очень опасно. При нагревании эмульсин инактивируется (разрушается) – жареные, вареные или печеные семена абсолютно безвредны.

Плоды абрикоса стимулируют кроветворение и являются эффективным средством при малокровии. Показано, что 100 г абрикосов стимулируют кроветворение так же, как 40 мг железа или 250 г сырой печени. Благодаря наличию значительного количества витаминов (особенно провитамина А – каротина) абрикосы рекомендуют для профилактики и лечения гипо- и авитаминозов, особенно у детей.

В связи с высоким содержанием калия (305 мг% в свежих плодах и в 5–6 раз больше в сушеных) абрикос широко используется в лечебных диетах у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

По мнению индийских и пакистанских исследователей, употребление в пищу абрикосов и продуктов их переработки способствует продлению жизни. Наблюдение за питанием жителей княжества Хунза горной страны Ладакх и индийских Гималаев, где средняя продолжительность жизни составляет 85–90 лет, показало, что у них среди всех пищевых продуктов главное место занимает абрикос. Видимо, не случайно в Гималаях говорят: «И жена твоя не пойдет в страну, где не растут абрикосы».

Японцы применяют семена абрикоса при желудочно-кишечных заболеваниях, а также в качестве глистогонного средства. В тибетской медицине семена используют как противокашлевое и противорвотное средство.

Исследованиями последних лет установлено интересное свойство гликозида амигдалина, содержащегося в ядрах: он повышает сопротивляемость организма лучевому поражению. Это объясняется тем, что в небольших дозах этот сильнодействующий яд вызывает не гибель, а лишь кислородное голодание клеток, а в таком состоянии они более устойчивы к радиации.

В середине 1970-х гг. за рубежом из абрикосовых семян был получен лекарственный препарат «Лейтрил», который вроде бы излечивает рак. Основным действующим началом этого препарата является вышеупомянутый гликозид амигдалин. Исследования, проведенные в США на 75 тыс. больных, не выявили высокой противораковой активности «Лейтрила», хотя и не исключили его из списка вспомогательных средств, применяемых при онкозаболеваниях.

Сушеные плоды абрикоса применяют для устранения неприятного запаха изо рта. Свежие листья используют для очистки зубов, при зубных болях и для лечения стоматитов.

Для медицинских целей применяют абрикосовую камедь, которая представляет собой вы-

текающую из поврежденных стволов янтарную жидкость, застывающую на воздухе в виде светло-желтых твердых наплывов. Она содержит значительные количества глюкозы, арабинозы, глюкуроновой кислоты и применяется как обволакивающее, эмульгирующее средство.

Из ядер абрикоса получают горько-миндальное эфирное масло, применяемое в фармацевтической промышленности, а также жирное масло, часто несправедливо именуемое персиковым. Оно используется как растворитель при приготовлении инъекционных масляных растворов и мягких лекарственных форм (линиментов).

Поскольку абрикос богат калием, то употребление в пищу его плодов препятствует всасыванию в кишечнике радиоактивных калия и цезия.

Маски из свежей мякоти плодов – прекрасное средство при солнечных ожогах лица, дерматитах.

Плоды абрикоса употребляют в пищу в свежем виде, а также широко используют для приготовления компотов, варенья, джемов, пастилы, желе, цукатов, соков, вин и ликеров. Их сушат разрезанными, целыми с косточками, целыми с последующим удалением косточек, а иногда с вложенным вместо удаленной косточки сладким семенем абрикоса. Полученная продукция в первом случае называется курагой (резаной либо рваной), во втором – урюком, а в третьем – кайсой (без ядра и с ядром). Ядра абрикоса применяют в кондитерской промышленности (для приготовления марципанов и др.).

Древесина абрикоса по своим физико-химическим свойствам не уступает дубу и используется для изготовления различных столярных и токарных изделий. Из косточек плодов готовят активированный уголь и высококачественную тушь, из скорлупы – стойкую ковровую краску. Камедь используют для приготовления клея, жевательных резинок. В некоторых странах камедь абрикосов используют для склеивания древесины.

Абрикос – засухоустойчивое и жаровыносливое растение, хороший ранний медонос.

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

АВОКАДО (ПЕРСЕЯ АМЕРИКАНСКАЯ) – PERSEA AMERICANA MILL

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

Родиной авокадо является нагорье, находящееся по обе стороны мексиканско-гватемальской границы. Индейцы Центральной Америки познакомились с растением в глубокой древности и за необычный масляный вкус его плодов дали им название *Ahuacatl* – «лесное масло». Растение культивировалось аборигенами еще в III тысячелетии до н. э. Предполагают, что привычное нам название растения «авокадо» произошло от искаженного слова *Ahuacaquahuitl*, что в переводе означает «мужское яичко». По одной из версий, это связано с тем, что парно расположенные на ветках дерева плоды были похожи на мужские тестикулы. Аборигены использовали плоды растения при нарушениях потенции и для лечения бесплодия. В воспоминаниях испанских моряков, открывших Америку, имеются сведения, что о необычных свойствах авокадо они узнали от индейцев и активно использовали чудесные плоды перед встречами с прекрасными индианками.

