



СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

2 том

**Учебник для студентов факультетов
высшего сестринского образования медицинских вузов,
студентов медицинских колледжей
и училищ страны**

Рекомендован Департаментом
научно-исследовательских и образовательных
медицинских учреждений
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Москва 2000

После выхода 1-го тома уже прошло 2 года. Обстановка вновь обязывает возвратиться к вопросу об академической сестре – сестре с высшим образованием. Что это такое и нужна ли она? Нужна и даже необходима. Придерживаясь дедуктивного принципа диалога, – отвечу я. В подтверждение этого поставлю встречный вопрос: А нужен ли интеллект человечеству и обществу? К сожалению, мы, россияне, еще способны думать и обсуждать подобную проблему, когда наш восточный сосед – Япония – объявляет XXI век веком всеобщего высшего образования для своей страны. Это делается именно для интеллекта и культуры общества. Хотя Япония в мировой интеллектуальной лестнице занимает ведущие позиции, а Россия с 3-го места в послевоенные годы переместилась на 48-е.

Интеллект – это ум, разум и мышление. Его природа дает на генетических началах в пределах 12–15%. Значит, наше дело – развивать и приумножать! И до тех пор, пока мы не достигнем нужного уровня, так и будем кувыряться и плестись на хвосте мировой истории.

«Если мир спасется красотой», – говорил Федор Достоевский, – то «Человечество воспрянет интеллектом» – считает академик А. Краснов. И он же добавляет: «Божья троица – знания, интеллект и мудрость должна править миром». К сожалению, им управляют противоположные черты – деньги на фоне воровства и предательства.

И вновь об академической сестре. Это наше российское достоинство. Это наша державная классика. И как с нами бывает в период революции, разрушая все и вся, была нарушена и наша педагогика. Она уехала за границу, в основном в Финляндию и Америку. А сейчас мы по крупицам вновь восстанавливаем ее.

Кроме интеллекта, повышения культуры кратко обрисовем конкретные черты и задачи академической сестры. Ну на самом деле – главная сестра, старшая сестра – чем отличаются они от обычной сестры по уровню своей подготовки? Да ничем. Даже больше того – изначально отбирая кадры на руководящие посты по принципу голоса и кулака, сестра теряет профессиональные качества. А мы

считаем, что старшая и главная сестры должны иметь разные уровни подготовки в сравнении с обычной сестрой. Поэтому в систему подготовки академической сестры заложен, прежде всего, мощный медицинский блок, поднимающий сестру на уровень помощника врача. В дополнение к этому ей придется емкий гуманитарный блок знаний. Это — психология, педагогика, юриспруденция, экономика, организация, менеджмент и маркетинг. Перечисленное свидетельствует о значительных преимуществах академической сестры над обычной сестрой. Следовательно, ей и занять место на уровне старшей и главной сестер.

Больше того, мы считаем, что академическая сестра со временем должна занять уровень заведующих отделениями. А заведующие отделениями в настоящее время должны стать главными или ведущими специалистами — главный хирург, главный терапевт, главный гинеколог, главный рентгенолог и т. д. На самом деле, подбор заведующих отделениями в настоящее время осуществляется по профессиональному уровню. Хороший специалист возглавляет отделение. Да неправильно же это! Мы губим и недооцениваем высокий профессиональный потенциал. Ведущий хирург, терапевт, гинеколог и так далее должны заниматься своим профессиональным делом. Их место — палаты, приемный покой, операционные и другие рабочие врачебные места. Заведующий отделением — не столько профессионал, сколько организатор, нужны именно гуманитарные знания: педагогика, психология, экономика, менеджмент и маркетинг.

Исходя из изложенного, группа ученых высших медицинских заведений Самары, Москвы и Санкт-Петербурга, а также практических работников Самарской области предлагает 2-й том учебника «Сестринское дело». Он посвящен профессиональным началам. Это — терапия; педиатрия; гериатрия; хирургия; акушерство и гинекология; экстремальная медицина; реабилитология в широком смысле слова — правовая, социальная, психологическая, бытовая; семейная медицина; перспективы сестринского дела на XXI век и взаимоотношения врач—сестра, сестра—врач.

Из представленных данных видно, что предлагаемая читателю книга содержит 9 ведущих направлений с доминантным изложением места академической сестры в названных отраслях медицины. Напомним, что 1-й том учебника целиком и полностью посвящен гуманитарным дисциплинам, не касаясь профессиональных направлений.

Из 9 названных отраслей медицины $1/2$ емкости занимают 3 дисциплины — терапия, педиатрия и гериатрия. Каждая из них построена по органному принципу: сердечно-сосудистая, пищеварительная, дыхательная, эндокринная, нервная, гепатолиенальная и

другие системы. Рассмотрены, я бы сказал, детально все названные системы, даже на врачебном уровне, в 3-х поколениях: дети — взрослые — пожилые люди. Вот на эту особенность мы и делаем акцент, преподнося это в виде «изюминки», то есть особенности нашей книги. Мы не нашли подобного руководства, где можно было бы взять и единым махом рассмотреть ту или иную систему в 3-х уровнях: дети — взрослые — пожилые люди.

Другие разделы, а именно: хирургия, экстремальная медицина, семейная медицина, реабилитология, перспективы развития сестринского дела также представляют большой интерес и в профессиональном, и в организационном планах с отражением роли академической сестры в той или иной отрасли медицины.

Все разделы написаны без прототипа, то есть в нашей отечественной медицине нет подобного ни учебника, ни руководства. А что такое прототип? То же самое, что дом для строительства без проекта, что опера для артиста без нот, что картина для художника без этюдов, или предварительных набросков. Поэтому просим читателя не столько судить и критиковать, сколько принять к сведению как первопроходцев и присылать свои отзывы с пожеланиями и советами, которые авторы учтут при переиздании.

Мы рискнули пойти на смелый шаг написания новой книги без прототипа, памятуя свой постулат: «Лучше упорно трудиться и в меру ошибаться, чем безошибочно бездельничать».

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ТЕРАПИИ

Особенности организации сестринского процесса в терапии

Сестринский процесс — это организационная структура, необходимая для наблюдения, ухода, выполнения назначений врача терапевтическим больным. Это метод организации и оказания сестринской помощи, который обычно включает больного (пациента) и медицинскую сестру в качестве взаимодействующих лиц. Довольно важным является то, что пациент в данной ситуации должен рассматриваться не как отдельный случай заболевания, а как личность.

До недавнего времени понятие «диагноз» относилось только к профессии врача. Но по мере того, как сестринское дело стало определяться в автономную профессию, возникла необходимость сформулировать, в чем сущность сестринской практики и ее отличие от деятельности специалистов других профессий здравоохранения. В профессиональный лексикон вошло понятие «сестринский процесс», под которым понимают «системный или прагматичный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированной на потребности пациента». Цель его заключается в том, чтобы предупредить, облегчить, уменьшить или свести к минимуму проблемы (трудности), возникающие у пациента. Сам термин «сестринский процесс» только вводится у нас в стране.

