

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

И. В. Василевский

С. Ю. Данилкович

А. М. Дашкевич

Н. И. Доста

Л. Э. Кузнецова

А. Е. Кулагин

Т. В. Матвейчик

В. К. Милькаманович

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 01.06.2022

Тираж 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», 2022

Научно-практический журнал
для специалистов
со средним
медицинским
образованием

3(141)

май – июнь, 2022

Издается с 1999 года
Выходит 1 раз в 2 месяца

Учредитель: учреждение «Редакция журнала «Здравоохранение»

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции _____ 2

Тема номера

Л. Э. Кузнецова

Роль фельдшера в прегравидарной подготовке
и ведении физиологической беременности _____ 3

Наблюдение, реабилитация и уход

В. К. Милькаманович

Сестринская медико-социальная помощь пациентам
пожилого и старческого возраста с саркопенией _____ 9

Обмен опытом

С. А. Климук, В. П. Котов

Система контроля стула – новое слово в уходе
за тяжелыми пациентами отделений интенсивной
терапии и реанимации _____ 17

Трибуна преподавателя

И. О. Стома, Е. К. Корсак

Особенности вакцинации пожилых людей от COVID-19 _____ 20

А. Н. Санько

Основные направления и пути повышения качества
подготовки обучающихся _____ 23

К. С. Куделко

Симуляционное обучение как фактор формирования
профессиональных компетенций обучающихся _____ 30

Школа само- и взаимопомощи

В. К. Милькаманович

Как бороться с профессиональной усталостью _____ 26

Простая кулинария _____ 29

Дорогие коллеги!

Сердечно поздравляем вас с Днем медицинского работника! От всей души желаем крепкого здоровья, благополучия и творческих успехов. Пусть уверенность в своих силах, профессионализм, благодарные пациенты, интересные замыслы и свершения будут вашими постоянными спутниками!

Дети наследуют от родителей не только гены и особенности внешности, но зачастую и профессии. Семейные профессиональные династии – это не только передача знаний, опыта, секретов мастерства от поколения к поколению, но и особая атмосфера, в которой дети принимают решение пойти по стопам родителей. В медицине наследственное служение принято с античных времен. Отец медицины Гиппократ – потомок целителей в 17-м поколении, реформатор медицинских знаний Парацельс – сын лекаря, основоположник анатомии, А. Везалий из рода ученых-медиков. Утратив свою роль во многих сферах трудовой деятельности, семейная преемственность в медицине сохраняется до сих пор. Династии Боткиных, Бехтеревых, Вишневских являются гордостью не только отечественной, но и мировой медицины. Потомственные медики составляют около половины трудовых ресурсов системы здравоохранения, представляя наиболее стабильную ее часть, и понятно почему – с детства ребенок живет в медицинской системе координат, впитывает разговоры, заботу, любовь и преданность делу своих родителей.

«Династийность» позволяет уменьшить приход в медицину случайных людей и является одним из важных резервов укомплектования здравоохранения квалифицированными специалистами. Потомственные медики демонстрируют большую приверженность профессии, лучше к ней адаптированы, знают больничную жизнь не понаслышке, видят, как напряженно, а порой самоотверженно трудятся их родители. Образование будущих медиков начинается задолго до поступления в медицинский вуз или колледж и имеет дополнительные преимущества – они приходят в профессию «нагруженные» багажом знаний и опыта нескольких поколений, что ускоряет процесс становления специалиста. Профессия для «династийных» медиков становится семейной ценностью, реликвией, способствуя сохранению верности медицинскому делу. Вместе с тем идеализировать феномен «династийности» не следует. Семейные отношения совсем не обязательно гарантируют успех на профессиональном поприще, хотя и содействуют этому. Прирожденных медиков не бывает, это особая профессия, постижение которой приходит с годами, как и осознание – твое ли это занятие. В юном возрасте далеко не каждый поймет, каких жертв требует эта специальность, какую ответственность придется нести, выбор может быть подражанием, а не обдуманном шагом. Врач, медсестра поневоле – это несчастный человек, и свое несчастье он понесет к постели страдающего пациента. Какую помощь он будет оказывать?

У нединастийных медиков базисом профессиональной деятельности являются только личный опыт и ориентация на свои знания, однако если они становятся лидерами, то настоящими. Для первопроходцев требуется сильный характер. Кого не устраивает накатанная колея? Непослушных, независимых, решительных. Они самостоятельно определяют свой профессиональный путь, рассчитывая только на упорство и личные способности.

В советское время больше половины «врачебных» детей шли по стопам родителей, теперь их значительно меньше. Снижается авторитет профессии, существует немало более легких и доходных специальностей, а если и идут в медицину, приоритет лечебного факультета сменился выбором стоматологического или фармацевтического.

Глобальная трансформация социального устройства в XXI в. приводит к ослаблению духовного иммунитета, современная общественная система стремительно утрачивает принципы нравственности. Меняются ценности, появились новые приоритеты, раньше это были совесть, мораль, перспектива длинного рубля не заполняла мысли и душу. Теперь на смену пришли расчет и прагматизм, скептическое отношение к таким понятиям, как «скромность» и «бескорыстие». Этот дух проникает в медицину, профессия медика теряет присущие ей благородство и интеллигентность, семейные династии начинают приобретать сходство с родственно-медицинскими кланами: родитель продвигает свое дитя, способствует защите диссертации и карьерному росту, случается, должности передаются по наследству, как трон.

Возникает вопрос: медицинские династии – это хорошо или плохо? Ответ неоднозначен – они неизбежны. Но вот что обращает на себя внимание: наследники династий со временем как-то мельчают, нет в них Божьей искры, яркости, напора и самобытности, что было так свойственно их основателям – сильным, неординарным личностям. Вероятность наследования творческих способностей невелика, талант – редкий дар судьбы. За более легкое попадание в профессию надо платить, оправдать громкую фамилию, не остаться в тени, а это под силу далеко не каждому. Быть может, подавляют слава и авторитет предков, и потому они тускнеют. Или действительно природа отдыхает на детях и внуках?

С уважением,
профессор

Ю. К. Абаев



Кандидат медицинских наук Л. Э. Кузнецова

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ И ВЕДЕНИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Белорусский государственный медицинский колледж

Прегравидарная подготовка – комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на оценку состояния здоровья и подготовку половых партнеров к зачатию, последующему вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка; обеспечение оптимального уровня их физической и психологической готовности к наступлению беременности на основе оценки факторов риска (медицинских, социально-экономических, культурных и др.) и проведение мероприятий по уменьшению или устранению их воздействия.

Таким образом, прегравидарная подготовка – это мероприятия, направленные на минимизацию рисков при реализации репродуктивной функции конкретной супружеской пары. Она необходима обоим будущим родителям, поскольку мужчина и женщина в равной степени обеспечивают эмбрион генетическим материалом и совместно несут ответственность за здоровье ребенка. Главная задача прегравидарной подготовки – скорректировать имеющиеся нарушения здоровья родителей с тем, чтобы пара вступила в гестационный период в наилучшем состоянии здоровья и полной психологической готовности.

Для всех без исключения женщин, планирующих беременность, обязателен прием фолатов в суточной дозе 400–800 мкг не менее чем за 3 месяца до наступления беременности и как минимум на протяжении всего I триместра (до 12-й недели беременности).

Общеизвестно, что дефицит фолатов вызывает нарушение эмбриогенеза и формирование внутриутробных пороков развития: диагностируют пороки сердечно-сосудистой системы, часть которых может быть предотвращена путем коррекции фолатного дефицита.

Другие последствия дефицита фолатов: пороки развития головного мозга, не связанные с дефектом нервной трубки (ДНТ), синдром Дауна, аномалии конечностей, ушей, мочевыделительной системы, в том числе незаращение нервной трубки. В группу ДНТ входят помимо *spina bifida* (незаращение дужек позвонков) анэнцефалия, грыжи

мозговых оболочек, спинного и головного мозга (менингоцеле, менингомиелоцеле, энцефалоцеле, энцефаломиелоцеле), нередко несовместимые с жизнью.

Всем женщинам, планирующим беременность, обязательно получать не менее 150 мкг йода в сутки (оптимально в составе витаминно-минеральных комплексов). Проживание в эндемичном по йододефициту районе служит показанием к увеличению профилактической дозы йода: женщинам – 250 мкг/сут, мужчинам – 100 мкг/сут. Альтернативой увеличению профилактической дозировки йода может быть использование йодированной соли. Йод необходим для нормального развития щитовидной железы и мозга плода. В популяциях с йододефицитом отмечают высокий уровень эндемического кретинизма, врожденных заболеваний щитовидной железы.

Женщинам, готовящимся к зачатию, желательно получать витамин D в профилактических дозах, поскольку Беларусь эндемична по его недостатку: из-за малого пребывания населения на солнце, а также из-за характеристик солнечного света. Лицам в возрасте 18–50 лет для профилактики дефицита витамина D следует получать его в дозе не менее 600–800 МЕ/сут. При наступлении беременности дозу необходимо увеличить до 800–1200 МЕ/сут.

Роль фельдшера в ведении физиологической беременности

В настоящее время роль специалистов среднего звена (акушерки, фельдшера-акушера) велика: они осуществляют наблюдение, обследование рожениц, родильниц, новорожденных; обеспечивают неотложную помощь, выполняют лечебно-диагностические назначения врача.

При ведении физиологической беременности современные акушерки проводят диспансеризацию и патронаж беременных и родильниц; проводят физиопсихопрофилактическую подготовку беременных к родам, обучают мерам по профилактике осложнений беременности, родов и послеродового периода; оказывают лечебно-диагностическую помощь при физиологической беременности,

родах, послеродовом периоде; оказывают акушерское пособие при физиологических родах; проводят первичный туалет новорожденного, оценивают и контролируют динамику его состояния, осуществляют уход и обучают родителей уходу за новорожденным; рекомендуют лекарственные средства самостоятельно и по назначению врача; информируют пациентов по вопросам охраны материнства и детства; проводят санитарно-просветительную работу по вопросам планирования семьи; оказывают доврачебную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.

Выявление беременных проводится при обращении женщин в родовспомогательные учреждения, при профилактических осмотрах, во время патронажа – посещения беременной на дому акушеркой. Патронаж бывает активным, пассивным, целевым. Активный патронаж – посещение на дому беременной без ее вызова. Пассивный патронаж – посещение на дому беременной по ее вызову. Целевой патронаж – посещение на дому беременной с целью ознакомления с условиями быта, поддержки в обеспечении благополучного течения беременности и ухода за новорожденным.

Цели и задачи динамического наблюдения беременных в амбулаторных условиях

Всем беременным проводится антенатальное (динамическое) наблюдение. Динамическому наблюдению подлежат все беременные, начиная с ранних сроков беременности (желательно до 12 недель беременности).

Благодаря наблюдению беременных с ранних сроков беременности возможно:

- провести полный объем обязательных исследований для решения вопроса о целесообразности пролонгирования (сохранения) беременности;
- выявить состояние риска перинатальной патологии;
- своевременно провести мероприятия по профилактике и лечению состояний и заболеваний, приводящих к перинатальным потерям;
- своевременно оказать медицинскую помощь как при физиологическом течении беременности, так и при осложненном течении;
- своевременно направить нуждающихся пациенток на вышестоящий уровень оказания акушерской помощи;
- точно определить дородовой отпуск;
- снизить показатели преждевременных родов, перинатальной, материнской заболеваемости и смертности.

Цели дородового наблюдения:

- выявление состояния риска перинатальной патологии;

- проведение мероприятий по профилактике и лечению состояний и заболеваний, приводящих к перинатальным потерям;
- оказание неотложной помощи беременным, родильницам, роженицам и новорожденным;
- поддержка и психологическая подготовка к беременности, рождению ребенка, материнству, грудному вскармливанию;
- наблюдение за течением беременности, обеспечение здоровья и благополучия матери и плода;
- своевременное определение отклонений от нормы, лечение или направление на госпитализацию при необходимости;
- создание доверительных отношений с акушеркой, ведущей беременность;
- предоставление женщине полной информации для принятия ею осмысленных решений;
- активное вовлечение членов семьи женщины в проблемы беременности, поощрение поддерживающей роли;
- дифференцированный подход к срокам и способам родоразрешения.

Гигиена беременных. Режим

Беременная должна соблюдать правила гигиены, которые будут способствовать нормальному развитию плода, профилактике осложнений беременности, родов и сохранению здоровья самой женщиной.

При нормальном образе жизни существенных изменений в общий режим вносить не требуется. Здоровые беременные могут выполнять привычную умственную и физическую работу. Общеизвестно, что двигательная активность необходима для нормального обмена веществ. Гиподинамия, наоборот, способствует ожирению, снижению тонуса мышечной системы, нарушению функции кишечника, слабости родовой деятельности и другим осложнениям. Однако беременным рекомендуют избегать повышенных нагрузок, вызывающих физическое и умственное переутомление.

В Республике Беларусь согласно законодательству беременных запрещено привлекать к работе в ночное время, сверхурочной работе и работе, связанной с подъемом тяжестей, вибрацией, воздействием высоких температур, радиацией, рядом химических веществ, способных оказать вредное влияние на организм матери и плода.

Врач и фельдшер-акушер рассказывают беременным о целесообразности:

- прогулок на свежем воздухе в любое время года: продолжительность, темп и время ходьбы рекомендованы согласно возрасту, состоянию здоровья беременной и степени тренированности;
- достаточного количества сна – не менее 8 ч/сут;
- прогулок перед сном и поддержания оптимальной температуры воздуха в комнате;

- половой гигиены;
- воздержания от половой жизни в течение первых 2–3 месяцев и последних месяцев беременности;
- ухода за кожей во время беременности, который осуществляется за счет принятия душа и обтираний, что благотворно влияет на выделительную и дыхательную функции кожи;
- санирования всех очагов инфекций (кариес, тонзиллит, кольпит и др.);
- воздушных и солнечных ванн здоровым беременным.

Активностью считаются любые движения тела, производимые опорно-двигательным аппаратом, включая ходьбу, работу по дому, физический труд и спорт. Физическая активность необходима человеку на протяжении всей жизни, поскольку малоподвижный образ жизни является одним из факторов риска развития заболеваний, например ожирения. Беременным женщинам подходят физические нагрузки средней интенсивности, без упражнений на развитие выносливости и силы. Интенсивность тренировок должна быть такой, чтобы при выполнении упражнений беременная могла спокойно разговаривать.

Физическая активность во время беременности благотворно влияет как на здоровье матери, так и на здоровье ребенка: снижает риск гестационного диабета, преэклампсии, помогает регулировать прибавку в весе, способствует психоэмоциональному здоровью. Беременной женщине рекомендуют активно проводить каждый день, что включает обычную повседневную активность, а также целенаправленные тренировки, за исключением случаев, когда имеются медицинские противопоказания. Не рекомендуется заниматься новыми видами физической активности, отличающимися от тех, которыми беременная женщина не занималась ранее. Не рекомендуются виды спорта с угрозой падения или получения травмы (спортивная борьба, прыжки, ныряние). Лучше обратить внимание на виды спорта, в которых задействованы различные группы мышц: езда на велосипеде, плавание, акваэробика, пеший туризм, прогулки, скандинавская ходьба. Регулярные занятия на открытом воздухе помогают обеспечить необходимый уровень витамина D.