В Европу авокадо были доставлены экспедицией Колумба, и их первоначально выращивали в оранжереях с декоративной целью. Имеются сведения о том, что растение впервые начали высаживать в грунт на юге Испании еще в 1601 г., однако промышленное возделывание авокадо как продукта питания началось в только в начале XX в. За относительно короткий период авокадо быстро распространилось по всему земному шару. В настоящее время растение выращивают во многих тропических и субтропических районах мира (Северная и Южная Америка, Африка, Азия, Австралия, Индонезия, Китай, Индия, Ближний Восток и Кавказ). Однако лидером в выращивании и экспорте авокадо является Мексика, на долю которой приходится около 25% мирового производства этих замечательных плодов.

Авокадо – быстрорастущее дерево, с прямым, сильно ветвящимся стволом высотой 10–20 м (семейство Лавровые – *Lauraceae*). Листья его имеют эллиптическую форму длиной до 35 см, опадают круглогодично. Цветки невзрачные, мелкие, обоеполые, белесовато-зеленоватые, собраны в метельчатые соцветия, расположенные в пазухах листьев.

Плоды – односемянные костянки, имеют грушевидную, овальную или шаровидную форму, крупные, весом 150–1600 г. Цвет кожицы у незре-

лого авокадо может быть светло-зеленый или темно-зеленый, у зрелого – чаще всего черно-фиолетовый или черно-бордовый. Мякоть зрелых плодов зеленого или желто-зеленого цвета, имеет нежную консистенцию, очень маслянистая, по вкусу немного напоминает сливочное масло с пюре из зелени с привкусом кедровых орешков. Плоды обычно собирают незрелыми, практически «каменными», поскольку в таком виде они легче переносят длительную транспортировку. Урожай составляет 150–200 кг с одного дерева. Размножается авокадо семенами, черенками и прививкой.

В мякоти плодов авокадо содержится до 40% жирного масла, состоящего примерно из 60% мононенасыщенных, 20% полиненасыщенных и 20% насыщенных жирных кислот. Помимо масла в плодах авокадо содержится 2,1–2,4% белков, 6–9% углеводов (глюкоза, фруктоза, манногептулоза, талогептулоза, аллогептулоза), 87,9 мг% фитостеролов (бета-ситостерол, кампестерол, сигмастерол), фосфолипидов, 3,65 мг% пищевых волокон. Минеральные вещества в мякоти представлены солями калия (438–485 мг%), фосфора (52 мг%), марганца (29 мг%), кальция (12 мг%), натрия (7 мг%) и меди (0,19 мг%). Белки авокадо богаты незаменимыми аминокислотами. Установлено, что в мякоти плодов содержится 170 мг% валина, 195 мг% лейцина, 155 мг% лизина, 110 мг% изолейцина, 110 мг% фенилаланина, 120 мг% треонина, 45 мг% метионина и 35 мг% триптофана.

Авокадо – поливитаминный продукт. В нем содержится 1,05–7,0 мг% каротиноидов (провитамин А), 80 мкг% тиамина (витамин В₁), 150 мкг% рибофлавина (витамин В₂), 1,1–1,74 мг% пантотеновой кислоты (витамин В₃), 14,2 мг% холина (витамин В₄), 1,1 мг% никотиновой кислоты (витамин В₅), 530 мкг% пиридоксина (витамин В₆), 2–6 мкг% биотина (витамин В₇), 45 мкг% фолиевой кислоты (витамин В₉), 13 мкг% аскорбиновой кислоты (витамин С), 1,9–5,2 мкг% витамина D, 1,3–2,0 мг% альфа-токоферолов (витамин Е), 19 мкг% филлохинонов (витамин К).

Плоды авокадо обладают высокой калорийностью, которая в основном обусловлена наличием в них высокого содержания жирного масла и составляет 180–245 ккал на 100 г мякоти. В 1998 г. авокадо было занесено в Книгу рекордов Гиннеса в номинации «Самый питательный фрукт».

В листьях, кожуре и семенах (косточках) авокадо содержится токсичный фитонцид персин, который по химической структуре похож на жирную кислоту. Он обладает выраженным фунгицидным эффектом, который защищает растение от патогенных грибков. Персин из семян проникает в мякоть плодов в крайне незначительных количествах, которые являются абсолютно безвредными для организма человека. При поедании листьев, коры и кожуры плодов авокадо животными может развиться тяжелое отравление, приводящее к угнетению функции центральной нервной системы, поражению сердца, легких и даже к смертельному исходу.