Он раскрывает сестринскую деятельность на современном уровне. Медсестры должны быть компетентными, способными мыслить и анализировать. Поэтому сестринский процесс — это все-таки образ мышления и действий медицинской сестры. Имеются три основные характеристики сестринского процесса: ЦЕЛЬ, ОРГАНИЗАЦИЯ, УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ (творческие способности медицинской сестры).

ЦЕЛЬ — сестринский процесс в работе медсестры должен включать: 1. Идентификацию проблем и потребностей больного человека в наблюдении и уходе. 2. Определение приоритетов по уходу и ожидаемых целей и результатов ухода за больными. 3. Применение

сестринской стратегии, направленной на удовлетворение различных нужд больного. 4. Оценка эффективности сестринского ухода.

Составные части процесса, а именно: обследование, постановка сестринского диагноза, планирование, осуществление (реализация) плана и оценка полученных результатов составляют организационную структуру в сестринском процессе.

Наконец третья характеристика — уровень образования медицинской сестры дает возможность применять знания и навыки в разрешении проблем различной трудности.

Составными данного процесса являются: сестринское обследование пациента, диагностирование его состояния (определение потребностей и выявление проблем), планирование помощи, направленной на удовлетворение выявленных потребностей (проблем), выполнение (реализация) плана необходимых сестринских вмешательств и оценка полученных результатов.

а) ОБСЛЕДОВАНИЕ — это прежде всего получение информации о состоянии здоровья больного и создание информационной базы. Это тщательный целенаправленный расспрос, включающий выявление жалоб, истории настоящего заболевания, перенесенных заболеваний, истории жизни, аллергологического анамнеза, а также выявление других проблем, волнующих больного. Источником информации может быть не только сам больной, но и члены семьи, друзья, коллеги по работе, медицинские работники, медицинская документация (амбулаторная карта, выписка из истории болезни и т. п.), специальная медицинская литература. Важный пункт в обследовании — это взаимоотношения между медсестрой и пациентом. В большинстве случаев пациент является наилучшим источником информации. Пациент, который настроен отвечать на вопросы, может дать наиболее точную информацию. Члены семьи используются для информации в том случае, когда пациентом является маленький ребенок, душевнобольной, пациенты, находящиеся в бессознательном состоянии. Так как оценка состояния является непрерывным процессом, медсестра должна поддерживать связь с другими членами бригады медицинской помощи (врачами, медицинскими сестрами, санитарями и т. п.). Как источник информации привлекаются по мере необходимости и работники социальной службы, представители духовной сферы. Все они являются потенциальными источниками информации.

Медицинская документация может давать информацию о состоянии здоровья пациентов в прошлом, о методах его лечения, достигнутых результатах. Изучение медицинской литературы помогает медицинской сестре повышать свой образовательный уровень по

данному вопросу и дополнить информационную базу о больном. Далее необходимо провести тщательный осмотр больного, при этом необходимо определить состояние больного, его положение, состояние сознания, телосложение, его поведение, контактность. При осмотре кожных покровов и видимых слизистых оболочек обратить внимание на их цвет, эластичность, тургор кожи, наличие различных сыпей, рубцов, расчесов. Следует оценить состояние подкожно-жирового слоя, наличие варикозно расширенных вен на нижних конечностях, брюшной стенке, наличие жидкости в брюшной полости. Обследование также включает и проведение физических методов исследования: с помощью пальпации определяют голосовое дрожание, резистентность грудной клетки, болевые точки; с помощью перкуссии определяют перкуторные звуки над грудной клеткой: легочный, коробочный, бедренный, тимпанический, притупленно-тимпанический; нижние границы легких и подвижность легочного края, высоту стояния верхушек и ширину полей Кернига; методом аускультации выявляются основные дыхательные шумы, везикулярное и бронхиальное дыхание и дополнительные — хрипы, крепитация, шум трения плевры, шум плеска Гиппократата и шум падающей капли, кроме того, следует определить бронхофонию.

После сбора информации медицинская сестра ставит СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ, то есть начинается следующий этап процесса, который соответствует в основном симптомному и проблемному. В сестринский диагноз включается определение и обозначение существующих и потенциальных проблем больного.

Цель данного этапа — установить: 1) существующие или потенциальные проблемы, возникающие у пациента как своего рода ответные реакции организма на его состояние, в том числе и болезнь; 2) факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем; 3) сильные стороны пациента, которые способствовали бы предупреждению или разрешению проблемы. Это может быть головная боль, головокружение, рвота, боли в животе, слюнотечение, понос, запор, бессонница, одышка, тревога, беспокойство и т. д. Следует подчеркнуть, что сестринский диагноз в течение заболевания и его лечения может изменяться. При постановке сестринского диагноза медсестра должна обращать внимание на то, что больной человек, как правило, имеет в какой-то степени измененную психику: неконтактность, возбуждение, агрессивность, плаксивость, депрессию, нежелание отвечать на вопросы. Все эти проблемы должны учитываться при постановке сестринского диагноза.

Постановку сестринского диагноза не следует путать с постановкой врачебного диагноза.

Их отличие:

Врачебный диагноз	Сестринский диагноз
<ul style="list-style-type: none">– определяет болезнь;– может оставаться неизменным в течение всего времени болезни;– предполагает лечение в рамках врачебной практики;– как правило, связан с возникшими патофизиологическими изменениями в организме.	<ul style="list-style-type: none">– нацелен на выполнение ответных реакций организма в связи с болезнью;– меняется каждый день или даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь;– сестринские вмешательства в пределах ее компетенции и практики;– с представлениями самого пациента о состоянии его здоровья.

Медсестре предстоит решить, кто из профессиональных работников здравоохранения может разрешить данные проблемы пациента.

Количество диагнозов зависит от характерологических особенностей пациента.

Проблемы делятся на актуальные и потенциальные, которые рассматриваются с учетом приоритета (первичные, промежуточные, вторичные).

Например: в стационар поступил неподвижный больной. Первичная его проблема – неподвижность или ограниченная подвижность. Вторая проблема (она является потенциальной) – это возможность возникновения пролежней. При каждом из поставленных диагнозов медсестра намечает себе действия, и на потенциальный диагноз – тоже, чтобы потенциальная проблема не превратилась в проблему явную.

Задача медицинской сестры – разработать индивидуальный план ухода за больным с тем, чтобы пациент и его семья смогли бы адаптироваться к изменениям, которые могут возникнуть в связи с проблемами в здоровье.