Рациональное питание беременных, роль витаминов и микроэлементов в развитии плода и течении беременности

На развитие беременности, здоровье матери и ребенка влияет полноценное сбалансированное питание:

- рацион питания должен включать в себя все группы продуктов;
- в каждой группе продуктов следует выбирать полезные продукты;

- в каждой группе продуктов должно быть разнообразие;
- предпочтение нужно отдавать местным продуктам, сезонным фруктам, ягодам и овощам;
- рекомендуемые продукты следует употреблять в пищу в количестве, которое определяется индивидуально для каждой беременной в зависимости от массы тела, физической активности и возможных проблем с обменом веществ.

Зерновые культуры должны составлять более половины рациона беременной. В группе зерновых продуктов предпочтение следует отдавать продуктам из цельного зерна. Цельнозерновые продукты и картофель являются источником сложных углеводов. В них содержится значительное количество витаминов, минералов и пищевых волокон. При приготовлении этих продуктов не рекомендуется добавлять слишком много жира (например, не следует жарить картофель во фритюре).

Овощи и фрукты являются источником витаминов, минералов и антиоксидантов. В день рекомендуется съедать, по крайней мере, пять порций фруктов и овощей (минимум 400–500 г), причем овощей должно быть больше. Надо следить за тем, чтобы не менее половины овощей были сырыми, термически не обработанными, кроме того, необходимо сократить потребление консервированных, соленых и сильно обжаренных в большом количестве жира овощей. Большинство фруктов должны быть свежими, а употребление консервированных фруктов следует ограничить. Необходимо отдавать предпочтение 100%-м сокам вместо сокосодержащих напитков и нектаров, в которых доля фруктов меньше, но при этом добавлены сахара, подсластители и другие нежелательные вещества.

Особенно рекомендуют к употреблению молочные продукты, поскольку они являются источником белка, кальция, йода и других питательных веществ. Тем не менее следует избегать жирных молочных продуктов и сладких йогуртов, которые содержат много сахара или искусственных подсластителей. Предпочтение отдается неподслащенным кисломолочным продуктам (кефиру, пахте, натуральному йогурту). Творог является ценным источником белка (надо знать, что в зернистом твороге есть соль). Сыр тоже относится к важным источникам белка и кальция, однако из рациона следует исключить сырные изделия, так как они могут содержать трансжиры.

При выборе белковых продуктов предпочтение отдается постному мясу и яйцам. Мясо является важным источником железа. Рекомендуется щадящий способ приготовления мяса: тушение, запекание в духовке; нельзя допускать образования румяной корочки. Следует избегать таких мясных изделий, как колбасы, копчености и ветчина, поскольку содержание в них белка значительно мень-

ше, но при этом они содержат много соли и жира и зачастую нежелательные пищевые добавки. Рыба является важным пищевым источником омега-3 жирных кислот и витамина D. Рыбу рекомендуют употреблять в пищу два раза в неделю, причем один раз – жирную.

При выборе растительного масла важно отдавать предпочтение маслам с достаточным количеством мононенасыщенных жирных кислот (оливковое и рапсовое масло), а также льняному маслу, богатому омега-3 жирными кислотами. Хорошим источником белка также являются продукты растительного происхождения: бобовые (бобы, чечевица, горох), орехи, семена.

Таким образом, важно придерживаться полноценного и сбалансированного рациона питания.

Дополнительно следует принимать:

- препараты йода – в дозе 150 мкг/сут, начиная с планирования беременности и в течение всего периода беременности и лактации;
- фолиевую кислоту – 400 мкг/сут, начиная с планирования беременности до полных 12 недель беременности;
- витамин D в зимний период – 20 мкг/сут;
- железосодержащие препараты – только по показаниям;
- омега-3 жирные кислоты, если в пищу не употребляется рыба.

При планировании беременности, а также во время беременности и в период лактации нельзя употреблять алкоголь, наркотические и психотропные вещества, табачные изделия.

Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам

Целью физиопсихопрофилактической подготовки к родам является устранение отрицательных эмоций и страха перед родами, формирование положительных эмоций и активного участия роженицы в родах.

Местом проведения занятий является женская консультация, в которой есть специально оборудованная комната. Занятия проводят с использованием наглядных пособий и инструментов малыми группами по 5–6 человек, количество занятий не менее пяти. Как правило, занятия проводит специально подготовленная акушерка или акушер-гинеколог по примерно составленному плану:

- первое занятие – рассматриваются анатомо-физиологические особенности женских половых органов, изменения в организме беременной в связи с беременностью и анатомо-физиологическими особенностями плода;
- второе занятие – дается понятие о родовом акте, предвестниках и механизме раскрытия шейки матки, беременных обучают методам самообезболивания и правильного дыхания:

1-й прием – правильное, равномерное и глубокое дыхание во время схватки: вдох – через нос, выдох – через рот, и наоборот;

2-й прием – вдох и выдох во время схватки сочетаются с поглаживанием переднебоковых поверхностей живота;

3-й прием – прижатие большими пальцами рук передневерхних остей подвздошных костей;

4-й прием – поглаживание кожи в крестцово-поясничной области;

5-й прием – прижатие кулаками точек, которые соответствуют наружным углам ромба Михаэлиса;

- третье занятие – дается информация о первом периоде родов и поведении роженицы в периоде раскрытия, об удобных позах и расположении роженицы, о присутствии партнера при родах.

- четвертое занятие – дается информация о втором периоде родов и поведении роженицы в этом периоде; акушерка знакомит беременных с акушерским пособием и важности расслабления мускулатуры в момент прорезывания головки плода;

- пятое занятие – беременные знакомятся с течением и ведением послеродового и раннего послеродового периодов;

- шестое занятие – беременные получают необходимые сведения о порядке приема в родильном доме, правилах асептики и антисептики, соблюдении этих правил в родах и послеродовом периоде, необходимых манипуляциях в родах (влагиальное исследование, осмотр мягких родовых путей после родов);

- седьмое занятие – беременные получают необходимые сведения о течении послеродового периода, его осложнениях и их профилактике, а также по уходу за новорожденным, о правилах грудного вскармливания, методах контрацепции.

Всех беременных знакомят с правами женщин в родах согласно рекомендациям ВОЗ:

1. Право на комфортное поведение в родах (возможно любое положение: стоя, на коленях, сидя на корточках).

2. Право на информированность и психологическое благополучие. Информация о практикуемых методах в выбранной женщиной больнице (роддоме) и статистика данного учреждения должны быть в открытом доступе. Свободное посещение одного из родственников во время и после родов.

3. Право быть с новорожденным и кормить его грудью.

4. Право на квалифицированную и бережную помощь. Кесарево сечение применяется в среднем не более чем в 10% случаев. Нет показаний к тому, чтобы сбрасывались волосы на лобке или ставилась клизма перед родами. Необходимо, чтобы во время схваток женщины могли ходить. Каждая женщина должна свободно решать, какое положение ей

принять во время родов. Во время родов следует избегать применения болеутоляющих и анестезирующих препаратов без соответствующих медицинских показаний.

5. Право на раннюю выписку. Время выписки из роддома должно определяться в зависимости от состояния матери и ребенка, желаний родителей и поддержки на дому.

Партнерство в родах

Беременность является особым периодом в жизни семьи и прежде всего в жизни женщины. Готовиться к родам рекомендуют как физически, так и психологически. Еще в 1971 г. на Международном конгрессе психосоматической медицины были приведены доказательства преимущества партнерских родов, которые в Беларуси стали практиковаться с 1990 г.

Партнерские роды – это роды, в которых наряду с медицинскими работниками учреждений, где рожает женщины, участвует выбранный роженицей партнер. Целью партнерских родов является психологическая поддержка женщины. Согласно рекомендациям FICO (2012), рекомендовано участие одного из сопровождающих лиц по выбору женщины. Партнером может быть муж, сестра, мама, подруга, родственник роженицы. Исследования показали, что в 90% случаев партнером является супруг, в 10% – родственники или подруга.

По рекомендациям ВОЗ присутствие партнера в родах рекомендовано всем женщинам.

Присутствие партнера оберегает от чувства страха и укрепляет взаимопонимание пары. В настоящее время семейно-ориентированные роды вызывают много споров, но в них очень много положительного. Преимущество партнерских родов – это колоссальная поддержка беременной во время родов; осознание присутствия рядом близкого человека дает беременной женщине силы даже в те минуты, когда они на исходе. Подготовленный партнер может оказать физическую помощь, помогая женщине находиться в удобной позе во время схваток, сделать ей массаж, напомнить про технику дыхания. Рожать вместе – означает доверять друг другу

Использование партнерской поддержки во время беременности значительно снижает уровень воспринимаемой боли в родах, повышает стрессоустойчивость организма в целом. Партнерство во время беременности достоверно снижает частоту таких осложнений, как невынашивание, преэклампсия, гестационная артериальная гипертензия. Партнерские отношения в родах приводят к достоверному снижению назначения медикаментозных средств. Партнерская поддержка в родах больше способствует естественному родоразрешению, а также уменьшению продолжительности родов, отмечается меньшее количество осложнений в родах.

В Беларуси для осуществления партнерских родов необходимо соблюсти следующие условия: партнер должен обязательно пройти курсы по подготовке к родам с партнером и получить сертификат; должен быть здоров на момент родов, что подтверждается документом о прохождении флюорографии и справкой о состоянии здоровья от терапевта; должен иметь паспорт.

В постановлении Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 73 об утверждении Санитарных норм и правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях» отражены следующие требования к партнерам в родах: присутствие других лиц при родах допускается с разрешения лечащего врача-специалиста; при отсутствии у партнера инфекционного заболевания; в соответствии с правилами внутреннего распорядка роддома; в чистой сменной одежде, обуви, халате, головном уборе, маске и бахилах.

Вовлечение партнера в родах показало положительное влияние на исходы родов:

- большая вероятность спонтанных вагинальных родов;
- сокращение продолжительности родов;
- менее негативное восприятие родов;
- меньшая необходимость в болеутоляющих;
- меньшая вероятность хирургических вмешательств (щипцы, вакуум);
- меньшая вероятность кесаревых сечений;
- уменьшение числа новорожденных с низкой оценкой по шкале Апгар.

Партнерские отношения на протяжении всей беременности и продолжающиеся в родах являются наиболее оптимальными, приводят к снижению осложнений как во время беременности, так и в родах, обеспечивают психоэмоциональный комфорт и уверенность в благополучном исходе.

Мотивация и подготовка к грудному вскармливанию

Все беременные должны обладать базовой информацией о грудном вскармливании. ВОЗ рекомендует консультировать беременных женщин и членов их семей в отношении преимуществ и техники грудного вскармливания во всех медицинских учреждениях, оказывающих родовую помощь. Предоставление информации о грудном вскармливании и консультирование является прямой обязанностью медицинских учреждений.

Просвещение по вопросам грудного вскармливания должно включать информацию:

- о важном значении грудного вскармливания;

Тема номера

- о рисках, сопряженных с кормлением детскими смесями и другими заменителями грудного молока;
- о контакте матери и ребенка кожа к коже, на-чале грудного вскармливания;
- о совместном пребывании матери и новорожденного в одной палате;
- о трудностях, с которыми женщина может столкнуться (например, это может быть отечность молочных желез или субъективное ощущение, что вырабатывается мало молока);
- о том, как решать возникшие проблемы;
- национальные рекомендации и профессиональные советы медицинских работников в отношении кормления детей грудного возраста.

Беременных обучают таким практическим навыкам, как выбор удобной позы для кормления и прикладывание к груди, кормление по требованию ребенка, умение распознать сигналы и реакции ребенка при потребности в кормлении. Информацию о грудном вскармливании должны получать также члены семьи беременной женщины.

При дородовом консультировании по вопросам грудного вскармливания важно ориентироваться на индивидуальные потребности женщины и ее семьи, давать ответы на любые возникающие вопросы и реагировать на то, что вызывает у них беспокойство:

- консультирование должно быть деликатным и учитывать социальную и культурную специфику семьи;
- беседы рекомендовано проводить уже с первого или второго посещения женской консультации;
- информация о грудном вскармливании должна предоставляться различными способами: на бумажном носителе или в интернете; консультирование в процессе личного общения (один на один), в небольших группах.

Необходимо отметить, что первое молоко матери, которое новорожденный потребляет сразу после родов, называемое молозивом, чрезвычайно богато питательными веществами, многими важными антигенами и защитными иммунными факторами. Количество молозива, которое получает новорожденный в первые несколько кормлений, очень невелико. Раннее начало сосания груди имеет важное значение для стимулирования выработки и обеспечения поступления материнского молока.

При телесном контакте матери и ребенка кожа к коже сразу после родов и в течение как минимум

первых 2 ч после родов следует соблюдать благо-разумную бдительность и меры предосторожности, чтобы медицинские работники могли следить за появлением каких-либо причиняющих страдание симптомов, оценить их и помочь от них избавиться. Потребуется более пристально наблюдать за матерями, которые испытывают сонливость, на-ходятся под действием анестезии или лекарственных препаратов. Если мать еще не совсем отошла и у нее несколько замедленная реакция, рядом с ней должен находиться медицинский работник или кто-то из членов семьи, чтобы малыш не полу-чил случайную травму.

Использованная литература

1. *О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-ХІІ (ред. от 16.06.2014 № 164-З).*
2. *Организация равноуровневой системы акушерско-гинекологической и перинатальной помощи в Республике Беларусь: Инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2019 г. – 49 с.*
3. *Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии: клинический протокол: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 № 17.*
4. *Малевич Ю. К. Справочник врача женской консультации. – Минск, 2014. – 415 с.*
5. *Малевич Ю. К. Акушерство и гинекология: учеб. пособие. – Минск, 2020. – 511 с.*
6. *Надлежащее питание до и во время беременности – основа здорового начала жизни. Рекомендации для медицинских работников: опыт Латвии. – 2016. – 40 с.*
7. *Руководство по осуществлению: защита, со-действие и поддержка грудного вскармливания в медицинских учреждениях, обслуживающих ма-терей и новорожденных: пересмотренная иници-атива по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания. – ВОЗ, 2018. – 80 с.*
8. *Организация медицинской помощи женщи-нам и детям: учеб.-метод. пособие. – Гомель, 2012.*
9. *Прегавидарная подготовка: клинический протокол. – Москва, 2020.*
10. *Уход во время беременности, родов, по-слеродового периода и уход за новорожденным: руководство для эффективной практики. – ВОЗ, 2005. – 342 с.*



Профессор В. К. Милькаманич

СЕСТРИНСКАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С САРКОПЕНИЕЙ

Белорусский государственный университет

Издrevле и по настоящее время неизбежными атрибутами старого человека считаются его ослабленность и медлительность, дряблость кожи, истончение мышц, пониженная физическая работоспособность. Все эти признаки в 1989 г. были объединены под одним термином – «саркопения». Использовать такое название предложил американский профессор И. Розенберг, чтобы описать возрастное атрофическое дегенеративное изменение скелетной мускулатуры, приводящее к постепенной потере мышечной массы и силы.

Реалии современного образа жизни, значительное снижение физической активности, несбалансированное питание, высокий уровень стресса приводят к потере мышечной массы не только у пожилого поколения, но и у людей в более молодом возрасте.

В 2016 г. саркопения как заболевание мышц была официально включена в МКБ-10 (код М62.84). В 2019 г. Европейская рабочая группа по саркопении у пожилых людей обозначила саркопению как прогрессирующее и генерализованное заболевание скелетных мышц, связанное с повышенной вероятностью неблагоприятных исходов, включая падения, переломы, ограничение физических возможностей и смертность. При взаимосвязи саркопении и остеопороза риск развития переломов в случае падений и травм многократно повышается.

Основными критериями саркопении в современном определении являются:

- 1) мышечная слабость;
- 2) низкое количество мышечной массы или ее невысокое качество;
- 3) ограниченные физические возможности.