Существует три основные расы авокадо (мексиканское, гватемальское и вест-индийское), при скрещивании которых получено более 400 сортов. Они различаются формой и размером плодов, вкусом и цветом мякоти, кожурой, которая бывает гладкой или пупырчатой. За внешний вид кожуры плод авокадо во многих англоязычных странах называют «аллигаторова груша» (*Alligator pear*).

На прилавках Беларуси чаще всего можно встретить следующие сорта авокадо:

- хаас (*Haas*) – плод округлой формы, покрыт черной кожурой, с небольшой косточкой, мякоть нежная, желтого цвета, маслянистая, с ореховым вкусом; хорошо переносит транспортировку, отлично дозревает, редко чернеет и портится;

- фуэрте (*Fuerte*) – плод вытянутой формы, покрыт зеленой кожурой, мякоть бело-желтая, со сладко-сливочным вкусом, иногда со сметанным или сырным привкусом; более нестабилен в дозревании;

- эттингер (*Ettinger*) – плод каплеобразной формы, покрыт зеленой кожурой, с большой косточкой, мякоть мягкой консистенции, напоминает плавленый сыр, с выраженным фисташковым привкусом; отличается большим сроком хранения;

- пинкертон (*Pinkerton*) – плод удлиненно-грушевидной формы, покрыт зеленой пупырчатой кожурой, с маленькой косточкой, мякоть желтоватая, сочная, водянистая, высокой жирности, сладковатая, с нежным ореховым привкусом;

- семил 34 (*Semil 34*) – округлый плод весом около 1 кг, содержащий 65–70% мякоти, которая меняет вкус по мере созревания: у зрелого плода мякоть сочная, имеет свежий фруктовый вкус, ее можно намазывать на хлеб, мякоть перезревшего плода становится ярко-желтой, маслянистой, с выраженным ореховым привкусом; в отличие от других сортов авокадо этот сорт является морозостойким, плоды его могут длительно храниться без потери целебных свойств.

Авокадо обладает широким спектром фармакологической активности. В экспериментальных исследованиях, проведенных на крысах, была вы-

явлена высокая гастропротекторная и гепатопротекторная активность мякоти плодов. Полученные данные подтверждают древние традиции народов майя, инков и ацтеков, которые широко применяли плоды авокадо для лечения заболеваний печени и желудка.

У пациентов с сахарным диабетом 2-го типа плоды авокадо корректируют нарушение липидного профиля и стабилизируют уровень глюкозы в крови. В рандомизированных клинических исследованиях было установлено, что сочетанное применение авокадо и соевых бобов у пациентов с остеоартритом коленных и тазобедренных суставов не только снимало болевые ощущения, но и уменьшало продукцию медиаторов воспаления (интерлейкина-1 и простагландина E2) суставными хондроцитами, а также повышало синтез коллагена и экспрессию TGF- β (трансформирующего фактора роста β), ингибировало активацию плазминогена, оказывающего повреждающее действие на суставы. Комбинированное применение авокадо (1 часть) и сои (2 части) рекомендовано для лечения остеоартитов (особенно тазобедренных суставов), поскольку в таком сочетании достигается стойкое замедление развития воспалительного процесса.

Установлено, что авокадо обладает антиоксидантной активностью и защищает ДНК от повреждений. В клиническом испытании принимали участие 82 мужчины, которые работали пилотами или же совершали частые перелеты на большой высоте и поэтому получали большие дозы ионизирующего облучения, повреждающего ДНК и ускоряющего процессы старения. Установлено, что употребление плодов авокадо уменьшало повреждения ДНК и улучшало качество жизни испытуемых.

В экспериментах на животных установлена способность экстракта, полученного из косточек авокадо, предупреждать поражения слизистой оболочки желудка, вызванные нестероидными противовоспалительными средствами (индометацин, ацетилсалициловая кислота и др.).

Проведены разнообразные клинические исследования по изучению влияния плодов авокадо на состояние пациентов с выраженным метаболическим синдромом, характеризующимся увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, сопровождающихся нарушениями углеводного, липидного и пуринового обмена, а также развитием артериальной гипертензии. Анализ полученных результатов свидетельствует о позитивном влиянии ежедневного употребления плодов авокадо на различные звенья метаболического синдрома: корректирует нарушения липидного профиля и уменьшает отложение жира на животе, снижает повышенный уровень сахара в крови и предупреждает развитие неврологических осложнений сахарного диабета.