Медицинская сестра ведет сестринскую историю болезни, записывает перечень выявленных диагнозов. По поводу каждого из них разрабатывает свою тактику и план мероприятий. Это третий компонент сестринского процесса, целью которого являются: определение приоритетов обслуживания; определение возможных последствий и разработка плана ухода за больным.

Мероприятия, которые должна проводить медсестра: определение мер по уходу за больным; написание плана по уходу за больным; планирование ожидаемых результатов; подготовка к необхо-

димым консультациям. План — это определение программы действий. Прежде всего, медицинская сестра должна добиться расположения больного, но не заигрывать с ним. В план следует включать мероприятия по уходу и наблюдению за больным, подготовку больных к дополнительным методам исследования; методику забора биологического материала для лабораторных методов исследования; выполнение различных врачебных назначений по лечению больного, а также планировать консультации других специалистов и т. д. При этом пациент должен быть вовлечен в процесс планирования. Цели, намеченные медицинской сестрой, могут быть: кратковременными — рассчитанные на 7—10 дней; долговременными — рассчитанные на более длительный срок. Во время написания целей необходимо учитывать: действие, критерий, условия.

Например: медсестра должна научить пациента в течение двух дней делать самому себе инъекции инсулина.

ДЕЙСТВИЕ — делать инъекции.

КРИТЕРИЙ — в течение двух дней.

УСЛОВИЯ — с помощью медицинской сестры.

Спланировав все мероприятия, медицинская сестра их выполняет. Это четвертый этап сестринского процесса.

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ДЕЙСТВИЙ, необходимых для выполнения плана. Целью данного этапа является обеспечение соответствующего ухода за больным, своевременное выполнение врачебных назначений: подготовка больных к различным исследованиям, осуществление забора биологического материала на исследование (кровь, моча, кал, мокрота, желудочное и дуоденальное содержимое), своевременная раздача лекарственных средств, выполнение различных инъекций, организация необходимых консультаций, а также своевременное проведение мероприятий по уходу и наблюдению за больным. Осуществление действий — это, прежде всего, реализация планируемых мероприятий: оказание помощи пациенту в выполнении жизненных потребностей; обучение и консультирование пациента и членов его семьи; уход за пациентом. В зависимости от планируемых мер существует три основных типа реализации:

а) **ЗАВИСИМАЯ** — при этом требуются указания врача, но должны быть использованы знания и навыки медицинской сестры, например: раздача конкретных лекарств больному, инъекции и вливания, введение зонда для забора желудочного или дуоденального содержимого, проведение подготовки больного к специальным методам исследования и т. д.;

б) **НЕЗАВИСИМАЯ** — включает непосредственную деятельность медсестры. Как правило, ее действия регулируются сестринской практикой: уход за волосами, глазами, полостью рта, кожей, профилактика пролежней, подмывание больного;

в) ВЗАИМОЗАВИСИМАЯ – совместная деятельность медицинской сестры с другими специалистами в области медицины через протоколы и различные предписания. Протокол – это написанный план процедур, выполняемых медсестрой во время обследования.

Потребность пациента в помощи может быть временной, постоянной или реабилитирующей. Например: в случае временного ухода помощь требуется в течение короткого времени (ОРЗ). У больного, не имеющего способности к самообслуживанию из-за поражения грудного отдела позвоночника, потребность в помощи постоянная.

Реабилитирующая помощь поможет пациенту приобрести новые навыки выполнения ежедневных потребностей, чтобы стать более независимым и быть более способным к самоуходу.

Среди методов осуществления мероприятий по уходу за больным используется и **СОВЕТ**. С помощью совета медицинская сестра помогает больному решать проблемы, это облегчает контакт между больными, семьей и медперсоналом. Совет – это эмоциональная, интеллектуальная и психологическая помощь. Медицинская сестра дает советы, чтобы помочь больному подготовиться к предстоящим или настоящим изменениям, возникающим из-за стресса, который всегда присутствует при любом заболевании. В число пациентов, нуждающихся в совете, включаются и те лица, которым нужно приспособиться к новому здоровому образу жизни – бросить курить, похудеть и т. п. Во время заболеваний, вызывающих опасение за жизнь пациента, его близкие нуждаются в совете, чтобы примириться в какой-то степени с возможным летальным исходом.

Сестринский уход нужен для того, чтобы помогать решать проблемы со здоровьем, предотвращать появление потенциальных проблем и поддерживать его здоровье.

И заключительный этап – оценка результатов.

ОЦЕНКА ДЕЙСТВИЯ МЕДСЕСТРЫ – это исследование реакции больного на вмешательства медсестры и является заключительным этапом сестринского процесса, целью которого является – определить степень, до которой намеченные мероприятия по уходу за больным были достигнуты.

Если медсестра думала, что, поговорив с пациентом, успокоит его, то она должна через некоторое время непременно себя проконтролировать: опять вступить в беседу с больным, выяснить его состояние. Если она ввела обезболивающее средство, то через некоторое время обязана проверить, изменилось ли состояние пациента, ослабла ли боль.

Мероприятия, которые медицинская сестра должна проводить: оценка реакции пациента на вмешательства медсестры, мнение

пациента о сестринском вмешательстве; оценка полученных результатов и подведение итогов; оценка качества оказанной помощи, то есть влияние ухода на пациента; корректировка плана по уходу за больным в том случае, если результат не достиг ожидаемого.

Здесь происходит оценка реакции пациента на сестринское лечение. Этот этап осуществляется совместно с пациентом, который активно участвует в лечебном процессе. Оценка проводится постоянно, когда медсестра общается с пациентом. В ходе оценки медсестра судит об успехе этапов лечения, проверяя реакцию пациента и сравнивая ее с ожидаемой реакцией. Оценка показывает — была ли достигнута намеченная цель. Например: у онкологического больного при поступлении сила боли достигала 8 баллов (по десятибалльной системе). Медицинская сестра ставит сестринский диагноз «хроническая боль», ставит задачу — через два дня силу боли снизить до 1 балла — через два дня она проверяет конечный результат.

Если необходимо, то план пересматривается, прерывается, изменяется. Когда цели не достигаются, то оценка дает возможность увидеть факторы, мешающие достижению поставленной цели. Когда конечный результат сестринского процесса приводит к неудаче, то сестринский процесс повторяется последовательно для нахождения ошибки и изменения плана сестринских вмешательств.

Оценка всего сестринского процесса производится в том случае, если пациент выписывается, если его перевели в другое лечебное учреждение, если пациент умер или в случае длительного заболевания.

Этот этап включает три различных аспекта:

1. Оценка реакции больного на вмешательство медсестры. Она может быть доброжелательной, негативной, агрессивной, благодарной и т. д.

2. Мнение больного о вмешательстве — как необходимость для улучшения здоровья (инъекции, вливания и другие процедуры).