Если имеется только первый критерий – это «вероятная саркопения». При наличии первого и второго критериев диагноз саркопении подтверждается. Тяжелая форма саркопении устанавливается, если у пожилого человека присутствуют все три критерия.

Структурные изменения в мышцах при саркопении имеют, к сожалению, стойкий и почти необратимый характер. Возникает атрофия миоцитов, которая напоминает поздние изменения при по-

лиомиелите. Снижается количество нейромускулярных единиц, двигательных мышечных волокон второго типа, которые являются волокнами быстрого сокращения и обеспечивают прежде всего быстрые действия человека.

При атрофических изменениях в мышцах пожилой человек начинает плохо переносить привычную для него физическую нагрузку (быстро наступает усталость, требуется большее время для отдыха). Ему становится трудно подниматься по лестнице, нести даже небольшой груз (2–3 кг), расчесывать волосы на голове.

Из-за выраженной слабости мышц подкашиваются ноги при ходьбе по прямой поверхности, нарушается равновесие, возникают частые «беспричинные» падения. Поражение диафрагмы и межреберных мышц сопровождается смешанной одышкой. Когда преобладающее количество мышечных волокон замещено соединительной и жировой тканью, больной человек не может сам себя обслуживать, ему нужна помощь, чтобы, например, встать с кровати.

Наиболее значимыми социальными последствиями саркопении являются сниженная жизненная активность, зависимость от посторонней помощи, нетрудоспособность, инвалидность.

Распространенность саркопении среди людей пожилого и старческого возраста составляет от 15 до 50%. Возрастное истощение мышц может начаться в возрасте 50 лет, но с 70 лет этот процесс ускоряется. Начиная примерно с 35–40 лет скелетная мышечная масса и мышечная сила уменьшаются примерно на 1% в год. Понижение мышечной массы и мышечной силы в возрасте от 50 до 60 лет составляет около 1,5–2% в год, после 60 лет – около 3% в год.

Если саркопения сопровождается критической потерей мышечной массы до 75%, а также жировой массы, она неизбежно переходит в форму тяжелого истощения – кахексии. Это бывает у пациентов с тяжелыми заболеваниями (сердечная, почечная, печеночная, раковая кахексии).

Если саркопения сочетается с увеличением жировой массы, то развивается саркопеническое ожирение. Такая форма саркопении наблюдается у пожилых лиц с резко выраженным ожирением,

Наблюдение, реабилитация и уход

а также у больных, длительно находящихся на постельном режиме. Саркопеническое ожирение значительно повышает риск развития кардиоваскулярной патологии, сердечной недостаточности, метаболического синдрома, артериальной гипертензии и дислипидемии.

Следует отметить, что преждевременное старение у людей среднего возраста также сопровождается развитием саркопении.

В основе саркопении лежат следующие механизмы.

1. Алиментарные факторы. В силу ряда физиологических особенностей у людей старших возрастных групп отмечается снижение аппетита (анорексия), а также прогрессирует феномен быстрого насыщения, в результате чего снижается потребление белка и возникает белково-энергетическая недостаточность. Оптимальное количество потребляемого белка должно составлять не менее 0,8 г на 1 кг массы тела в день. Однако более 50% пожилых людей потребляют белка меньше рекомендованного значения суточного количества, а 15% – менее 0,6 г на 1 кг массы тела в день.

Также имеет значение роль низкого качества питания у пожилых лиц, что приводит к снижению поступления веществ, необходимых для обеспечения мышц, например креатина.

Белково-энергетической недостаточности способствуют соматические, функциональные, социальные и психологические причины.

Социальные причины:

- заболевания, сопровождающиеся повышенным катаболизмом;
- плохое состояние зубов (дисфагия);
- снижение аппетита, вкуса, обоняния;
- старческая анорексия;
- медикаментозная терапия.

Функциональные причины:

- снижение подвижности;
- отсутствие динамических и статических силовых нагрузок.

Социальные и психологические причины:

- когнитивные нарушения;
- депрессия;
- чувство одиночества.

2. Возрастные изменения гормонального фона. В уменьшении мышечной массы большое значение придается снижению у пожилых людей уровня соматотропного гормона, соматомедина-С, эстрогенов и тестостерона, которые всегда активно управляют мышечным тонусом (рис. 1). Обычно это происходит в возрасте 50–60 лет, но, к сожалению, гормональный дисбаланс может возникать гораздо раньше.

3. Изменение функции мышечной ткани как белкового депо. Мышечная ткань является крупнейшим белковым депо в организме, причем оно обладает

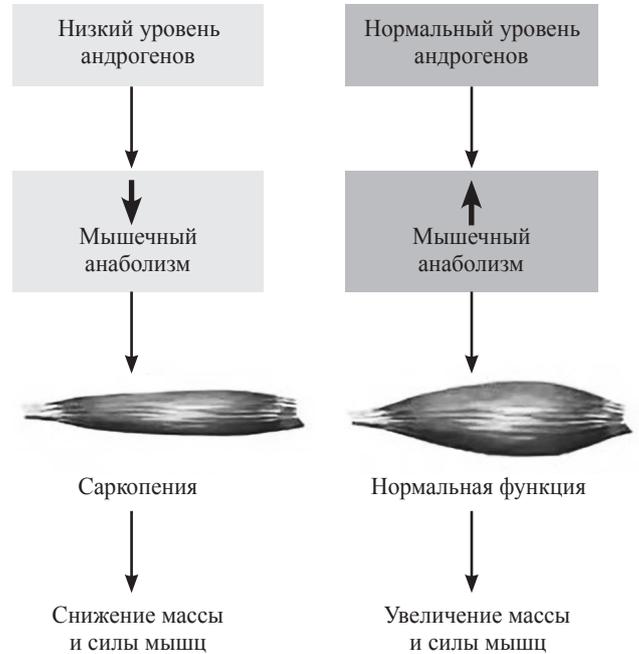


Рис. 1. Дефицит андрогенов как причина саркопении

определенной специфичностью. Так, в мышечной ткани содержатся системы протеолиза, расщепляющие актин и миозин на более мелкие фрагменты.

С возрастом происходит нарушение баланса между анаболическими и катаболическими процессами (в основном за счет гормональных влияний). В частности, снижение уровня анаболического гормона соматомедина-С, тестостерона подавляет анаболизм с одновременной активацией катаболических путей гомеостаза.

Следует отметить, что скелетная мускулатура является органом продукции соматомедина-С, причем его системный уровень зависит от уровня физической активности: чем выше уровень физической активности, тем выше уровень соматомедина-С. Также значима роль физической активности в продукции механоростового фактора, который необходим для активации стволовых (сателлитных) клеток мышечной ткани, обеспечивающих ее объем.

4. Снижение способности мышечной ткани к регенерации. В молодом и среднем возрасте под влиянием регулярной физической нагрузки на мышечную ткань происходит формирование микротравмы. В область микротравмы мигрируют стволовые (сателлитные) клетки, которые приходят в активное состояние и начинают продуцировать разнообразные миогенные факторы, что приводит к слиянию имеющихся мышечных волокон и стволовых клеток с формированием нового, увеличенного в объеме и обладающего большей силой мышечного волокна (гиперплазия).

В пожилом возрасте значительно понижается ежедневная физическая активность, что приводит

к нарушению процессов гиперплазии мышечного волокна и ограничению способности мышечной ткани к сохранению силы и объема.

5. Нарушение сигнального молекулярного взаимодействия. В пожилом и старческом возрасте снижается продукция и содержание иммуноглобулинов А и G, интерлейкина-2, активируется продукция провоспалительных цитокинов (интерлейкин-6), происходит рост С-реактивного белка. Все вышеперечисленные процессы приводят к активации катаболических процессов в организме пожилого человека, которые, в свою очередь, способствуют развитию саркопении.

6. Неврологические причины. В последнее время особое внимание специалистов уделяется изучению нейромышечных синапсов как ключевой структуре в осуществлении функциональной денервации, которая ведет к потере мышечной массы и слабости. Подтверждена роль возрастзависимого увеличения оксидативного стресса в развитии нейромышечной дегенерации и прогрессировании саркопении.

Выделяют две основные формы саркопении:

1. Первичная саркопения. Ассоциируется только с возрастом пожилого человека, при этой форме, помимо возрастных изменений, не выявляется других причин для снижения мышечной массы. Первичная саркопения в сочетании с остеопорозом является причиной так называемой немощности у пожилых людей и потери ими способности к отдельному проживанию. Следует заметить, что именно немощность является предиктором самопроизвольных опасных падений с высоты собственного роста и смертности людей пожилого и старческого возраста.

2. Вторичная саркопения, при которой к уменьшению объема мышечной мускулатуры приводит какое-либо патологическое состояние или заболевание:

- саркопения, ассоциированная с нездоровым образом жизни: курение и употребление алкоголя,

сниженная физическая активность, длительная иммобилизация (постельный режим, крайне ограниченная подвижность), пребывание в условиях отсутствия гравитации;

- саркопения, обусловленная заболеваниями: терминальные стадии недостаточности различных органов (сердца, легких, печени, почек, головного мозга), воспалительные, онкологические и эндокринные заболевания;

- саркопения, связанная с дефицитом питания: недостаточное потребление или белковых продуктов вследствие мальабсорбции, тяжелых заболеваний кишечника, анорексии.

Клинические признаки саркопении отождествляются со следующими симптомами, которые развиваются медленно, с тенденцией неуклонного нарастания: ощущение усталости, повышенная утомляемость, снижение переносимости физических нагрузок, замедление походки, старческая походка, дряблость крупных мышц и потеря эластичности кожи в их зоне, изменение осанки (сутулость), нарушение равновесия, периодические или частые «случайные» падения, нарушение терморегуляции, замедление основного обмена веществ.

В настоящее время для диагностики саркопении используются скрининговые, инструментальные и физиологические методы (рис. 2).

Скрининговое исследование – это процесс быстрой сортировки внешне здоровых лиц на тех, кто не страдает определенной патологией, и тех, кто предположительно имеет соответствующее заболевание и/или факторы риска (условия, которые способствуют развитию данного патологического состояния).

Для скрининговой оценки наличия или отсутствия саркопении у пожилых людей обычно используется опросник SARC-F. Пациент либо сам, либо с помощью медицинской сестры отвечает на следующие вопросы:

Компонент	Вопрос	Результат (баллы)
Сила	Насколько тяжело вам поднять и удерживать груз весом 4–5 кг?	Совсем не тяжело – 0 Немного тяжело – 1 Очень тяжело или не могу поднять – 2
Помощь при ходьбе	Насколько тяжело пройти по комнате?	Совсем не тяжело – 0 Немного тяжело – 1 Очень тяжело, приходится использовать вспомогательные средства или не могу пройти – 2
Подъем со стула	Насколько тяжело подняться со стула или кровати?	Совсем не тяжело – 0 Немного тяжело – 1 Очень тяжело или не могу встать без посторонней помощи – 2
Подъем по лестнице	Насколько тяжело пройти лестничный пролет в 10 ступенек?	Совсем не тяжело – 0 Немного тяжело – 1 Очень тяжело или не могу пройти – 2
Падение	Сколько раз вы упали за последний год?	Ни разу – 0 1–3 падения – 1 4 падения и более – 2

Наблюдение, реабилитация и уход

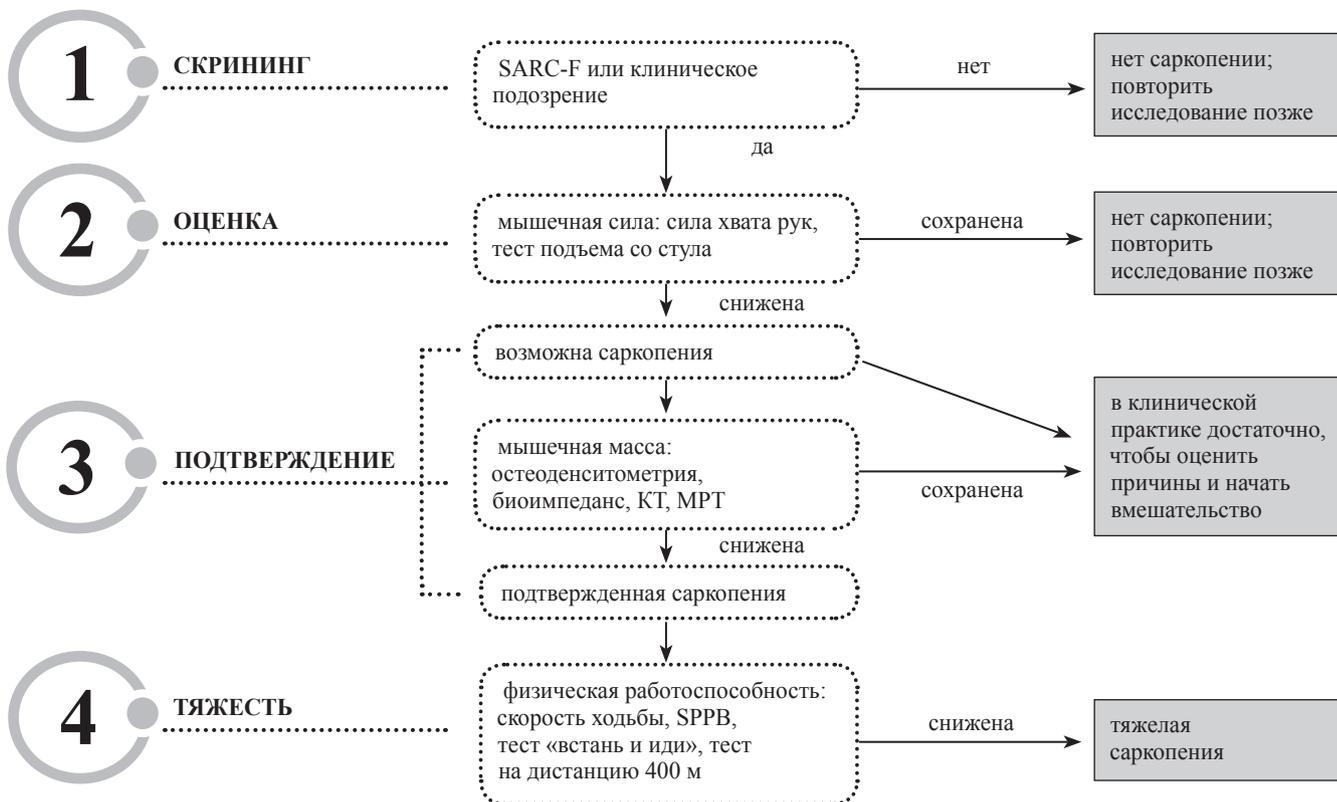


Рис. 2. Алгоритм диагностики саркопении

Если сумма баллов составляет 4 и более, то фиксируется наличие саркопении, тогда назначаются уточняющие методы обследования.

Мышечную силу оценивают с помощью ручной динамометрии. Для мужчины с подозрением на саркопению динамометрический показатель составляет мене 27 кг, для женщины – мене 16 кг. Обычно сила кистевого захвата коррелирует с силой других мышц, поэтому она используется как индикатор для выявления дефицита общей силы.