Целебные свойства растений

Установлено, что сахароснижающее действие оказывает не только мякоть плодов, но и листья растения, поэтому в традиционной медицине жителей многих тропических и субтропических стран при лечении сахарного диабета 2-го типа применяют настои и отвары, приготовленные из опавших листьев авокадо. Кашица, приготовленная из листьев, используется для лечения гнойных ран, а также грибковых заболеваний кожи и слизистых оболочек. Несмотря на высокую калорийность плодов авокадо, их употребляют с целью снижения массы тела. В клинических исследованиях, проведенных в разных странах, было установлено, что ежедневное употребление 100–200 г мякоти плодов авокадо уменьшало у испытуемых чувство голода и вызывало ощущение сытости. Показано, что при этом наблюдалось повышение уровня специфического гормона РYY (панкреатический пептид YY), оказывающего ингибирующее влияние на секрецию желудочного и панкреатического сока, желчевыделение, угнетающего перистальтику желудочно-кишечного тракта и подавляющего аппетит. Полагают, что уменьшение аппетита обусловлено также наличием в плодах авокадо легкоусвояемых углеводов, прежде всего манногептулозы. Важную роль в этом процессе играют мононенасыщенные жирные кислоты, которые не только уменьшают чувство голода, но и активируют специфический белок PPAR-альфа, который способен сжигать жир, накопившийся в области живота, бедер и ягодиц.

При ежедневном употреблении в пищу мякоть авокадо, богатая мононенасыщенными жирными кислотами, вызывает снижение содержания общего холестерина (на 8,2%), липопротеинов низкой плотности и аполипопротеина В. Поэтому употребление плодов рекомендуется лицам, страдающим атеросклерозом. Плоды авокадо стабилизируют функцию центральной нервной системы, снимают усталость, сонливость, раздражительность, повышают работоспособность и активируют внимание.

В народной медицине настоями и отварами из семян и кожуры плодов лечат диарею, паразитарные заболевания, вызываемые гельминтами и амебами. Кору дерева используют для полосканий при воспалительных поражениях полости рта и горла, а также для спринцевания влагалища. Молодые побеги применяют в качестве отхаркивающего средства. Измельченные семена авокадо жители многих тропических и субтропических стран применяют для ослабления зубных и ревматических болей. В косметологии масло авокадо применяют для ухода за кожей в качестве питательных масок, а также широко используют при лечении акне, себореи, оно успешно снимает проявления воспаления, отечности и следов усталости. С глубокой древности и до настоящего времени плоды авокадо заслуженно пользуются

славой одного из наиболее эффективных растительных афродизиаков.

Плоды авокадо обычно употребляют в пищу в холодных закусках в качестве монопродукта, а также в сочетании с рыбой, сыром, мясом птицы, приправами, овощами, лаймовым или лимонным соком, репчатым луком и солью (по вкусу). Используют их для приготовления вегетарианских блюд, коктейлей, кремов. У некоторых людей может встречаться непереносимость авокадо, чаще всего проявляющаяся аллергическими реакциями со стороны кожи и слизистых оболочек, а иногда и кишечными расстройствами. С осторожностью следует употреблять плоды авокадо беременным и кормящим женщинам.

При покупке авокадо следует определять степень их зрелости. Необходимо обращать внимание на наличие темных пятен на кожуре, которые свидетельствуют, что плод начинает портиться. Если авокадо твердое, а кожура совсем не продавливается, то это означает, что плод не созрел, а если она очень мягкая, рыхлая – перезрел. Важно помнить, что при оценке мягкости плода не следует надавливать на кожуру пальцами, чтобы не оставить на ней вмятины, а рекомендуется сдавливать его всей ладонью. Убедиться в зрелости плода авокадо можно и по состоянию плодоножки. У зрелых плодов она легко отделяется, однако самостоятельно не отваливается. При выборе авокадо важно обращать внимание и на цвет кожицы под плодоножкой, поскольку по нему можно судить о цвете мякоти. Если кожица светло-желтая или немного зеленоватая, то и мякоть плода будет зеленой.

Поскольку в магазинах чаще всего продаются плоды недозрелые, то им приходится дозревать в домашних условиях. С этой целью их помещают в закрытый бумажный пакет без дырок (чтобы удержать выделяющийся этилен) и сохраняют в темном месте при комнатной температуре. Процесс созревания длится 2–5 суток. Зрелые плоды можно хранить в холодильнике не более 5 суток. При длительном хранении плоды начинают темнеть, теряют свежесть и аромат. Важно знать, что неспелые плоды авокадо хранить в холодильнике нельзя, поскольку там они не дозреют, а лишь испортятся. Перед употреблением плод необходимо вымыть с помощью щетки (на кожуре могут иногда находиться патогенные бактерии *Listeria monocytogenes*), разрезать острым ножом, извлечь косточку и очистить мякоть от кожуры или выскоблить ее ложкой. Подготовленный плод необходимо сразу съесть или использовать для приготовления различных блюд. При хранении на воздухе мякоть быстро темнеет и теряет свои свойства.

Косточку плода после очищения от внешней кожицы можно использовать для выращивания авокадо в домашних условиях.