3. Оценка достижения поставленной цели — чем быстрее улучшается здоровье, общее состояние больного, тем правильной была поставлена цель.

Кроме вышесказанного, необходимо помнить: для того, чтобы правильно наблюдать за больным и своевременно осуществлять должный уход за различными терапевтическими больными медицинская сестра должна хорошо знать симптомы заболеваний и представлять механизм их развития.

Итог: сестринский диагноз — это есть не что иное, как выявленные медицинской сестрой проблемы пациента, которые она может лечить. В 1982 году в учебнике по сестринскому делу авторов

Карлсон, Крафт и Макгюре появилось новое определение «Сестринский диагноз — состояние здоровья пациента (нынешнее или потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны медицинской сестры».

Осуществление и внедрение сестринского процесса в ЛПУ может решить следующие задачи:

- повысить качество и снизить сроки лечебного процесса без привлечения дополнительных средств;
- снизить потребность во врачебных кадрах, создавая «сестринские отделения, дома, Hospis» с минимальным количеством врачей;
- повысить роль медсестры в лечебном процессе, что немало важно для достижения более высокого, соответственно труду, социального статуса медицинской сестры в обществе;
- внедрение многоуровневого сестринского образования позволит обеспечить лечебный процесс кадрами с дифференцированным уровнем подготовки.

Принципы реабилитации терапевтических больных

Термин «реабилитация» происходит от латинского «habilis» — способность и «rehabilis» — восстановление способности.

Реабилитация представляет собой комплекс координированно проводимых мероприятий медицинского, физического, психологического, педагогического, социального характера, направленных на наиболее полное восстановление здоровья, психологического статуса и трудоспособности лиц, утративших эти способности в результате заболевания. Эта цель достигается путем выявления резервных возможностей организма и стимуляции его физических, психологических и профессиональных возможностей. Таким образом, одной из особенностей реабилитации является ее многоплановость, необходимость привлечения для реализации специалистов разных отраслей знаний. Совершенно обоснованно о реабилитации в терапии говорят как о науке и искусстве восстановления личности до уровня ее социальной активности, способствующей возможностям ее системам организма.

Исходя из многоплановости задач реабилитации, ее условно делят на так называемые виды или аспекты реабилитации: медицинский, физический, психологический, социально-экономический и профессиональный.

МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ представляет собой комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстанов-

ление и развитие физиологических функций больного, на выявление его компенсаторных возможностей с тем, чтобы обеспечить в дальнейшем условия для возвращения его к активной самостоятельной жизни. Этот аспект реабилитации связан с лечебными мероприятиями на протяжении всего периода наблюдения за больным и включает в себя вопросы наиболее ранней госпитализации, назначения медикаментов, а позже — после возвращения больного к трудовой деятельности — организации активного диспансерного наблюдения и систематического профилактического лечения, включая меры вторичной профилактики.

ФИЗИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ направлен на восстановление физической работоспособности больных, что обеспечивается своевременной и адекватной активизацией больных, ранним назначением лечебной гимнастики, затем ЛФК, дозированной ходьбы, а в более позднем периоде — физических тренировок. Физический аспект реабилитации занимает особое место, поскольку восстановление способности больных удовлетворительно справляться с физическими нагрузками, встречающимися в повседневной жизни и на производстве, составляет основу всей системы реабилитации.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ. Изучение характера и выраженности психических нарушений, нередко развивающихся при различных заболеваниях, и своевременная их коррекция — одна из задач этого аспекта реабилитации. Однако и при нормальном психическом состоянии особенности личности и установки больного оказывают значительное влияние на отношение его к лечению, к врачебным рекомендациям, к выполнению реабилитационных мероприятий, во многом определяют уровень социальной активности больного в дальнейшем. Задача медицинского работника — предотвратить и ликвидировать психические изменения и создать условия для психологической адаптации больного к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ. Вопросы трудоустройства, профессионального обучения и переобучения, определение трудоспособности больных составляют предмет профессионального аспекта реабилитации. Она направлена на частичное или полное восстановление трудоспособности.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ включает вопросы взаимоотношений больного и общества, больного и семьи, пенсионного обеспечения.

Профессиональная и социально-экономическая реабилитация состоит в том, чтобы вернуть больному экономическую независимость и социальную полноценность. Эти задачи должны решаться

не только медиками, но учреждениями социального обеспечения. Только комплексное решение всех аспектов реабилитации может обеспечить эффективность системы реабилитации в целом.

Наиболее полно задачи реабилитации могут быть решены в том случае, если будет осуществляться единая стратегия и тактика реабилитационных мероприятий.

В настоящее время успешно внедряется в практическое здравоохранение государственная поэтапная комплексная система реабилитации больных, перенесших различные терапевтические заболевания. Основными принципами ее являются: раннее начало, комплексное использование и осуществление всех реабилитационных мероприятий за счет государства.

Важный фактор, предопределяющий эффективность реабилитационных мероприятий, — раннее проведение их. С момента поступления больного под наблюдение врача, особенно больных с острым инфарктом миокарда, иногда еще в домашних условиях и в машине скорой помощи начинает реализовываться медикаментозный аспект реабилитации — назначение лизирующих препаратов, антикоагулянтов, медикаментов для ограничения зоны некроза, улучшение функции внеинфарктных участков сердечной мышцы, предупреждение осложнений.

Важной чертой системы реабилитации, применяемой у нас в стране, является комплексное использование различных ее видов во всех фазах. В первой (больничной) фазе реабилитации основное внимание уделяется медицинскому, физическому и психологическому аспектам, причем осуществляются они в комплексе, в зависимости от реакции больного на мероприятия каждого из указанных видов реабилитации.

В том или ином объеме уже в этой фазе затрагиваются проблемы социально-экономического и профессионального аспектов.

Во второй и третьей фазах реабилитации все ее виды реализуются целиком, но с учетом специфики фазы. Для поэтапной системы реабилитации характерны непрерывность и преемственность между фазами. Таким образом, больной находится под постоянным наблюдением врачей, осуществляющих все реабилитационные мероприятия в комплексе с учетом реакции больного на предшествующий реабилитационный этап, о чем полная информация записывается в реабилитационной карте.

Фазы реабилитации

В соответствии с рекомендацией ВОЗ, процесс реабилитации подразделяют на три фазы: больничную (стационарную), выздоровления и поддерживающую. В рамках каждой из этих фаз решаются

в том или ином объеме задачи каждого вида реабилитации. Эффективность всей системы реабилитации больного определяется тем, насколько успешно будут решаться задачи каждой из фаз реабилитации. При этом от того, какие задачи ставятся перед каждой из фаз реабилитации, зависят продолжительность фазы и ее организационная структура.