Количество мышечной массы и ее качество определяют по данным компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (рис. 3), двойной рентгеновской абсорбциометрии, биоимпедансного анализа компонентного состава организма

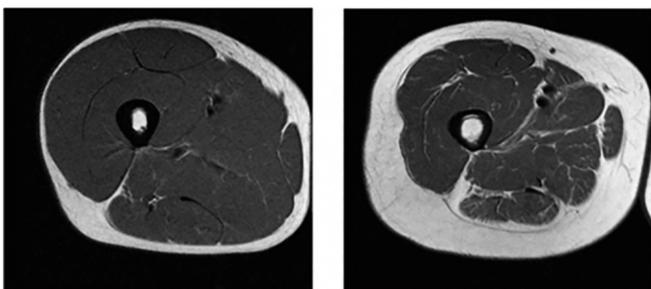


Рис. 3. Изображения мышечной массы на КТ здорового молодого человека (слева) и пациента с клиническими проявлениями саркопении (справа)

и ультразвуковых методов визуализации. Двойная рентгеновская абсорбциометрия считается наиболее точной и воспроизводимой методикой, позволяющей определять массу жировой ткани, костную минеральную массу, а также нежировую массу мягких тканей (тощую массу) с точностью до 1 г.

Физические возможности пожилого человека устанавливают по скорости ходьбы на короткое расстояние (4 м), 5-кратному вставанию со стула и возможности удержания равновесия в положении стоя в течение 10 с, а также с помощью тестов «Встань и иди» и «Ходьба на 400 м». Тест «Встань и иди» заключается в том, что испытуемому необходимо встать со стула, пройти расстояние 3 м, развернуться, возвратиться и снова сесть.

О низких физических возможностях свидетельствуют:

- скорость ходьбы мене 0,8 м/с;
- подъем со стула (5 раз) более 15 с;
- выполнение теста «Встань и иди» более 20 с;
- выполнение теста «Ходьба на 400 м» более чем за 6 мин (или не закончен).

Основные направления помощи пациентам пожилого и старческого возраста с саркопенией

Саркопения пока является необратимым геронтопатическим явлением, при котором отсутствует специфическое лечение. Однако в настоящее время

идет поиск эффективных лекарств, активно проводятся фармакологические испытания принципиально новых препаратов, которые уже демонстрируют положительные результаты на животных.

Тем не менее профилактика и реабилитация пожилых и старых людей с саркопенией позволяют повысить качество, продолжительность жизни и, возможно, их функциональную активность.

Адекватная профилактическая и реабилитационная помощь пациентам пожилого и старческого возраста может если не остановить, то хотя бы замедлить и сделать менее выраженными патологические процессы саркопении. Такая помощь осуществляется по следующим главным направлениям:

- отказ от вредных привычек (курение и потребление алкоголя), поддержание оптимальной массы тела;
- обеспечение регулярной физической активности;
- полноценное сбалансированное питание;
- коррекция дефицита витамина D;
- меры по профилактике самопроизвольных опасных падений.

Отказ от курения и ограничение потребления алкоголя

При отказе от курения и ограничении потребления алкоголя улучшается нервно-мышечная проводимость, снижается негативное влияние на пролиферацию остеобластов, улучшается всасывание кальция и витамина D.

Отказ от курения имеет также важное значение для стабилизации артериального давления, снижения сердечно-сосудистого риска и профилактики рака.

Обеспечение физической активности

Отсутствие физической активности считается четвертым из важнейших факторов риска (на ее долю приходится 6% от общего числа случаев смерти в мире), которые являются причинами смерти в глобальном масштабе. Доказано влияние физической активности на снижение рисков развития саркопении и прогрессирования имеющегося сопутствующего заболевания.

Физическая активность – это любые движения, производимые скелетными мышцами и требующие расхода энергии. Физические упражнения, особенно постепенно увеличивающиеся силовые нагрузки, являются стимулом для синтеза мышечного белка. Выполнение физических упражнений в течение минимум 20 мин в неделю значительно повышает мышечную и костную массу, силу, снижает функциональные ограничения, предотвращает падения и переломы у пожилых людей.

Пожилым людям рекомендованы аэробные упражнения продолжительностью 30–60 мин в день. Аэробика или ритмическая гимнастика – это

деятельность, при которой крупные мышцы тела ритмично двигаются в течение определенного периода времени. Занятия аэробикой, иначе называемые упражнениями на выносливость, улучшают кардиореспираторное состояние. Виды аэробики: ходьба пешком, бег, плавание, езда на велосипеде. Пожилым людям очень полезна скандинавская (северная) ходьба. При ходьбе с палками работает до 90% мышц, устраняется мышечный дисбаланс и формируется эффективный мышечный корсет.

В результате регулярных физических аэробных упражнений повышается общая выносливость, улучшается работа сердечно-сосудистой системы, происходит увеличение мышечной массы и ее качества, а также увеличивается потребление кислорода.

Наиболее эффективным способом борьбы с саркопенией служат силовые тренировки, которые, в отличие от аэробных, приводят к гипертрофии мышечных волокон и увеличению силы мышц. Силовые варианты нагрузок в значительной степени воздействуют не только на состояние мышц, но и на здоровье костной системы, предупреждая развитие саркопении и остеопороза. Силовые упражнения – это физическая активность или упражнения, которые повышают силу, мощь, выносливость и массу скелетных мышц (например, упражнения с сопротивлением или на силу и сопротивление). Занятия силовыми упражнениями оказывают оздоровительное воздействие на людей любого возраста, повышают силовые показатели и выносливость, делая мышечные волокна более объемными и сильными. Курс упражнений обычно составляет 10–12 недель, один раз в 2–3 дня, длительность занятия – 30 мин. Для новичков рекомендуется, чтобы нагрузки состояли из 8–10 упражнений и соответствовали диапазону 8–12 повторений, скорость выполнения умеренная (1–2 с), период отдыха между подходами – 1–2 мин.

Необходимо отметить, что увеличение физических нагрузок может быть противопоказано или непосильно для пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями. Для таких категорий пациентов возможно применение альтернативных методов физической реабилитации:

- использование общей вибрации (воздействие связано со стимуляцией проприорецепторов, происходящей вследствие частого изменения мышечного тонуса);
- электрическая стимуляция скелетных мышц.

Силовые тренировки входят в состав большинства фитнес-программ для наращивания объема мышечной массы. Во время тренировки необходимо использовать силовые спортивные тренажеры, выполнять базовые упражнения для набора мышечной массы с сохранением среднего темпа их

Наблюдение, реабилитация и уход

выполнения. В программу тренировки включают такие упражнения, как жим гантелей сидя, разведение рук с гантелями, тяга на высоком блоке, жим ногами в тренажере и т. д.

Большое значение для пациентов пожилого возраста имеет изометрическая гимнастика как более доступная и действенная форма укрепления мышц тела и увеличения их силы. Основная роль в комплексах упражнений отводится упражнениям на мышцы брюшного пресса и спины. Перед началом занятий предлагается проводить тестирование в виде упражнений для обнаружения проблем в суставах и разных отделах позвоночника, что поможет составить правильный курс тренировок.

Существует мнение, что силовые тренировки нужно проводить либо в тренажерном зале, либо в специально оборудованном зале лечебной физкультуры, хотя проведение занятий на дому при правильном подходе тоже эффективно.

Распространенными упражнениями являются приседания с собственным весом и отжимания от пола. Силовые тренировки со снарядами (гантелями, штангой) продолжительностью 15–20 мин достаточно эффективны для достижения положительной динамики и укрепления основных мышечных групп. Важно не забывать о технике выполнения упражнений и постепенном увеличении веса снаряда.

Обеспечение полноценного сбалансированного питания

Питание является очень важным аспектом состояния здоровья пожилых людей. Принимать пищу следует регулярно, малыми объемами, около 5–6 раз в сутки.

При обычном питании в организм человека ежедневно поступает около 50–100 г белка, а катаболическому расщеплению подвергается около 300 г. При заболеваниях или старении эта цифра увеличивается, что является одним из факторов развития саркопении. Чтобы компенсировать дисбаланс, количество поступающего белка должно составлять 1,2–1,5 г на 1 кг массы тела. Поэтому прием пищи с высоким содержанием белка может быть использован в качестве пищевой стратегии, направленной на снижение риска и выраженности саркопении. К тому же адекватное потребление белка предотвращает потерю мышечной массы у больных саркопеническим ожирением при диете, направленной на снижение веса.

Потребление достаточного количества (25–30 г) высококачественного белка должно быть с каждым приемом пищи. Однократное одномоментное потребление большого количества белка более 30 г не приводит к стимулированию синтеза мышечного белка. Для стимулирования синтеза мышечного белка и наращивания массы скелетных мышц при

саркопении важен прием белка не 1 раз в сутки, а в пропорциональных его количествах с каждым приемом пищи (рис. 4).

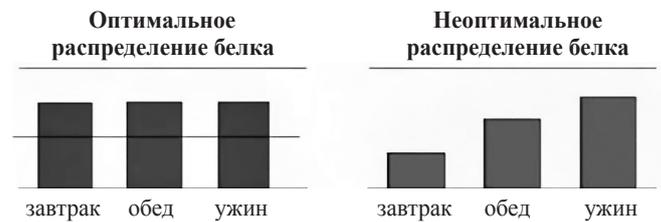


Рис. 4. Распределение белка в течение дня

Рекомендуется увеличить объем мясных, молочных продуктов и рыбы (говядина, благородные сорта рыб, сыры, творог и др.). На пищеварение и усвоение белка влияют его свойства. Так, у пожилых людей сыворотка и молочный белок увеличивают синтез белка больше, чем другие его виды. Причина тому – более быстрое высвобождение аминокислот и лучшее усвоение в желудочно-кишечном тракте, а также большее содержание лейцина.

Однако, учитывая то, что одним из факторов развития саркопении является анорексия (потеря аппетита), больные люди могут отказываться от многих видов блюд, испытывая к ним отвращение и даже рвоту. Следует иметь в виду, что есть функциональные продукты питания или биологически активные добавки к пище, которые эффективно восполняют дефицит белка. Поэтому наряду с обычной пищей, которую пожилой человек может и согласен употреблять, рекомендуется использовать специальные питательные смеси, обогащенные белками растительного и животного происхождения. Помимо этого, в таких смесях содержатся жиры в виде различных комбинаций масел, полисахариды (углеводы), а также микро-нутриенты.

При обеспечении сбалансированного питания также делается акцент на:

- суточное потребление кальция (1200–1300 мг/сут);
- включение в рацион продуктов, богатых витамином D;
- включение в рацион продуктов, содержащих большое количество эйкозопентаеновой кислоты (сельдь, скумбрия, лосось, сардины, печень трески);
- применение пищевых добавок для улучшения метаболизма мышечной ткани (смеси разветвленных аминокислот (лейцин, изолейцин, валин), метаболит лейцина β-гидрокси-β-метилбутират – HMB);
- применение пептидных биорегуляторов;
- прием добавок омега-3 жирных кислот.

Коррекция дефицита витамина D

Все люди после 40 лет должны периодически принимать поливитамины, поскольку ряд витаминов (С, Е и D) эффективно влияют на сохранение объема и функциональной активности мышечной ткани. Препараты витамина D имеют наиболее благоприятный профиль (соотношение эффективности и безопасности) для лечения саркопении у пожилых пациентов. Так, снижение его уровня на 10 нг/мл приводит к увеличению частоты развития саркопении в 1,5 раза в течение последующих 5 лет (рис. 5).

Витамин D поддерживает угасающий гормональный фон, поэтому он рассматривается как D-гормон. Установлено, что витамин D играет важную роль в метаболических процессах в мышечной и костной ткани. Прием витамина D в дозе от 700 до 800 МЕ/сут повышает прочность мышц и костей, снижает риск падений, переломов бедренной кости и смертности.

Исследования демонстрируют, что в Республике Беларусь только 10–15% людей имеют нормальную обеспеченность витамином D.

Синтез витамина D осуществляется под влиянием ультрафиолетовых лучей и зависит от кожной пигментации, широты расположения региона, продолжительности дня, времени года, погодных условий и площади кожного покрова, не прикрытого одеждой. Зимой в странах, расположенных в северных широтах, большая часть ультрафиолетового излучения поглощается атмосферой, и в период с октября по март синтеза витамина D практически не происходит.

Важный источник витамина D – пищевые продукты. Наиболее богаты витамином D:

- дикий лосось (600–1000 МЕ на 100 г);
- сельдь (300–1600 МЕ на 100 г);
- консервированные сардины (300–600 МЕ на 100 г);

- рыбий жир (400–1000 МЕ на 1 ст. л.);
- грибы (400 МЕ на 100 г);
- сметана (50 МЕ на 100 г);
- яичный желток (20 МЕ в 1 шт.);
- сыр (40 МЕ на 100 г);
- говяжья печень (15–45 МЕ на 100 г).

Рекомендуемыми препаратами для профилактики и восстановления дефицита витамина D являются колекальциферол (D₃) и эргокальциферол (D₂). Предпочтением отдается форме D₃, поскольку она обладает сравнительно большей эффективностью в достижении и сохранении целевых значений 25(OH)D в сыворотке крови.

Колекальциферол выпускают в виде таблеток (например, «Девит») и капель («Аквдетрим», «Вигантол»). В 1 капле содержится 500 МЕ (12,5 мкг) витамина D. Доза и продолжительность терапии зависят от исходного уровня витамина в крови. Прием 100 МЕ колекальциферола в среднем повышает уровень витамина D в крови на 1–2 нг/мл (2,5–5 нмоль/л).

Рекомендация потребления витамина D не менее 600 МЕ в сутки для общей популяции практически здоровых лиц 18–50 лет была определена Институтом медицины США, одобрена большинством клинических рекомендаций, поскольку позволяет достичь уровня 25(OH)D более 20 нг/мл у 97% индивидуумов. Лицам старше 50 лет для профилактики дефицита витамина D рекомендуется получать не менее 800–1000 МЕ витамина D в сутки.

Менее четко определена доза витамина D для достижения большинством лиц концентрации более 30 нг/мл, для чего может потребоваться прием 1500–2000 МЕ в сутки.

При заболеваниях/состояниях (в том числе остеопорозе и саркопении), сопровождающихся нарушением всасывания/метаболизма витамина D, рекомендуется его прием в дозах, в 2–3 раза

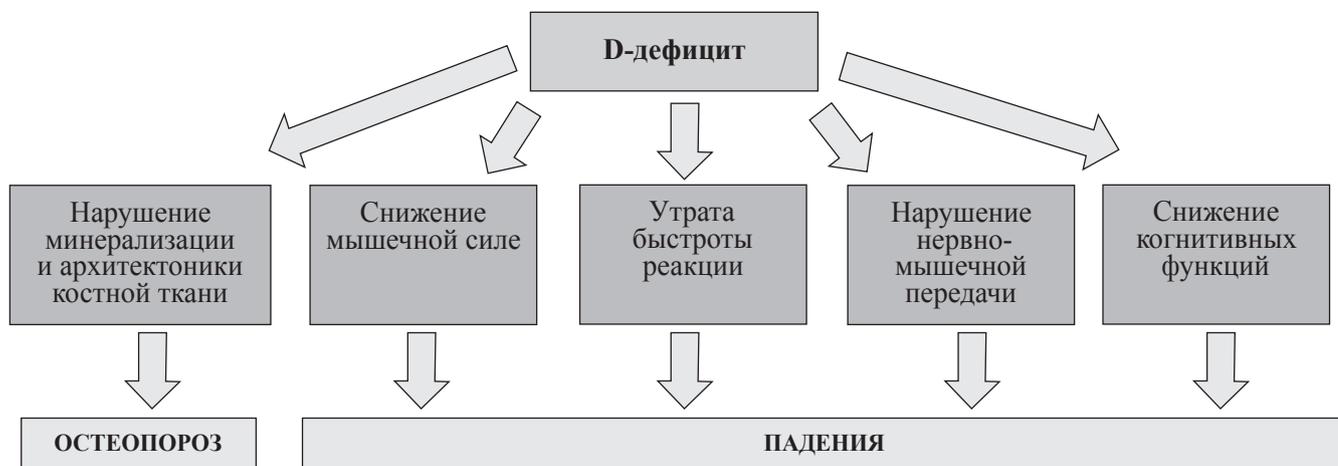


Рис. 5. Основные клинические проявления дефицита витамина D

Наблюдение, реабилитация и уход

превышающих суточную потребность возрастной группы.

Необходимо иметь в виду, что без медицинского наблюдения и контроля 25(OH)D в крови не рекомендуется назначение доз витамина более 10 000 МЕ в сутки на длительный период (более 6 месяцев).

Меры по профилактике самопроизвольных опасных падений

Для снижения риска падений рекомендуются физические упражнения, повышающие координацию движений и мышечную силу, ношение удобной обуви с нескользкой подошвой, лечение сопутствующих заболеваний (например, регулярно проверять остроту зрения и правильно подбирать очки), изменение домашней обстановки.

Люди пожилого и старческого возраста должны знать, что для профилактики падений им следует:

- не выходить на улицу в гололед;
- в туалете и ванной комнате использовать нескользкие коврики с резиновой подкладкой основой;
- создать хорошее освещение в квартире;
- не злоупотреблять снотворными препаратами, нарушающими координацию движения;
- регулярно принимать препараты, нормализующие давление;
- использовать трость, ходунки, протекторы ботинка, корсет, корректоры осанки;
- в транспорте держаться за поручни, не ездить на задней площадке общественного транспорта.

Использованная литература

1. Матвейчик Т. В. Обеспечение сестринского процесса в оказании медицинской помощи пациен-

там на дому / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск, 2022. – 163 с.

2. Матвейчик Т. В. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника: учеб.-методич. пособие / Т. В. Матвейчик, В. К. Милькаманович, Д. И. Примищиц. – Минск, 2017. – 295 с.

3. Мокрышева Н. Г. Саркопения глазами эндокринолога / Н. Г. Мокрышева [и др.] // Ожирение и метаболизм. – 2018. – № 15(3). – С. 21–27.

4. Новикова Т. В. Саркопения и нутритивная поддержка больных пожилого и старческого возраста / Т. В. Новикова, И. Н. Пасечник, В. Ю. Рыбинцев // Лечащий врач. – 2021. – Т. 24, № 12. – С. 62–66.

5. Плещев И. Е. Саркопения: современные подходы к диагностике и реабилитации / И. Е. Плещев [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2022. – № 1. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=31443>. – Дата доступа: 15.04.2022.

6. Руденко Е. В. Саркопения: диагностика, профилактика, лечение // Рецепт. – 2019. – № 22(6). – С. 861–875.

7. Сафонова Ю. А. Анализ обеспеченности витамином D людей пожилого и старческого возраста / Ю. А. Сафонова [и др.] // Успехи геронтологии. – 2018. – Т. 31, № 2. – С. 184–190.

8. Чалая В. А. Возрастные изменения мышечной ткани. Саркопения / В. А. Чалая, С. А. Сеитметова // Международный студенческий научный вестник. – 2019. – № 1. – Режим доступа: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=19469>. – Дата доступа: 05.04.2022.

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

Изучение гуморального иммунитета у медицинских работников, находящихся в контакте с пациентами с COVID-19 / Е. П. Сизова [и др.] // Здоровье населения и среда обитания. – 2021. – № 2. – С. 70–74.

Ильницкий, А. Н. Резилиенс-гимнастика в паллиативной помощи / А. Н. Ильницкий, И. С. Носкова // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 1. – С. 44–48.

Кадровое обеспечение пенитенциарного здравоохранения / А. С. Кононец [и др.] // Психическое здоровье. – 2021. – № 3. – С. 3–7.

Карасева, Л. А. Организация безопасной среды для медицинского персонала и пациентов ожогового отделения / Л. А. Карасева, Л. И. Баклушина // Главврач. – 2021. – № 2. – С. 30–36.

Каспрук, Л. И. Операционные медицинские сестры в истории хирургии и сестринского дела / Л. И. Каспрук // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 1. – С. 49–52.

Каспрук, Л. И. Социально-гигиеническая характеристика региональных кадров среднего медицинского звена / Л. И. Каспрук, Е. В. Митрофанова // Справочник врача общей практики. – 2021. – № 4. – С. 44–49.

Каспрук, Л. И. Социальный портрет медицинской сестры в рамках дефиниции «качество жизни» / Л. И. Каспрук // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 1. – С. 3–7.

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

С. А. Климук, В. П. Котов

СИСТЕМА КОНТРОЛЯ СТУЛА – НОВОЕ СЛОВО В УХОДЕ ЗА ТЯЖЕЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ ОТДЕЛЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ

Белорусский государственный медицинский университет,
Медицинский центр «Лодэ»

В сестринской практике контроль физиологических отправления и обеспечение ухода за пациентами, находящимися в коме, в отделениях реанимации, фиксированных и иммобилизованных, представляет собой один из наиболее трудоемких и затратных компонентов общего ухода за пациентом. Даже при условии нормального стула это как минимум гигиена промежности и регулярная смена впитывающих систем либо подкладывание судна. Если же у пациента имеются признаки расстройства пищеварения, включая диарею, трудно и иные затраты возрастают многократно. Следует отметить, что важно не просто обеспечивать гигиенический уход, но и наблюдать за динамикой и внешними проявлениями этих выделений. Общеизвестно, что потери жидкости при диарее могут быть значительными: сама по себе диарея опасна, прежде всего, именно обезвоживанием, особенно у детей. В условиях оказания неотложной помощи частота недержания кала может составлять от 18 до 37%.

Диарея может сопровождать практически любую, за редким исключением, системную патологию. Как побочный эффект препаратов она описана для неантибактериальных средств, например препаратов химиотерапии. В период пандемии инфекции COVID-19 персонал отделений интенсивной терапии и вообще любых отделений, занимающихся лечением пациентов с COVID-19, столкнулся с проблемой «пандемии» антибиотик-ассоциированной диареи, что также влияет на исходы у подобных пациентов. Отдельной, но не менее важной проблемой является дискомфорт пациента, особенно при неконтролируемой дефекации: это стыд, проблемы запаха, личной конфиденциальности и достоинства. Важно также обеспечение удобства получения образцов стула для исследований, включая исследования фекалий на скрытую кровь и микробную культуру, а также на чувствительность микроорганизмов к антибиотикам.

До недавнего времени основными средствами ухода за пациентами с диареей оставались лишь традиционные подгузники всех модификаций, для пациентов в сознании с возможностью хотя бы ча-

стичного контроля дефекации – подкладные судна. Но эти традиционные устройства оставляют вероятность утечки, загрязнения, формируют эффект окклюзионной повязки или компресса, если пациент маломобилен, афатичен или вообще пребывает без сознания. Забор образцов для анализов технически сложен. После каждого акта дефекации, которых может быть более 10 за сутки, требуется выполнение гигиенических манипуляций, что для людей с избыточной массой тела или маломобильных, а также пронираванных для улучшения легочной вентиляции, это может представлять собой отдельную проблему.

Кроме указанных проблем контакт фекалий с окружающей средой приводит к контаминации воздуха, постельного белья, кожи пациента, рук персонала.

В помощь при решении данных проблем разработана система контроля стула (рисунок).



Система для контролируемого отведения фекальных масс
«Флекси-Сил СИГНАЛ плюс»

Система управления стулом была разработана для управления недержанием стула у прикованных к постели пациентов и доказала свою эффективность в лечении и профилактике образования вторичных поражений кожи, а также в борьбе с инфекциями, она обеспечивает более безопасные исходы для пациентов и упрощает уход за больными. По применению данного устройства

был выполнен либо выполняется ряд исследований, целью которых является оценка безопасности и эффективности интратректального устройства, предназначенного для лечения недержания кала у госпитализированных лежачих пациентов. Так, неконтролируемое пилотное исследование у 20 пациентов было проведено в рамках оценки стоимости закупок в специализированной больнице в Тусоне, штат Аризона. В целом в ходе применения устройств данного типа персонал и пациенты отмечают комфорт, обеспечиваемый при применении таковой системы.

Система управления стулом используется для сдерживания и отвода жидкого или полужидкого кишечного содержимого у пациентов с недостаточным контролем кишечника или без него, чтобы защитить кожу пациента и минимизировать воздействие инфекционных микроорганизмов.

Система контроля стула показана только тем пациентам, которые не могут управлять дефекацией самостоятельно. Существуют различные системы контроля стула, поэтому необходимо следовать инструкциям производителя для подготовки системы, установки и обслуживания устройства. Система контроля стула не предназначена для использования более 29 суток. Пациенты с очень слабыми мышцами сфинктера могут быть не в состоянии удерживать устройство на месте, у таких лиц может отмечаться подтекание стула.

Систему контроля стула не следует использовать лицам, которые:

- перенесли операцию на нижнем отделе толстой кишки или ректальную операцию в течение последнего года;
- перенесли травму прямой кишки или анального канала;
- имеют серьезную стриктуру либо стеноз прямой кишки или анального канала (дистальная часть прямой кишки не может вместить баллон при надувании);
- имеют подтвержденное поражение или подозрение на поражение слизистой оболочки прямой кишки, например тяжелый проктит, ишемический проктит или изъязвления слизистой оболочки;
- имеют подтвержденную ректальную/анальную опухоль;
- имеют тяжелую форму геморроя;
- имеют копростаз/каловый завал;
- находятся на стадии использования ректального или анального устройства (термометр/клизма);
- указывают на гиперчувствительность или аллергию на какие-либо компоненты системы.

Особое внимание следует уделять пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника.

Система управления стулом показана пациентам в следующих ситуациях:

- устройства, улавливающие стул вблизи прямой кишки, неэффективны;
- ожидается, что диарея не исчезнет в течение 48 ч;
- противодиарейные препараты неэффективны;
- имеется рана или трансплантат, которые могут быть загрязнены кишечным отделяемым у пациента с недержанием;
- пациент гемодинамически нестабилен, чтобы часто перемещаться в туалет;
- телосложение пациента требует трех сотрудников или более для гигиенических процедур.

Процесс установки устройства:

1. Идентифицируйте пациента.
2. Изучите историю болезни пациента, чтобы убедиться, что нет противопоказаний для применения системы контроля стула.
3. Соблюдайте гигиену рук до и после контакта с пациентом.
4. Используйте соответствующие средства защиты персонала (СИЗ).
5. Проверьте правильность работы системы контроля стула:
 - используя шприц на 60 мл, надуйте удерживающую манжету и/или внутрисветный баллон в соответствии с инструкцией производителя, добавив необходимое количество воды и/или воздуха;
 - осмотрите манжету/баллон на предмет утечек или дефектов;
 - убедившись в правильности работы, с помощью шприца медленно и полностью удалите всю жидкость и воздух из удерживающей манжеты и/или баллона, отсоедините шприц;
 - введите воду через просвет для орошения, чтобы подтвердить проходимость просвета;
 - подсоедините конец дренажной трубки катетера к мешку для сбора, следуя инструкциям производителя.
6. Расположите пациента в левом боковом положении, если клиническая ситуация пациента не требует использования альтернативного положения. Целью позиционирования пациента является максимальное расслабление сфинктера для облегчения введения катетера.
7. Выполните пальцевое ректальное исследование, чтобы оценить прямую кишку и анальный канал на предмет наличия патологии и заполнения ампулы прямой кишки каловыми массами. При наличии калового завала перед введением ректального катетера необходимо очистить прямую кишку от каловых масс.
8. Установите устройство:
 - разверните катетер по всей длине, чтобы он лежал на кровати, расправив мешок для сбора в ножном конце кровати;
 - присоедините шприц на 60 мл с необходимым количеством воды (согласно указаниям произво-

дителя) к отверстию для накачивания, но не надуйте манжету;

- убедитесь, что в удерживающей манжете нет воздуха или жидкости;
- перед введением обильно нанесите водорасстворимую смазку на удерживающую манжету;
- осторожно введите конец манжеты в соответствии с инструкцией производителя через анальный сфинктер, пока манжета не выйдет за наружное отверстие и не войдет в свод прямой кишки;
- наполните удерживающую манжету необходимым количеством воды, медленно нажимая на поршень шприца; следуйте инструкции производителя, чтобы создать необходимое давление в манжете;
- извлеките шприц из порта для накачивания и осторожно потяните за катетер, чтобы убедиться, что манжета надежно вошла в прямую кишку и прижалась к выходу из прямой кишки;
- расположите гибкий катетер вдоль ноги пациента; подвесьте мешок для сбора ниже прямой кишки пациента, избегая перегибов и препятствий.

Примечание. Обратите внимание на расположение линии индикатора положения относительно заднего прохода пациента. Обратите внимание на любые изменения положения линии индикатора положения, чтобы определить движение удерживающей манжеты в прямой кишке пациента. Изменение положения может указывать на необходимость перестановки устройства.

Обслуживание устройства:

1. Проверяйте систему управления стулом каждые 2 ч, чтобы убедиться, что устройство правильно расположено и не заблокировано. Чтобы обеспечить беспрепятственный поток фекалий из дренажной трубки в сборный мешок, убедитесь, что катетер и сборный мешок расположены так, что катетер не перекручен, не изогнут и не сжат снаружи. Убедитесь, что отходы не накапливаются в дренажной трубке катетера; если скапливаются отходы, промойте трубку катетера.

2. При необходимости замените сборный мешок в соответствии с инструкцией производителя. Закрепите пробку на каждой использованной сумке и удалите сумку, соблюдая соответствующие меры предосторожности.

3. Промойте катетер в соответствии с инструкцией производителя и/или по мере необходимости.

Примечание. Если при повторной ирригации или промывании водой кишечное содержимое не отходит, проверьте устройство на наличие каких-

либо внешних препятствий (давление со стороны части тела или оборудования). Если источник препятствия для устройства не обнаружен, его использование следует прекратить.

Удаление устройства:

1. Чтобы удалить катетер из прямой кишки, удалите всю воду и/или воздух из удерживающей манжеты и/или баллона.

2. Возьмитесь за катетер как можно ближе к пациенту, попросите пациента потужиться и медленно выведите катетер из заднего прохода.

3. Соблюдайте соответствующие меры предосторожности, утилизируйте систему как отходы класса А.

Преимущества системы управления стулом:

- помогает снизить частоту образования пролежней;
- снижает затраты, связанные с расходными материалами и временем ухода, а также затраты на устранение клинических осложнений;
- сохраняет кожу чистой, сухой, свободной от загрязнений и влаги, которые повреждают кожу;
- снижает риск инфицирования, связанного с фекальным загрязнением;
- снижает риск развития внутрибольничной инфекции и уменьшает затраты на расходные материалы;
- помогает в профилактике и защите области крестца и перианальной зоны от избыточного давления.

Таким образом, система контроля стула превращает в жизнь современную концепцию ухода за пациентами отделений интенсивной терапии и реанимации, страдающими от диареи. Данная система позволяет обеспечить простоту ухода, комфорт для пациентов и персонала и значительно снижает затраты как на гигиену, так и на лечение осложнений, связанных с инфицированием мягких тканей.