Больничная (стационарная) фаза реабилитации

Целью этой фазы реабилитации является восстановление физического и психологического состояния больного настолько, чтобы он был подготовлен к проведению второй фазы реабилитации в санатории или при наличии противопоказаний — в домашних условиях. Задачи больничной фазы реабилитации, реализуемой в условиях кардиологического или терапевтического, или другого отделения стационара, решаются в рамках каждого из видов реабилитации.

Санаторная (вторая) фаза реабилитации

По завершении больничной фазы реабилитации больной оказывается подготовленным к выполнению программы фазы выздоровления, которая обычно осуществляется в реабилитационных центрах. Эта фаза реабилитации является по существу рубежом между периодом, когда человек находится в статусе больного, и возвращением его в семью, к активной деятельности, к тем, подчас, жизненным неурядицам и сложностям.

Основная цель этой фазы реабилитации: подготовка больного к активной жизни — возвращению в семью, к рациональной перестройке жизненного уклада, изменению некоторых привычек, к систематическому проведению профилактических мероприятий, включая вторичную профилактику. Задачи физического, психического и других аспектов реабилитации решаются в этой фазе на новом по сравнению с больничным этапом уровне.

Поддерживающая (третья) фаза реабилитации

По завершении фазы выздоровления больной вступает в третью фазу реабилитации, целью которой является поддержание достигнутого в санатории уровня физической работоспособности с некоторым ее увеличением у ряда больных, завершение психологической реабилитации больного уже в условиях возобновления его социальной жизни.

Важным фактором, обеспечивающим эффективность реабилитации в целом, является реализация принципа преемственности между фазами, что достигается занесением полной информации о кли-

ническом, физическом и психологическом статусе больного на каждом этапе реабилитации в этапный эпикриз.

Ведущей в реабилитации терапевтических больных является лечебная физкультура (ЛФК).

Лечебная физкультура — применение средств физической культуры для воздействия на больного человека с целью профилактики и лечения его заболевания.

Особенности метода лечебной физкультуры:

- 1) воздействие на человека физическими упражнениями;
- 2) больной сам активно участвует в процессе его лечения и реабилитации.

Средства физической культуры, применяемые в ЛФК:

- 1) физические упражнения;
- 2) двигательные режимы;
- 3) массаж;
- 4) естественные факторы природы;
- 5) трудотерапия.

1. Классификация физических упражнений:

а) гимнастические: общеразвивающие и дыхательные, активные и пассивные, без снарядов и на снарядах;

б) спортивно-прикладные: ходьба, бег, метание мячей, гранаты и др., прыжки, плавание, гребля, ходьба на лыжах, катание на коньках и др.;

в) игры малоподвижные, подвижные и спортивные. Из последних в практике лечебной физкультуры, преимущественно в условиях санаториев, применяют городки, волейбол, теннис, элементы баскетбола.

2. Двигательные режимы:

а) строгий постельный режим (при этом уход осуществляется медицинским персоналом, при этом нельзя поворачиваться и садиться);

б) постельный режим: можно поворачиваться, присаживаться, не свешивая ног. Занятия ЛФ проводятся сидя;

в) полупостельный режим: больной сидит в постели или на стуле рядом. Частично обслуживается медперсоналом;

г) палатный режим: в основном больной обслуживает себя сам, упражнения выполняет лежа, сидя, стоя;

д) свободный режим: больной свободно перемещается по палате и коридорам. Используются упражнения любые в зависимости от заболевания.

3. Массаж

Противопоказания:

- а) острая фаза любого инфекционного процесса;
- б) злокачественные и доброкачественные новообразования;
- в) любые заболевания туберкулезной этиологии;
- г) нагноительные процессы любой локализации;
- д) сыпь любой этиологии;
- е) кожные заболевания;
- ж) заболевания крови любые;
- з) заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения 3 степени;
- и) хронические остеомиелиты даже в стадии ремиссии;
- к) увеличение лимфатических узлов;
- л) при любом выраженном болевом синдроме;
- м) остаточные явления после травмы головного мозга.

4. Естественные факторы природы

В практике лечебной физкультуры наиболее широко используют следующее:

- а) облучение солнцем в процессе применения средств ЛФК, а также солнечные ванны как метод закаливания;
- б) воздух — аэрация в процессе применения средств ЛФК и воздушные ванны как метод закаливания;
- в) воду — обтирания частичные и общие, обливания и гигиенические души, купание в пресной воде и море.

5. Трудотерапия

Одним из основных факторов восстановительной терапии является хорошо организованная трудотерапия, осуществляемая с учетом медицинских показаний, обусловленных необходимостью восстановления функций пораженной части тела, профессиональных навыков и психологической установки больного.

Трудотерапия имеет очень большое значение для снятия чувства неполноценности, беспомощности.

В определенный период реабилитации по мере восстановления функций больной должен заниматься какой-нибудь работой, причем вполне добросовестно. В процессе трудотерапии не обязательно должны изготавливаться предметы, имеющие практическое значение. Хорошо, если больной выполняет работу в рамках своего увлечения. Это создает чувство удовлетворенности и радости и очень помогает восстановлению внутреннего душевного равновесия.

Виды нагрузок в ЛФК

В ЛФК существует три вида нагрузок:

«А» — значительная, самая высокая нагрузка в ЛФК, сразу назначается только в свободном режиме, при хорошей тренированности. Используются все средства ЛФК. Темп быстрый и средний.

«Б» — умеренная, для больных в удовлетворительном состоянии, в свободном режиме, в любых положениях, для всех мышечных групп. Исключаются висы, прыжки, подскоки; увеличивается число дыхательных упражнений.

«В» — незначительная нагрузка, используются положения любые, можно включать все мышечные группы, но с полной амплитудой делаются упражнения только для мелких и средних мышечных групп.

Существуют переходные нагрузки «В-Б» и «Б-А». Лечебная гимнастика применяется при различных заболеваниях. Широта показаний оправдана тем, что ЛФК является организованной формой основного биологического проявления — движения.

Движение является необходимым биологическим стимулятором как для формирования растущего организма, так и для взрослого и пожилого человека.

Физические упражнения в соответствующих дозировках и методике показаны во все периоды жизни человека и применяются как в целях улучшения деятельности всего организма, так и для борьбы с различными отклонениями деятельности физиологических систем при заболеваниях и травмах.

При этом нельзя не учитывать положительного влияния физических упражнений на функцию органов и систем, нарушенных вследствие длительного лечения покоем.

Русский терапевт Зеленин говорил о том, что покой должен так же дозироваться, как и любой другой вид лечения. Вследствие длительного покоя уменьшается тонус нервной системы, наступает детренированность мышечной и других систем, возникают атрофии, контрактуры, в костной ткани — явления остеопороза, ухудшаются легочная вентиляция и газообмен, нарушается перистальтика кишечника.