Использованная литература

1. Shaw C. *Treatment-related diarrhea in patients with cancer* / C. Shaw, L. Taylor // *Clin. J. Oncol. Nurs.* – 2012. – № 16(4). – P. 413–417.
2. Maslennikov R. *Early viral versus late antibiotic-associated diarrhea in novel coronavirus infection* / R. Maslennikov [et al.] // *Medicine.* – 2021. – Vol. 100. – e27528.
3. Garcia A. *A Pilot Clinical Study of a Safe and Efficient Stool Management System in Patients With Fecal Incontinence* / A. Garcia, S. Fung, K. L. Kennedy-Evans // *Wounds.* – 2017. – № 29(12). – P. 132–138.



*Доктор медицинских наук И. О. Стома,
Е. К. Корсак*

ОСОБЕННОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ОТ COVID-19

Гомельский государственный медицинский университет

Глобальная пандемия COVID-19 стала серьезным испытанием для здравоохранения во всем мире, она имеет разрушительные последствия: по состоянию на 25 мая 2022 г. в мире было подтверждено более 526 млн случаев заболевания, из которых 6,28 млн – с летальным исходом.

Эпидемиологические данные свидетельствуют о значительной неоднородности уровня заболеваемости, тяжести течения и летальности COVID-19 среди населения. Группой риска, наиболее восприимчивой к данной инфекции, являются пожилые люди, поэтому вакцинация в качестве эффективной профилактической стратегии неоспорима. Более того, неблагоприятные последствия для здоровья, вызванные инфекцией COVID-19, такие как госпитализация (в том числе в отделение интенсивной терапии) и смертность, также увеличиваются среди пожилых людей.

Вакцинация лиц пожилого возраста имеет ряд особенностей. Процесс биологического старения сопровождается инволюцией иммунной системы с повышением восприимчивости к инфекциям и снижением эффекта иммунизации. Происходит перестройка всех систем, в том числе иммунной. Следствием этого является снижение эффективности иммунной защиты, что приводит к повышению восприимчивости к инфекционным и воспалительным заболеваниям, снижению реакции ответа на вакцинацию.

Обсуждение старения иммунной системы необходимо как в связи с текущей пандемией, так и в связи с будущими угрозами, вызванными инфекциями. Опыт предыдущих кампаний по иммунизации против других вирусных инфекций заставляет учитывать возрастные изменения иммунной системы, ограничивающие эффективность вакцинации для пожилых людей. Таким образом, вакцины, оптимальные для иммунизации взрослого населения (18–60 лет), могут быть недостаточно эффективны для людей старше 60 лет.

Несмотря на то что во многих странах в последние годы были разработаны специальные рекомендации по вакцинации пожилых людей, в мировом здравоохранении до сих пор нет единой стратегии

иммунизации этой возрастной группы населения и оценки ее эффективности. Одной из проблем, связанных с оценкой эффективности вакцинации против респираторных инфекций у пожилых людей, является значительная распространенность коморбидных состояний, что в сочетании со старением иммунной системы приводит к росту инфекционных заболеваний в этой возрастной популяции.

В ситуации, когда в других странах для иммунизации населения используются различные типы вакцин, необходимо уделить особое внимание разработке единой системы оценки безопасности и мониторинга эффективности вакцин от COVID-19. Безопасность вакцинации является жизненно важным компонентом кампании по иммунизации населения в целом и особенно пожилых людей. Кроме того, вакцинация от COVID-19 должна быть рекомендована как неотъемлемая часть профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей.

Массовая вакцинация во многих странах мира дала положительные результаты: среди вакцинированных отмечаются более низкие показатели госпитализации и смертности. Показатели заболеваемости снизились по сравнению с довакцинальным периодом. Недавние данные свидетельствуют о том, что лица с прорывными инфекциями могут быть менее заразными, чем невакцинированные, что, возможно, способствует сохранению низкого уровня заболеваемости.

Пожилые люди, как правило, хуже реагируют на вакцинацию. Эффективность вакцины со временем снижается – в среднем на 6% каждые 2 месяца. Уровень антител у пожилых ниже по сравнению с более молодыми людьми. Ослабление гуморального ответа на вакцину от COVID-19 наблюдается начиная с 2 месяцев после вакцинации, что способствует появлению прорывных инфекций, которые коррелируют с титрами нейтрализующих антител. Уровень антител и выраженность иммунного ответа с течением времени меньше у пожилых людей, чем у молодых. Следовательно, у пожилых людей уровень нейтрализующих антител может опуститься ниже защитного раньше, чем у более

молодых, что определяет большую восприимчивость к повторному инфицированию. Это вызывает опасение, что в ближайшие месяцы большая часть вакцинированных людей может потерять защиту от инфекции SARS-CoV-2, что потенциально увеличивает риск новых волн эпидемии.

Эффективность программы вакцинации также зависит от широкого охвата вакцинацией, особенно среди людей, которые могут быть более уязвимыми, важно знать о различных факторах, которые могут повлиять на готовность пожилых людей пройти вакцинацию.

Факторы, препятствующие вакцинации от COVID-19:

- неуверенность в безопасности вакцин из-за сокращения времени разработки, страх появления поствакцинальных и побочных реакций (случай тромбоза после введения вакцины AstraZeneca) и смерти, как следствие, встревоженность возможным обременением членов семьи в случае возникновения побочных реакций на вакцину; люди, не имеющие близких родственников, могут быть обеспокоены тем, что в случае возникновения тяжелой реакции на вакцину не к кому обратиться за помощью;

- неуверенность в эффективности вакцины, а также сомнения относительно продолжительности иммунного ответа;

- восприятие себя неподходящим кандидатом для вакцинации против COVID-19 в связи с наличием хронических заболеваний;

- предпочтение естественного иммунитета.

Факторы, мотивирующие на вакцинацию от COVID-19:

- осведомленность о глобальном уровне вакцинации;

- уверенность в том, что вакцинация создаст чувство безопасности, снизит тревожность;

- принятие вакцины родственниками, а также людьми из близкого круга общения;

- получение возможности путешествовать;

- рекомендации экспертов в области медицины;

- восприятие вакцинации как коллективной ответственности;

- желание вернуться к обычной жизни, которая была до пандемии;

- страх тяжелого течения и последствий COVID-19.

Защита личного здоровья является ведущей мотивацией, за которой следуют защита друзей и семьи, вклад в формирование коллективного иммунитета.

Низкий социально-экономический статус у пожилых людей, представленный низким уровнем образования и низким доходом, является важным фактором риска нежелания проходить вакцинацию

против COVID-19 (несмотря на то, что до появления вакцины именно эта категория людей имела повышенный риск госпитализации и тяжелого течения заболевания). Люди с низким социально-экономическим статусом могут иметь ограниченный доступ к достоверной информации о роли вакцин в профилактике заболевания, что порождает веру в теорию заговора и подверженность манипуляциям. Наоборот, люди с более высоким уровнем образования с меньшей долей вероятности будут колебаться в отношении вакцинации.

Стареющее население доверяет информации, опубликованной компетентными национальными и международными организациями, что способствует снижению уровня недоверия к вакцинации. Люди, которые больше доверяют официальным источникам информации (государственным СМИ, официальным сайтам организаций здравоохранения, данным ВОЗ и др.), значительно чаще получают, по крайней мере, одну дозу вакцины против COVID-19.

Существенным фактором, способствующим возникновению недоверия к вакцинам, является использование определенных источников, особенно социальных сетей, где часто распространяется непроверенная информация, создающая ложное представление о вакцинах против COVID-19. Влияние соцсетей на доверие к вакцинам менее применимо к людям среднего и старшего возраста, так как они, как правило, реже ими пользуются. Для людей среднего и старшего возраста более важными источниками информации являются друзья и семья.

Пожилым людям для принятия взвешенного решения необходимо обеспечить доступ к достоверной информации о вакцинации и возможных побочных эффектах, а также о риске заболевания.

Вакцинация против SARS-CoV-2 оказала положительное влияние не только на течение эпидемии. Отмечены значительно более высокие показатели охвата вакцинацией населения против гриппа в сезон 2020/2021 г. по сравнению с сезоном 2019/2020 г. Важно отметить, что выявленные высокие показатели вакцинации против гриппа и COVID-19 могут зависеть от ряда социальных, культурных и политических факторов, которые могут повлиять на решение о вакцинации (например, запреты или ограничения на поездки). Еще предстоит выяснить, сохранятся ли высокие показатели охвата вакцинацией в последующие сезоны гриппа.

В течение первого года пандемии COVID-19 отмечены положительные изменения по отношению к вакцинации: самонадеянность в отношении вакцинации, недоверие о пользе вакцин, опасения по поводу коммерческой выгоды фармацевтических

Трибуна преподавателя

компаний значительно снизились, а убежденность в важности коллективной ответственности значительно возросла. С другой стороны, люди стали больше беспокоиться о возможных побочных эффектах вакцин, кроме того, стали учиться более обдуманно искать информацию о вакцинации.

В целом необходима целевая коммуникационная стратегия для стимулирования процесса вакцинации. Понимание долгосрочной эффективности вакцинации является необходимой предпосылкой для разработки соответствующих профилактических стратегий здравоохранения, особенно в подгруппах с повышенным риском неблагоприятных исходов, связанных с COVID-19.

Необходимо помнить о том, что среди людей в возрасте 18–30 лет и людей в возрасте 60 лет и старше следует применять различные подходы к информированию о вакцинации против COVID-19. Анализ информации и стимулы для принятия решений с возрастом меняются. Например, у пожилых людей отмечается неприятие негативной информации, и, напротив, у молодых людей негативные стимулы вызывают больше внимания, чем позитивные. Пожилые люди лучше запоминают позитивно окрашенную информацию, чем негативную, и принимают решения, в большей степени основанные на позитивной, чем на негативной информации.

В соответствии с этим пожилые люди предпочитают брошюры о здоровье с позитивной мотивацией (например, пожилые люди, получившие информацию о пользе физической активности, впоследствии занимались спортом значительно чаще, чем те, кто столкнулся с недостатками отказа от занятий спортом). Позитивная информация откладывается в памяти лучше, так как приверженность профилактике призвана обещать «позитивное будущее», что вызывает больше надежды, чем негативный прогноз.

В системе общественного здравоохранения вакцинация является одной из наиболее эффективных мер по предотвращению распространения инфекций. Основной целью вакцинации против COVID-19 является снижение риска осложнений и смертности, что особенно важно для групп повышенного риска, прежде всего пожилых людей.

Преодоление недоверия населения к программам вакцинации против COVID-19 возможно в том числе при наличии системы, созданной для оценки безопасности и мониторинга эффективности вакцин против COVID-19, в первую очередь для пожилых людей. Очевидная необходимость создания такого подхода возникла из-за потребности общества в объективных данных для принятия обоснованных решений об оптимальном типе вакцины и эффективных стратегиях профилактики, незави-

симо от коммерческих интересов и политических амбиций.

Необходима разработка целевых кампаний по вакцинации, а также образовательных мероприятий, которые должны подчеркивать важность защиты от COVID-19 и другие преимущества, обеспечиваемые вакцинами.

Важным шагом является правильное информирование о вакцинации против COVID-19: использование доступной и адекватной в культурном отношении информации из надежных источников, специально предназначенных для пожилых людей.

Использованная литература

1. Andryukov B. G. *Older adults: panoramic view on the COVID-19 vaccination* / B. G. Andryukov [et al.] // *AIMSPH*. – 2021. – № 8(3). – P. 388–415.
2. Gao J. *COVID-19 Vaccination for Frail Older Adults in Singapore – Rapid Evidence Summary and Delphi Consensus Statements* / J. Gao [et al.] // *J. Frailty Aging*. – 2022. – № 11(2). – P. 236–241.
3. Rivasi G. *Long-term effects of SARS-CoV-2 vaccination in the nursing home setting* / G. Rivasi [et al.] // *J. Am. Geriatr Soc.* – 2022. – № 70(5). – P. 1336–1341.
4. Teo S. P. *Review of COVID-19 Vaccines and Their Evidence in Older Adults* / S. P. Teo // *Ann. Geriatr. Med. Res.* – 2021. – № 25(1). – P. 4–9.
5. Veronese N. *Prevalence of unwillingness and uncertainty to vaccinate against COVID-19 in older people: A systematic review and meta-analysis* / N. Veronese [et al.] // *Ageing Res. Rev.* – 2021. – № 72. – P. 101489.
6. Siu J. Y. *Perceptions of and hesitancy toward COVID-19 vaccination in older Chinese adults in Hong Kong: a qualitative study* / J. Y. Siu, Y. Cao, D. H. K. Shum // *BMC Geriatr.* – 2022. – № 22. – P. 288.
7. Gallant A. J. *Changes in attitudes to vaccination as a result of the COVID-19 pandemic: A longitudinal study of older adults in the UK* / A. J. Gallant [et al.] // *PLoS One*. – 2021. – № 16(12). – e0261844.
8. Tan M. *Information trust and COVID-19 vaccine hesitancy amongst middle-aged and older adults in Singapore: A latent class analysis Approach* / M. Tan, P. T. Straughan, G. Cheong // *Soc. Sci. Med.* – 2022. – № 296. – P. 114767.
9. Reinhardt A. *Age-related framing effects: Why vaccination against COVID-19 should be promoted differently in younger and older adults* / A. Reinhardt, C. Rossmann // *J. Exp. Psychol. Appl.* – 2021. – № 27(4). – P. 669–678.
10. Silva T. M. *Perceptions, knowledge and attitudes about COVID-19 vaccine hesitancy in older Portuguese adults* / T. M. Silva [et al.] // *Age Ageing*. – 2022. – № 51(3). – afac013.

А. Н. Санько

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Белорусский государственный медицинский колледж

Вопросы кадрового обеспечения являются неотъемлемой частью государственной политики в области здравоохранения Республики Беларусь, а подготовка квалифицированных конкурентоспособных медицинских кадров – одной из приоритетных задач нашего государства.

Сегодня специалисты со средним специальным медицинским образованием составляют основную категорию работников системы здравоохранения Республики Беларусь, так как им принадлежит ведущая роль в обеспечении доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых населению, в усилении профилактической направленности и решении задач медико-социальной помощи.

С внедрением в практическое здравоохранение инновационных методов диагностики, лечения и ухода, а также с использованием современного медицинского оборудования требования, предъявляемые к качеству подготовки обучающихся, в том числе по специальностям «Лечебное дело», «Сестринское дело», постоянно растут.

В колледже повышение качества подготовки обучающихся по вышеуказанным специальностям также осуществляется с помощью инноваций в методике преподавания учебных дисциплин.

Например, методика работы на учебных занятиях с ментальными картами представляет собой способ систематизации знаний с помощью схем. Преподаватели колледжа рассматривают ментальные карты как «интеллект-карты», основанные на технологии изображения информации в особом графическом виде: слева направо, сверху вниз, «ромашкой», «звездочкой», в форме «рыбьей кости» и т. п.

Ментальные карты, составленные на учебных занятиях обучающимися колледжа, – это наглядные пространственные модели в виде древовидной структуры, которые отражают способ мышления каждого обучающегося.

Как показывает практика, ментальные карты воспринимаются обучающимися лучше, чем таблицы и тексты, поэтому в процессе обучения преподаватели используют их при объяснении новой темы для конспектирования, структурирования и запоминания учебного материала, а также при решении учебных задач.

Инновация заключается в особом визуальном способе представления учебной информации,

точнее, в передаче не только словами, а образами и цветом.

Составление ментальных карт на учебных занятиях чаще осуществляется в рабочих тетрадях обучающихся, реже – на отдельных листах формата А4. Принцип работы по их созданию включает следующие этапы:

1. На первом этапе обучающиеся в удобном для них порядке записывают все идеи, мысли, ассоциации, которые связаны с темой или проблемой учебного занятия. В итоге получается визуальная презентация мозгового штурма.

2. На втором этапе обучающиеся создают саму ментальную карту: в центре записывают главное понятие, по краям, как бы на «ветвях», – основные понятия, связанные с данной темой или проблемой учебного занятия, которые они выбирают из идей, мыслей и ассоциаций, предложенных на первом этапе во время мозгового штурма. Далее основные понятия продолжают «разветвлениями», на которых располагаются понятия, раскрывающие их смысл. Для четкости восприятия карты слова на «ветвях» и «разветвлениях» пишутся горизонтально. Графические образы (символы или рисунки) в основном используются для главного и основных понятий.

3. На третьем этапе продолжается рисование карты – ей придается эмоциональная выразительность, то есть своего рода разукрашивание в яркие цвета графических и словесных образов. Чтобы карта была предельно ясной, важные блоки (при необходимости) разграничиваются с помощью линий на участки.

4. На четвертом этапе возврат к восприятию карты предполагает ее дополнение, а именно упрощение или усложнение какими-то новыми «разветвлениями», если появляется новая информация по указанной теме или проблеме учебного занятия.

Данная методика позволяет обучающимся уйти от одномерного линейного мышления к многомерному, освоить учебный материал на более активном уровне, прочнее зафиксировать его в памяти, сформировать интерес к учебной дисциплине и активизировать познавательную деятельность.

«Модным» методом обучения в стенах колледжа стал «Инсерт», а полюбившемся методом – «Ромашка Блума», так как обучающиеся сами стали настаивать на его применении.

Трибуна преподавателя

Метод «Инсерт» используется преподавателями как маркировка текста по мере его чтения. Обучающиеся делают на полях пометки, а после этого заполняют таблицу, в которой заголовки ее графы – это математические знаки, отражающие их отношение при работе с текстом. Цель применения данного метода – сохранить активность обучающегося на протяжении занятия, сделать чтение или слушание учебного материала для него осмысленным, научить осознанно работать с информацией.

Метод «Ромашка Блума» обучает «интеллектуальной ответственности». Она состоит из шести типов вопросов и предполагает прохождение этапов от простого к сложному согласно типу вопроса: простые, уточняющие, практические, интерпретирующие, творческие, оценочные.

Метод работы с инструкционными картами для преподавателей колледжа достаточно прост, но результат его применения на практических учебных занятиях высок. Педагогическая ценность инструкционных карт заключается в том, что они представляют собой четкую инструкцию для самостоятельной работы обучающихся по изучению материала, выполнению практических навыков (медицинских манипуляций). При работе с инструкционными картами обучающиеся получают возможность планировать свою деятельность на учебном занятии, но при этом остаются пассивными, несмотря на то, что выполняют определенные действия, предложенные преподавателем.

Таким образом, инновация заключается в проведении простого тренинга, который основан на элементах симуляционного обучения и состоит из четырехэтапного подхода:

- 1) демонстрация эталонного выполнения практических навыков;
- 2) демонстрация эталонного выполнения практических навыков с пояснениями преподавателя;
- 3) демонстрация эталонного выполнения практических навыков с пояснениями обучающихся;
- 4) выполнение практических навыков обучающимися при работе в паре.

В данном случае инструкционная карта служит инструментом для освоения профессиональных навыков обучающимися и является вербальным средством обучения для отработки медицинских манипуляций по заданной теме.

Важно отметить, что симуляционное обучение стало не только составляющим компонентом образовательного процесса колледжа, но и частью исполнения Плана мероприятий (дорожная карта) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 годы, утвержденного Министром здравоохранения Республики Беларусь от 22.01.2021.

Совершенствование системы аттестации обучающихся в колледже – сегодня одно из самых перспективных направлений. Данный факт подтверждается:

- проведением в 2020/2021 учебном году итоговой аттестации по специальностям «Лечебное дело» и «Сестринское дело» в форме объективного структурированного клинического экзамена;
- участием педагогических работников и обучающихся колледжа в республиканской экспериментальной площадке по реализации проекта «Апробация модели проведения объективного структурированного клинического экзамена в образовательном процессе учреждений образования медицинского профиля», утвержденного приказом Министерства образования Республики Беларусь от 11.08.2021 № 589.

Данный проект рассчитан на четыре учебных года, и в 2021/2022 учебном году его реализация осуществляется согласно календарному плану, утвержденному Республиканским институтом профессионального образования.

В рамках вышеуказанного экспериментального проекта, цель которого – повышение качества обучения по специальностям «Сестринское дело» и «Лечебное дело», в колледже целенаправленно ведется работа по актуализации учебно-программной и учебно-методической документации, особенно в нормативно-правовой ее части, а также совершенствуется содержание учебно-программной документации с учетом практико-ориентированного подхода.

Все большее значение в колледже приобретает направление, связанное с применением информационно-коммуникационных технологий (ИКТ). Преподаватели рассматривают ИКТ как совокупность технологий, одновременно использующих несколько информационных сред: графику, текст, видео, фотографию, анимацию, звуковые эффекты, высококачественное звуковое сопровождение. Классические учебные занятия в сопровождении мультимедийных презентаций, онлайн-тестов и программных продуктов позволяют преподавателям колледжа не только углубить знания обучающихся, но и прочно зафиксировать их в памяти.

Проведение в колледже учебных занятий с использованием ИКТ предусматривает, прежде всего, наличие электронных средств обучения разнообразного характера. Например:

- справочно-информационных – это электронные энциклопедии, справочники, хрестоматии и иные материалы;
- контрольно-диагностических – содержат учебный материал для тематического контроля результатов учебной деятельности обучающихся;

• интерактивных – предназначены для закрепления и отработки обучающимися усвоенных ими знаний, умений и навыков.

В Белорусском государственном медицинском колледже (БГМУ) применение ИКТ с элементами дистанционного обучения осуществляется при помощи системы Moodle. Преподаватели размещают учебные материалы в электронной информационно-образовательной среде колледжа согласно календарно-тематическому планированию с опережением. Работая в данной системе, преподаватель видит, в какое время обучающийся приступил к занятию, на каком этапе он находится, сколько затрачено времени на выполнение задания, в каких случаях и где допущены ошибки. Время, затраченное преподавателем на анализ ответов обучающихся, существенно сокращается, что является значительным преимуществом данной платформы перед электронной почтой и системой Zoom.

Так как тестирование является одним из эффективных методов контроля знаний обучающихся, в колледже разработана пошаговая инструкция по использованию элемента «Тест» системы

Moodle, а также разработано методическое руководство по использованию системы дистанционного обучения БГМУ, направленное на создание курса.

Одним из достоинств применения ИКТ в колледже является повышение качества образования за счет приобретения обучающимися самообразовательных навыков, так как задания для самостоятельного выполнения, размещенные преподавателями на платформе Moodle, предполагают самостоятельный поиск и самоконтроль со стороны учащихся по сбору, обработке и анализу получаемых результатов.

Если учесть, что к самостоятельному выполнению заданий обучающихся подталкивает новизна деятельности и интерес к работе с компьютером, то возможность создания условий для индивидуального самостоятельного обучения при использовании ИКТ становится действительностью.

Можно с уверенностью сказать, что избранные в колледже направления и пути повышения качества подготовки обучающихся эффективны и доступны для каждого учреждения среднего специального медицинского образования.

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

Козловский, В. Общение среднего медицинского персонала с родственниками умершего пациента / В. Козловский, И. Козловская // Главная медицинская сестра. – 2020. – Пилотный номер. – С. 43–47.

Коломийченко, М. Е. Методические принципы организации системы критериев оценки качества и безопасности медицинской деятельности при оказании паллиативной медицинской помощи / М. Е. Коломийченко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 6. – С. 1344–1348.

Комарова, В. Квалификационные требования к работе медицинской сестры / В. Комарова // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 2. – С. 55.

Кондратьев, Д. К. Основы латинской медицинской терминологии : пособие для студентов учреждений высш. образования : в 3 ч. Ч. 2. Фармацевтическая терминология / Д. К. Кондратьев, Е. Н. Хомич, О. В. Шидловская ; Гродн. гос. мед. ун-т. – Гродно : ГрГМУ, 2020. – 178 с.

Кондратьев, Д. К. Основы латинской медицинской терминологии : пособие для студентов : в 3 ч. Ч. 3. Клиническая терминология / Д. К. Кондратьев, Е. Н. Хомич, О. В. Шидловская ; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Гродн. гос. мед. ун-т. – Гродно : ГрГМУ, 2020. – 238 с.

Консон, К. Профессия медицинской сестры в Израиле: обзорный анализ образования, компетенций, практики и условий труда / К. Консон // Медицинская сестра. – 2020. – № 8. – С. 37–41.

Крючкова, Н. Ю. Актуальные вопросы непрерывного медицинского образования: история, проблемы, задачи, перспективы / Н. Ю. Крючкова, И. И. Новикова, Н. В. Резанова // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 3. – С. 111–117.

Кутуева, Э. Как обеспечить качество процедур преаналитического этапа в период пандемии: опыт взаимодействия КДЛ и сестринской службы / Э. Кутуева // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 3. – С. 78–89.

Лагунович, И. Обращение с медицинскими отходами в организациях здравоохранения / И. Лагунович // Главная медицинская сестра. – 2020. – Пилотный номер. – С. 16–21.

Лактат-ацидоз в практике медицинской сестры / Р. Ю. Бангаров [др.] // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 1. – С. 33–38.

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



Профессор В. К. Милькаманич

КАК БОРОТЬСЯ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ УСТАЛОСТЬЮ

Белорусский государственный университет

Источник усталости не в теле, а в уме.
Ты можешь гораздо больше, чем думаешь.
Омар Хайям

Профессиональная усталость, или производственная астения, – далеко не новая медико-социальная проблема. Она известна главным образом как одна из форм невроза, обусловленная хронической стрессовой ситуацией. Такая усталость может быть первым звеном в цепочке формирования очень опасных ее последствий – синдрома хронической усталости и профессионального эмоционального выгорания.

Профессиональная усталость – явление накопительного характера, которое никогда не возникает вдруг, имеет целый ряд первопричин. Если перенести профессиональную усталость на график, то она предстанет перед нами в виде кривой, прямо пропорциональной времени пребывания в этом состоянии, при условии отсутствия каких-либо действенных мер.

Развитию профессиональной усталости часто предшествует более или менее длительный период волевого усилия, умственного напряжения и продолжение работы в условиях обычного переутомления. В подобной ситуации немаловажное значение имеет отношение человека к работе: если выполняемый труд неприятен, то работоспособность, как правило, значительно снижается. Отрицательная настроенность к труду, даже не очень изнурительному, создает психотравмирующую ситуацию вследствие ощущения человеком собственной несостоятельности и может привести даже к невротическому срыву.

Профессиональное утомление развивается особенно быстро, если труд и условия труда характеризуются монотонностью либо, наоборот, необходимостью скоростного темпа, принудительной быстроты психических процессов в ограниченном резерве времени со значительными разнохарактерными переключениями внимания, необходимостью переработки большого объема информации в сжатые сроки, принятия ответственного решения.

Люди, страдающие профессиональным утомлением, жалуются на раздражительность, общую слабость, повышенную утомляемость, быструю истощаемость, рассеянность, плохую память, различные нарушения сна, головные боли, голо-

вокружения, тревожность, подавленность, боли в области сердца, нетерпеливость, несдержанность, неустойчивость настроения.

В профессии медицинской сестры, связанной с взаимодействием с больными людьми и их родственниками, профессиональная усталость – это специфический вид усталости, обусловленный постоянным эмоциональным контактом с большим количеством людей. В значительной степени появлению профессиональной усталости медицинского работника могут способствовать дежурства, работа по сменам и на нескольких ставках, чрезмерно длинный прием пациентов и т. д.

Свою длительную усталость, невозможность сосредоточиться, раздражительность, бессонницу медицинские сестры, как правило, объясняют повышенным или пониженным артериальным давлением, колеблющимся атмосферным давлением, общественным транспортом, материальными проблемами и т. п. Встречаются случаи бесконтрольного употребления транквилизаторов («очень хорошо помогает при бессоннице», «снимает усталость», «для улучшения мозгового кровообращения» и т. п.), а также употребления спиртного («расслабиться после смены», «снять тягостные ощущения после ухудшения состояния больного человека»).

Существует определенная связь профессиональной усталости с отношением к своему пациенту как к объекту. Так, некоторые медицинские сестры («лед-сестры») зачастую не переживают свое отношение к другому человеку, их чувства притуплены, а действующие инструкции и протоколы полностью регламентируют все их взаимоотношения с подопечными. Стереотипизируя собственную деятельность, насыщая ее фантомами, такая медицинская сестра отказывается от собственного психического развития, соблазняясь обманчивым покоем, устойчивостью и безопасностью. Но этим она делает первый шаг к появлению симптомов профессиональной усталости, которую в первую очередь вызывают однообразие и скука.

Естественно, это не единственная причина усталости от профессии, потому что сама тяжесть

медицинского труда неминуемо вызывает утомление. Последствия профессионального утомления медицинской сестры могут быть самыми разнообразными. Рассмотрим их подробнее:

Нетерпеливость и раздражительность. Проявляется в сокращении времени приема каждого пациента, стремлении как можно быстрее закончить вызывающую утомление работу (создание своеобразного конвейера). Примерами могут служить выражения типа «не мешайте работать», «выражайтесь яснее», «не отнимайте мое и свое время», «обратитесь к другому специалисту, я этим не занимаюсь» и т. п. У пациента создается впечатление, что медицинская сестра хочет от него отделаться, не воспринимает серьезность его жалоб и в целом относится к нему неуважительно.

Снижение и замедление производительности труда. Характеризуется неспособностью концентрировать внимание, трудностью при постановке сестринского диагноза и выборе необходимой тактики и метода оказания помощи, преобладанием так называемых штампов в работе. На пациента такая медицинская сестра производит впечатление рассеянной особы, занятой своими проблемами, а часто и просто некомпетентной.

Производственные ошибки. Они могут быть вызваны невнимательностью и поспешностью. Кроме того, они бывают причиной психической ятрогении. Неудачно сказанное слово, профессиональный жаргон, привнесение в ситуацию собственных болезненных переживаний всегда травмируют психику пациентов.

Недовольство результатами деятельности. Переживание собственной профессиональной не состоятельности при нарастании производственных ошибок, трудности при концентрации внимания, затруднения в восприятии нового материала являются причиной травматизации психики самой медицинской сестры.

Конфликты и нарушение профессионального взаимодействия. Конфликты возникают как с администрацией (из-за претензий к неудовлетворительной работе), так и с коллегами (вследствие раздражения, вызванного утомлением), с пациентами (из-за ошибок, отсутствия психологического подхода, некачественных высказываний).

Что делать при профессиональной усталости? Обратимся к конкретным советам по борьбе с этим состоянием.

В начале каждого дня следует трезво рассмотреть проблемы, из-за которых вам не очень хочется «взаимодействовать» с предстоящим днем. Вспомните, какие именно ситуации приводят вас к нервно-эмоциональному напряжению, насколько часто вы попадаете в них, и постарайтесь их избегать. Например, если вы ощущаете

дискомфорт в общении с начальником в присутствии других, выбирайте (насколько это возможно) удобное для вас время и не испытывайте после этого чувства вины или собственной слабости – это непродуктивно. Если однажды вы успешно справились с вынужденным обстоятельством, испытали и получили определенный, пусть частный, опыт, в следующий раз данная ситуация не вызовет у вас таких отрицательных переживаний.