Применение ЛФК распространяется почти на все основные заболевания, подлежащие лечению в клинике внутренних болезней. При сердечно-сосудистых заболеваниях показания к применению физических упражнений определяются их стимулирующим влиянием как на трофику, так и на сократительную функцию миокарда, улучшением периферического кровообращения.

Основные синдромы в клинике внутренних болезней, принципы диагностики и лечения

СИНДРОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

СИНДРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА В ЛЕГКИХ

наблюдается при крупозной пневмонии, очаговой пневмонии, туберкулезе легких и характеризуется острым началом, высокой лихорадкой, ознобом, болями в грудной клетке с пораженной стороны, усиливающимися при глубоком дыхании и кашле, вследствие чего больной вынужден подавлять кашель, дыхание при этом становится поверхностным. Со 2-го дня появляется небольшое количество слизистой вязкой мокроты, содержащей иногда прожилки крови. Довольно быстро мокрота приобретает коричнево-красную окраску («ржавая» мокрота), что обусловлено продуктами распада эритроцитов из участков красного опеченения. Количество отделяемой мокроты увеличивается, однако не превышает 100 мл в сутки. В стадии серого опеченения и особенно разрешения болезни мокрота становится менее вязкой, легче отделяется, ее бурая окраска постепенно исчезает.

При осмотре больного уже в первый день заболевания могут быть отмечены гиперемия щек, более выраженная со стороны поражения, цианоз губ, акроцианоз, довольно часто появляются герпетические высыпания на губах, щеках и крыльях носа. Довольно часто отмечается при дыхании широкое движение крыльев носа. Дыхание, как правило, поверхностное, учащенное, пораженная сторона отстаёт при дыхании, подвижность легочного края на стороне воспаления ограничена.

При перкуссии легких нередко уже в первый день заболевания выявляется укорочение перкуторного звука над пораженной долей, которое, постепенно нарастая, приобретает характер выраженного притупления (бедренный тон). Голосовое дрожание в начале заболевания несколько усилено, а в стадии опеченения становится четко усиленным.

При аускультации — в начале заболевания дыхание ослабленное везикулярное, а во второй стадии оно приобретает характер бронхиального. В первые дни заболевания в ряде случаев выявляется крипитация (*crispitatio indus*), могут выслушиваться в небольшом количестве рассеянные сухие и влажные хрипы. При распространении процесса на плевру выслушивается шум трения плевры.

Во второй стадии заболевания довольно часто появляются симптомы интоксикации: головная боль, раздражительность, вялость, бессонница, резкая слабость. В тяжелых случаях могут наблюдаться

возбуждение, спутанность сознания, бред, симптомы изменения психики, галлюцинации. Отмечаются изменения и со стороны других органов и систем: тахикардия, снижение АД, иногда вплоть до коллапса, акцент II тона над легочной артерией. У пожилых и старых лиц могут развиваться признаки сердечной и коронарной недостаточности, иногда нарушения ритма сердца.

При рентгенологическом исследовании легких выявляется гомогенное затемнение соответствующей доли или сегмента. При исследовании крови: нейтрофильный лейкоцитоз до $20 \cdot 10^9$ л, сдвиг влево до 6–30% палочкоядерных нейтрофилов. Имеет место и относительная лимфопения. Увеличенная СОЭ, повышение содержания фибриногена, сиаловых кислот, серомукоида. Положительная реакция на С-реактивный белок. При исследовании мочи в лихорадочный период могут определяться: умеренная протеинурия, цилиндрурия, единичные эритроциты. В стадии разрешения улучшается самочувствие, уменьшается кашель, приглушение перкуторного звука, дыхание становится жестким, а затем переходит в везикулярное, в этот период выслушивается крепитация (*crepitacio redux*), звучные мелкопузырчатые хрипы, количество которых постепенно уменьшается.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: лихорадка, озноб, боли в грудной клетке, кашель со слизисто-гнойной или ржавой мокротой. План обследования, лечения и ухода за больным.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА: медицинская сестра готовит больного к рентгенологическому исследованию, производит забор биологического материала (кровь, мокрота) для лабораторного исследования, выполняет врачебные назначения по лечению больного (своевременно раздает лекарственные препараты, производит различные инъекции и вливания), готовит больного для консультации специалистов (онколога, фтизиатра) по показаниям, осуществляет уход за больным (проветривание палаты, дача кислорода при необходимости, своевременная смена нательного и постельного белья, своевременная дезинфекция плевательниц, при необходимости кормление больного, поворачивание больного в постели) и наблюдение (следит за частотой дыхания, подсчитывает пульс и частоту сердечных сокращений, измеряет АД, следит за физиологическими отправлениями), осуществляет по показаниям постановку горчичников и банок и т. д.

СИНДРОМ АБСЦЕССА В ЛЕГКОМ — это тяжелый процесс, протекающий с выраженной интоксикацией, сопровождающийся некрозом и расплавлением легочной ткани с образованием полостей. Синдром абсцесса в легком протекает в две стадии: стадия инфильтрации или гнойника и стадия полости. Развитие нагноительного процесса в легком связано с нарушением дренажной функции бронха, нарушением кровоснабжения и некрозом легочной ткани, присоединением инфекции, снижением реактивности

макроорганизма. Синдром гнойника характеризуется постоянной или гектической лихорадкой, ознобами с обильным потоотделением, болями с пораженной стороны, кашлем сухим, но если сопутствует хронический бронхит, может быть небольшое количество слизистой или слизисто-гнойной мокроты. Довольно часто наблюдаются симптомы интоксикации: общая слабость, недомогание, снижение аппетита, головная боль. При объективном исследовании больного может выявляться отставание пораженной половины грудной клетки при дыхании, ослабленное голосовое дрожание над гнойником, дыхание везикулярное ослабленное, при сопутствующем бронхите могут выслушиваться сухие жужжащие хрипы, при перкуссии над гнойником притупление или тупой перкуторный звук. При рентгенологическом исследовании выявляется округлая тень с четкими краями. При исследовании крови: лейкоцитоз до $20 \cdot 10^9$ л, сдвиг лейкоформулы влево до метамиелоцитов, увеличенная СОЭ. Резкое увеличение количества отделяемой гнойной мокроты (до 500–1000 мл) со зловонным запахом указывает на прорыв гнойника в бронх и его освобождение.

В мокроте могут определяться прожилки крови. Состояние больных при этом улучшается, температура тела снижается, исчезают ознобы и уменьшаются симптомы интоксикации. Следует обратить внимание на то, что мокрота выделяется больше при определенном положении больного (возникает дренаж). При физическом исследовании выявляются усиление голосового дрожания, тимпанический перкуторный звук, дыхание бронхиальное, может быть амфорическое, если полость соединена с бронхом через узкую щель. Если в полости сохраняется какое-то количество секрета, могут выслушиваться звучные крупно- или среднепузырчатые хрипы. При рентгенологическом исследовании выявляется округлое просветление с четкими краями, если в полости остается секрет, то определяется участок затемнения с горизонтальным уровнем. При исследовании крови сохраняется лейкоцитоз и увеличенная СОЭ, но с тенденцией к снижению. При исследовании мокроты выявляется значительное количество лейкоцитов и эластические волокна.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: лихорадка, озноб, боль в грудной клетке, недомогание, головная боль, кашель с гнойной мокротой.

ПЛАН обследования, лечения, ухода и наблюдения: подготовка больного к рентгенологическому исследованию, к лабораторному исследованию, выполнение врачебных назначений по лечению больного (своевременная раздача лекарственных препаратов, производство инъекций и вливаний), организация других методов лечения (физиотерапия, ЛФК, массаж, оксигенотерапия), организация ухода и наблюдения за больным.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА: своевременное и целенаправленное выполнение назначений (антибиотики различного спектра дейст-

вия, сульфаниламиды, нитрофураны, нистатин или леворин, муколитики). Своевременный забор биологического материала (крови, мокроты, мочи) для лабораторного исследования. Организация консультации физиотерапевта для назначения физиотерапевтических методов; врача ЛФК для назначения ЛФК и массажа. Организация своевременного проветривания палаты, влажной уборки с дезинфицирующими средствами, мытья и дезинфекции плевательницы, своевременная смена нательного и постельного белья, профилактика пролежней, регулярное поворачивание больного для создания дренажа и отхождения мокроты — 4–5 раз в день на 20–30 мин; наблюдение за деятельностью сердечно-сосудистой системы (пульс, частота сердечных сокращений, измерение АД), бронхолегочной системы (частота дыхания, количество выделенной мокроты), физиологическими отправлениями.

СИНДРОМ НАЛИЧИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ (экссудативный плеврит) — представляет собой поражение плевры воспалительного характера, сопровождающееся накоплением жидкости в плевральной полости. Развитию воспалительного процесса в плевре способствует обострение туберкулезного процесса в легких и внутригрудных лимфатических узлах (туберкулезная интоксикация), хронические неспецифические заболевания легких (пневмония, нагноительные процессы в легких), острые и хронические инфекционные заболевания (брюшной и сыпной тиф), ревматизм, коллагенозы, опухоли легких. Провоцирующим фактором, как правило, является переохлаждение. Этот синдром характеризуется воспалением плевральных листков и, в первую очередь, отложением фибрина на них. По характеру жидкости в плевральной полости плевриты могут быть серозно-фибринозными, геморрагическими, гнойными, хилезными и смешанными. При наличии жидкости в плевральной полости невоспалительного или неизвестного происхождения говорят о плевральном выпоте.

Заболевание начинается постепенно, либо остро, с высокой температурой, сильными колющими болями в грудной клетке, усиливающимися при глубоком вдохе или сгибании в здоровую сторону и при кашле. Кашель, как правило, сухой, мучительный. При обследовании выявляется вынужденное положение больного на больном боку, одышка, цианоз, отставание больной стороны грудной клетки при дыхании. При накоплении жидкости больные ощущают чувство тяжести, тупые боли с пораженной стороны; если жидкости накапливается много, то может наблюдаться смещение средостения в здоровую сторону и появляется выраженная одышка. Жидкость, как правило, располагается по параболической кривой (линии Дамуазо), вершина ее располагается по задней подмышечной линии. В связи с этим различают три зоны: зона поджатого

легкого к корню (треугольник Гарлянда), зона гидроторакса и зона смещенного средостения в здоровую сторону (треугольник Раухфуса-Грокко). При физических методах исследования в зоне поджатого легкого (компрессионный ателектаз) определяется пальпаторно усиление голосового дрожания и бронхофонии, притупленно-тимпанический перкуторный звук, аускультативно-бронхиальное дыхание. В зоне гидроторакса: голосовое дрожание и бронхофония, а также дыхание не определяются, перкуторно определяется бедренный тон. То же самое определяется в зоне смещения средостения (треугольнике Раухфуса-Грокко).

После проведения обследования (получения информации о больном) ставится **СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ**: лихорадка, боли в грудной клетке, одышка, сухой кашель, слабость, недомогание. **СОСТАВЛЯЕТСЯ ПЛАН** наблюдения и ухода за больным, лабораторно-инструментальных методов исследования, выполнения врачебных назначений лечения и консультации фтизиатра и онколога. При осуществлении **РЕАЛИЗАЦИИ ПЛАНА** важное значение уделяется подготовке больного к рентгенологическому исследованию, забору биологического материала для лабораторного исследования, подготовке больного к плевральному парацентезу, четкому выполнению врачебных назначений в лечении больного: своевременная раздача лекарств и производство инъекций. При рентгенологическом исследовании определяется затемнение с пораженной стороны с косым уровнем жидкости.

Важное диагностическое и лечебное значение имеет плевральная пункция (плевральный парацентез). Медицинская сестра должна подготовить для этой цели стерильный шприц для анестезии, раствор новокаина, раствор йода и спирт для обработки кожи, пункционную иглу с резиновой трубкой с канюлями для иглы и шприца, зажим Мора или Пеана, шприц Жанэ на 50 мл, посуду для сбора плеврального пунктата. Парацентез производится в 8 межреберье по верхнему краю 9 ребра по задней подмышечной линии. После получения пунктата определяют содержание в нем белка, плотность плевральной жидкости и проводят пробу Ривальта для выявления экссудата или трансудата. Основные принципы лечения заключаются в назначении противовоспалительных и противотуберкулезных средств, общеукрепляющих средств, витаминотерапии, после эвакуации плевральной жидкости для профилактики спаечного процесса назначают ЛФК и физиотерапевтические процедуры после консультации врача-физиотерапевта.

СИНДРОМ УДУШЬЯ. Чаще всего этот синдром бывает обусловлен таким заболеванием, как бронхиальная астма. Под бронхиальной астмой подразумевают аллергоз с преимущественной локализацией гиперергического воспаления в бронхолегочном аппарате,

характеризующийся рецидивирующей, преимущественно генерализованной, обструкцией дыхательных путей, обратимой в ранних стадиях заболевания. Различают бронхиальную астму атопическую (неинфекционно-аллергическую) и инфекционно-аллергическую. При атопической астме причиной может быть любое вещество, способное вызвать образование антител в организме человека. Аллергены могут быть животного и растительного происхождения, а также химическими веществами с простой и сложной структурой.