Найдите свой способ восстановления психического состояния. Например, во время занятия хобби вы имеете возможность на время отключиться от рутинной работы и получить массу положительной эмоций. Даже после просмотра любимого фильма или посещения картинной галереи вы можете по-другому взглянуть на актуальные для вас на настоящий момент производственные трудности.

Полноценно и активно используйте свободное время. Нужно полюбить себя, потому что профессиональная усталость во многом связана с тем, что вы вместо того, чтобы уделять внимание себе, своим близким и удовлетворять какие-то свои жизненные потребности, излишне переключены на проблемные производственные вопросы.

Нужно вести активный образ жизни: больше ходить пешком, бегать, кататься на велосипеде и т. д. Если есть возможность, уезжайте на выходные за город, в гости. Смена вида деятельности на досуге помогает накопить энергию для работы.

Настроение естественным образом улучшается, потому что вы попадаете в русло нормальной жизни и правильным образом перерабатываете накопившуюся негативную энергию.

Расставив правильные акценты в жизни, можно избавиться от профессиональной усталости.

Найдите положительные стороны в рабочей деятельности. Если вы разочаровались в своей работе, в ранее принятой позиции, работа превратилась в рутинную – сделайте все возможное для того, чтобы ваша деятельность стала более разнообразной.

Организируйте свое рабочее место так, чтобы вам было комфортно. Например, поставьте на стол фотографию любимого человека, купите себе новый персональный компьютер, если до сих пор вам приходилось время от времени пользоваться рабочим местом коллег, позаботьтесь о ярком освещении, закажите жалюзи, поставьте кондиционер. Пусть вам будет приятно находиться за своим рабочим столом.

Рационально используйте рабочее время. Именно неумение планировать и использовать свое время приводит к тому, что качество работы оставляет желать лучшего, накапливаются дела,

Школа само- и взаимопомощи

возникает необходимость одновременного выполнения различных, иногда не связанных между собой операций, труд и отдых становятся ненормированными, работа не прекращается ни вечером, ни в выходные дни.

Разделите время на несколько категорий: время, посвященное делам, которые вы считаете главными для себя; время, затраченное на необходимые, но не столь важные дела; «промежуточное» время, затраченное на поездки в транспорте, личные телефонные разговоры, обеденный перерыв и т. д.

Чередуйте время труда и отдыха. Дайте возможность восстановиться вниманию, отдохнуть глазам, расслабиться спине. Не доводите себя до критического состояния, когда глаза закрываются сами, а пальцы машинально набивают текст. В этом случае затраты максимальны, а результативность достаточно невысокая, хотя вам может казаться, что наоборот. Отдыхайте еще до того, как устанете.

Не доводите свои дела до аврала, сведите до минимума срочные и неожиданные поручения, заставляющие вас работать при дефиците времени.

Придерживайтесь разумной умеренности в использовании электронных устройств и гаджетов. Они, с одной стороны, помогают, а с другой – могут так или иначе истощить ваши энергетические ресурсы. Когда мы находимся перед экраном смартфона, ноутбука или планшета, то очень много уделяем этому внимания, а физической разрядки при этом не получаем. Мелькание картинок приводит к состоянию информационного стресса, который сам по себе является энергозабирающим состоянием.

Уважаемые коллеги! Организационные ресурсы человека раскрываются в его деятельности, особенно в профессиональной среде. Но они же могут угнетаться этой средой. Все зависит от того, как человек справляется с возникшими организационными трудностями.

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

- Лаптиева, Л. Н.* Роль симуляционного обучения в профессиональной адаптации медицинских работников / Л. Н. Лаптиева, Т. В. Матвейчик, О. П. Цывис // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 1. – С. 8–13.
- Мамонтова, Г.* Вакцинация от COVID-19. Главные медсестры поделились опытом и образцами локальных документов / Г. Мамонтова, Е. Макарова // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 4. – С. 30–34.
- Матвейчик, Т. В.* Тенденции в области практико-ориентированного обучения медицинских сестер в Республике Беларусь / Т. В. Матвейчик // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 2. – С. 10–17.
- Маршалкович, С.* Рентгенолаборант: особенности профессиональной деятельности в здравоохранении / С. Маршалкович // Главная медицинская сестра. – 2020. – Пилотный номер. – С. 8–12.
- Медицинские сестры: факторы профессионального выгорания* / О. С. Кобякова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 2. – С. 353–358.
- Мельникова, Г.* Новые методические указания по обеззараживанию рук и кожных покровов: как внедрить в работу / Г. Мельникова // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 5. – С. 30–47.
- Мельникова, Г.* Новые методические указания по обеззараживанию рук: что нужно знать медперсоналу и руководителям / Г. Мельникова // Управление качеством в здравоохранении. – 2021. – № 2. – С. 37–41.
- Методические рекомендации для медицинских сестер кабинета больных с хронической сердечной недостаточностью* / С. А. Бойцов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 1, ч. 3. – С. 283–306.
- Микробиологическая характеристика воздушной среды помещений для персонала в многопрофильном стационаре* / А. В. Жестков [и др.] // Главврач. – 2021. – № 2. – С. 11–14.
- Мнение медицинских работников относительно ожиданий пациентов в связи с планами по изменению функций медицинских сестер* / Н. Н. Камынина [и др.] // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 2. – С. 33–37.
- Мыльникова, И.* Готовые решения для главной медсестры: как обучить экстренной медпомощи по новым стандартам и что вменить в обязанности / И. Мыльникова // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 4. – С. 42–49.
- Небеждин, Н.* Практика привлечения пациентов к ответственности за оскорбление медицинских работников / Н. Небеждин // Руководитель. Здравоохранение. – 2020. – № 10. – С. 36–40.
- Николенко, Н.* Новые правила охраны труда. Чек-лист для главной медсестры и образцы локалки / Н. Николенко // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 3. – С. 42–49.
- Особенности ухода за полостью рта у тяжелобольных* / А. М. Морозов [и др.] // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 1. – С. 29–32.

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

ЛЕГКИЙ САЛАТ С КРЕВЕТКАМИ И ОЛИВКОВЫМ МАСЛОМ

Ингредиенты:

- очищенные креветки – 300 г;
- огурец – 1 шт.;
- помидоры – 3 шт.;
- свежий базилик – 20 г;
- свежий тимьян – 10 веточек;
- чеснок – 4 зубчика;
- оливковое масло – 50 мл.;
- соль – 1/4 ч. л.;
- перец черный молотый – 1/4 ч. л.;
- сок половины лимона.



Приготовление:

1. Положить креветки в противень, добавить оливковое масло (25 мл), тимьян и измельченный чеснок. Посыпать солью и перцем. Запекать в разогретой до 180 °С духовке до тех пор, пока креветки не станут розовыми (8–10 мин).

2. Переложить креветки в большую миску (убрать тимьян и чеснок). Добавить лимонный сок и размешать. Добавить разрезанные огурец, помидоры, затем базилик. Подавать порционно, сбрызнув маслом, при желании украсить базиликом.

СЭНДВИЧ ИЗ ЦЕЛЬНОЗЕРНОВОГО ХЛЕБА С КУРИЦЕЙ И ТВОРОЖНОЙ НАМАЗКОЙ

Ингредиенты:

- цельнозерновой хлеб – 6 ломтиков;
- мякоть курицы гриль – 300 г;
- творог жирностью 5–9% – 100 г;
- огурец – 1 шт.;
- сметана – 1–2 ч. л.;
- петрушка – 1 маленький пучок;
- соль, перец черный молотый – по вкусу.



Приготовление:

1. Сделать намазку. Для этого блендером взбить петрушку, творог и сметану. Посолить, поперчить.

2. Обжарить хлеб в тостере. Смазать каждый ломтик хлеба творожной намазкой.

3. Тонко нарезать огурец и курицу. Выложить на 3 ломтика хлеба курицу и огурцы. Посолить, поперчить.

4. Накрыть хлеб с курицей и огурцами оставшимся хлебом с намазкой. Слегка прижать, разрезать по диагонали.

САМЫЙ ПОЛЕЗНЫЙ КИСЕЛЬ ИЗ КЛЮКВЫ

Ингредиенты:

- клюква – 800 г;
- сахар – 100 г;
- мед – 100 г;
- картофельный крахмал – 3–4 ст. л.;
- вода – 1,4 л.



Приготовление:

1. Клюкву взбить блендером и протереть через сито. Сок отставить, жмых положить в кастрюлю, добавить сахар и 1,2 л воды. Довести до кипения, варить 20 мин.

2. Процедить отвар через сито в чистую кастрюлю, вернуть на сильный огонь, снова довести до кипения, огонь уменьшить до средне-слабого. В оставшихся 200 мл воды развести крахмал, помешивая, тонкой струйкой влить его в кипящий отвар.

3. Продолжая помешивать, варить кисель до загустения, примерно 3 мин. Снять с огня и остудить, часто помешивая, 10 мин. Добавить клюквенный сок и мед, тщательно перемешать.



К. С. Куделко

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Оршанский государственный медицинский колледж

Вопрос качественной подготовки будущих специалистов со средним медицинским образованием сегодня является весьма актуальным, поскольку требования к уровню профессиональных знаний, умений и навыков медицинских кадров возрастают с каждым годом.

В современном медицинском образовании очень важен практико-ориентированный подход, особую роль в котором играет симуляционное обучение, основанное на реалистичном моделировании, имитации клинических ситуаций, диагностических или лечебных манипуляций с помощью механических, электронных виртуальных моделей. Использование симуляционных технологий при проведении учебных занятий позволяет создать условия, максимально приближенные к реальной профессиональной деятельности, обеспечить объективный контроль правильности вы-

полнения обучающимися конкретного профессионального действия, его корректировку в процессе обучения, отрабатывать командные действия через командные тренинги. Поэтому в учреждениях образования, реализующих программы подготовки специалистов со средним медицинским образованием, созданы лаборатории по отработке навыков, целью которых прежде всего является формирование и совершенствование практических навыков и профессиональных компетенций обучающихся.

Такая лаборатория функционирует и в Оршанском государственном медицинском колледже. Она разделена на пять симуляционных модулей: «Педиатрия», «Терапия», «Хирургия», «Акушерство и гинекология», «Неотложная медицинская помощь и реанимация». На каждом модуле сформированы станции, имитирующие обстановку



и условия, максимально приближенные к реальным: имеется симуляционное и медицинское оборудование, изделия медицинского назначения, технические средства обучения, учебное обеспечение, необходимые для выполнения обучающимися лечебных и диагностических манипуляций, а также нормативное и методическое обеспечение для реализации образовательного процесса.

На тематических учебных модулях проводятся практические учебные занятия и тренинги с использованием симуляционных методов обучения как в основном образовании по специальностям «Лечебное дело», «Сестринское дело», так и в дополнительном образовании взрослых.

Кроме того, на базе лаборатории осуществляют такие формы контроля, как анализ практической подготовки обучающихся выпускных групп по учебным дисциплинам, проведение практического этапа собеседования по результатам прохождения обучающимися учебной практики, проведение аттестации в формате объективного структурированного клинического экзамена.

Работа обучающихся в лаборатории четко организована и регламентирована. До входа на симуляционный модуль (или станцию) обучающиеся должны пройти регистрацию для определения порядкового номера, под которым они входят на модуль. Затем обучающиеся получают индивидуальный маршрут движения по станциям, а также задания для выполнения практических манипуляций.



Так выглядит карточка с индивидуальным маршрутом движения обучающегося по симуляционным модулям:

Учреждение образования «Оршанский государственный медицинский колледж»	
ЛАБОРАТОРИЯ ПО ОТРАБОТКЕ НАВЫКОВ	
Индивидуальный маршрут движения обучающегося по симуляционным модулям	
Модуль № 1	Терапия
Модуль № 2	Акушерство
Модуль № 3	Хирургия с основами травматологии
Модуль № 4	Педиатрия

На карточке указано, какое задание и на каком модуле должен выполнить обучающийся:

Учреждение образования «Оршанский государственный медицинский колледж»
ЛАБОРАТОРИЯ ПО ОТРАБОТКЕ НАВЫКОВ
Симуляционный модуль «Сестринское дело в хирургии и травматологии»
ЗАДАНИЕ для проведения практического этапа собеседования по результатам прохождения учебной практики по сестринскому делу в терапии, педиатрии, хирургии
ВЫПОЛНИТЕ КАТЕТЕРИЗАЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЖЕНЩИНЫ УРОЛОГИЧЕСКИМ КАТЕТЕРОМ НЕЛАТОНА

Необходимо отметить, что войти на модуль обучающимся разрешается строго по определенному звуковому сигналу, после чего они приступают к отработке практических навыков в течение отведенного им времени. Покинуть симуляционный модуль обучающиеся могут только после характерной звуковой команды. Во время работы обучающихся на модуле (станции) осуществляется видео- и аудиофиксация процесса, которая может быть использована для оценки выполнения заданий, а также для урегулирования возникших спорных вопросов.

Как было отмечено выше, в лаборатории проводятся не только практические учебные занятия

Трибуна преподавателя

с обучающимися колледжа, но и симуляционные тренинги со слушателями отделения повышения квалификации и переподготовки кадров. Использование симуляционных тренингов в дополнительном образовании взрослых позволяет повысить уровень профессиональных знаний и компетенций медицинских работников при выполнении диагностических и лечебных манипуляций, а также закрепить навыки по оказанию медицинской помощи пациентам с неотложными и угрожающими жизни состояниями.

С целью формирования обратной связи с обучающимися и преподавателями колледжа проводится анкетирование для определения степени удовлетворенности работой в лаборатории. В опросе в 2021/2022 учебном году приняли участие 105 обучающихся по специальностям «Лечебное дело» и «С стринское дело», а также 56 слушателей отделения повышения квалификации и переподготовки и 22 преподавателя.

Большинство опрошенных отметили высокое качество и реалистичность предлагаемых клинических ситуаций для выполнения практических навыков. Также респонденты согласились с тем, что использование фантомов, тренажеров и манекенов при отработке манипуляций делает образовательный процесс более интересным, увлекательным, продуктивным, а действия обучающихся становятся более уверенными и самостоятельными.

Преподаватели, в свою очередь, указали, что использование симуляционных технологий в образовательном процессе способствует более



успешному формированию профессиональных компетенций обучающихся, а также высказали предложения по совершенствованию работы лаборатории.

Таким образом, применение симуляционного обучения при организации образовательного процесса в Оршанском медицинском колледже направлено на развитие самостоятельности обучающихся, углубление, расширение, закрепление полученных теоретических знаний и формирование профессиональных компетенций без страха неправильно выполнить практические задания и в то же время без риска для пациентов.

Конечно, симуляционное обучение не является панацеей для решения всех проблем медицинского образования, но это действенный и эффективный инструмент для достижения поставленных целей по максимальному приближению подготовки обучающихся к требованиям практического здравоохранения, решению проблемы профессиональной адаптации выпускников еще в период обучения.

Использованная литература

1. Кан К. З. *Объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ): руководство АМЕЕ № 81. Ч. 1: Исторические и теоретические перспективы / К. З. Кан [и др.] // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2014. – № 2. – С. 23–40.*
2. *О совершенствовании работы лаборатории по отработке навыков и подготовке материалов ОСКЭ: письмо Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.04.2022 № 9-29/6513.*
3. *Об утверждении примерного Положения о лаборатории по отработке навыков: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.04.2021 № 356.*
4. *Об утверждении примерного Положения об организации объективного структурированного клинического экзамена: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17.03.2021 № 289.*
5. *Симуляционное обучение по специальности «Лечебное дело» / сост. М. Д. Горшков; ред. А. А. Свистунов. – М., 2014. – 288 с.*