При инфекционно-аллергической форме причиной развития бронхиальной астмы является микробная флора. Кроме этого, этиологическими факторами развития бронхиальной астмы являются психогенный, климатический (переохлаждение, инсоляция) факторы, а также выраженная физическая нагрузка. Причем эти факторы, как правило, являются провоцирующими и могут быть иногда пусковыми моментами развития астмы. Клинические проявления: ведущим клиническим симптомокомплексом бронхиальной астмы являются экспираторная одышка, свистящее дыхание, периодические приступы удушья (генерализованная обструкция), часто заканчивающиеся отхождением значительного количества мокроты. Для атопической формы бронхиальной астмы характерно спорадическое развитие приступа удушья при контакте с аллергеном. Прекращение воздействия аллергена обуславливает и прекращение приступа. При этом удушью, как правило, предшествует аура, отличающаяся выраженным полиморфизмом проявлений (вазомоторный ринит с обильным отделением водянистого секрета, мигрень, крапивница, кожный зуд, першение и саднение в горле, кашель, отек Квинке и т. д.). Приступы удушья при инфекционно-аллергической бронхиальной астме развиваются на фоне перенесенных острых респираторных заболеваний, бронхитов и пневмоний, чаще в осенне-зимний период. Аура у больных этой группы в большинстве случаев выражается кашлем. Приступы обычно средней или тяжелой степени, довольно продолжительны и устойчивы к общепринятой терапии, нередко трансформируются в астматическое состояние. Наиболее часто обнаруживается чувствительность к стафилококковому токсину и стрептококку. Основными клиническими симптомами приступа удушья являются экспираторная одышка на фоне ограничения подвижности грудной клетки (низкое стояние диафрагмы), свистящее дыхание, рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы, постоянно меняющие свою интенсивность и локализацию. Больной всегда принимает вынужденное положение ортопноэ с фиксацией плечевого пояса: больной сидит, опираясь руками о край стола, нагнувшись вперед. Кожные покровы бледные, вспомогательные мышцы напряжены, со стороны сердечно-сосудистой системы тахикардия, глухость сердечных тонов, грани-

цы абсолютной сердечной тупости не определяются из-за эмфиземы легких.

В случае инфекционно-аллергической формы астмы приступ заканчивается отхождением значительного количества вязкой слизисто-гнойной мокроты. Если приступ затягивается, то отмечается выраженное депрессивное состояние больного, бледность кожных покровов сменяется теплым цианозом кожных покровов лица и конечностей, в результате развивающейся тканевой гипоксии в сердце могут возникать ангинозные боли. Во время выраженного приступа удушья могут отмечаться переломы тех ребер, к которым прикрепляются передняя лестничная и наружная косая мышцы. Их противоположное действие во время кашля может обусловить перелом ребра. Возможно образование спонтанного пневмоторакса, интерстициальной или медиастинальной эмфиземы. Достаточно серьезным осложнением является возникновение острой эмфиземы, а также большой эмфизематозной кисты (буллы). При физическом исследовании отмечается: пальпаторно резистентность грудной клетки, ослабление голосового дрожания; перкуторно — коробообразный тон, значительное ограничение подвижности легочного края и опущение нижней границы легких; аускультативно — ослабленное везикулярное дыхание, масса сухих свистящих, реже жужжащих хрипов.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: удушье с удлиненным выдохом, кашель, чаще сухой, тахикардия, цианоз.

ПЛАН наблюдения и ухода за больным, подготовки больного к дополнительным методам исследования, забора биологического материала (кровь, мокрота) для лабораторного исследования, выполнения врачебных назначений лечения больного, оказания доврачебной неотложной помощи, подготовки больного для консультации других специалистов.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА деятельности медицинской сестры. В первую очередь медсестра должна оказать первую доврачебную помощь при приступе удушья: успокоить больного, создать физический и психический покой, создать больному удобное положение, открыть окно (форточку, фрамугу) для доступа свежего воздуха, дать кислород, поставить горчичники, дать теплое питье, доложить лечащему или дежурному врачу и затем выполнять назначения врача. При исследовании периферической крови на высоте приступа выявляются эозинофилия и базофилия. При исследовании мокроты характерна триада: повышенное содержание эозинофилов, наличие кристаллов Шарко-Лейдена и спиралей Куршмана. При исследовании функции внешнего дыхания у больных на высоте приступа удушья выявляется снижение ЖЕЛ, значительно увеличиваются остаточный объем и функциональная остаточная

емкость. Важной особенностью являются выраженные нарушения бронхиальной проходимости.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: этиологическая терапия при атопической форме бронхиальной астмы возможна при выявлении аллергена. Необходимы устранение аллергена из сферы быта больного, соблюдение диеты, исключая аллергизирующие продукты, гигиенические мероприятия при чувствительности больных к домашней пыли. При невозможности устранить аллергенный фактор необходимо проведение специфической или неспецифической десенсибилизирующей терапии. Противопоказанием к проведению десенсибилизирующей терапии является наличие туберкулеза легких, беременности, декомпенсированного кардиосклероза, декомпенсированного ревматического порока сердца, тиреотоксикоза, декомпенсированных заболеваний почек, печени, психических заболеваний, выраженной легочной недостаточности.

СИНДРОМ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ БРОНХОВ, или острый бронхит является довольно частым заболеванием органов дыхания. Наиболее часто острое воспаление бронхов наблюдается у больных с острыми респираторными заболеваниями, обусловленными гриппом, парагриппом, аденовирусной инфекцией, а также при тяжелых формах кори, коклюше, дифтерии. Довольно часто встречаются острые бронхиты, вызванные бактериальными агентами на фоне воздействия гриппозного вируса, угнетающего фагоцитоз и приводящего к активации бактериальной флоры дыхательных путей. В мокроте таких больных обнаруживают палочку инфлюэнцы, пневмококки, гемолитический стрептококк, золотистый стафилококк, палочку Фридлендера и др. Предрасполагающими факторами могут быть переохлаждение, злоупотребление алкоголем, хронические интоксикации, курение, кроме того, наличие очагов инфекции в верхних дыхательных путях (тонзиллит, ринит, синусит и др.) также способствует возникновению острого бронхита. К другим причинам возникновения острого бронхита можно отнести вдыхание воздуха с содержанием высоких концентраций окислов азота, серного и сернистого ангидрида, сероводорода, хлора, аммиака, паров брома, а также при поражении боевыми отравляющими веществами (хлор, фосген, дифосген, иприт, люизит, ФОВ). Довольно частой причиной острого бронхита может быть вдыхание воздуха с высоким содержанием пыли, особенно органической.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ: появление сухого, раздражающего кашля, чувства саднения или боли за грудиной, затем процесс переходит на крупные и мелкие бронхи, что приводит к симптомам обструкции дыхательных путей (приступообразный кашель, одышка). На 2—3 день начинает отделяться слизистая или слизисто-гнойная мокрота, иногда с примесью крови. У большинства

больных отмечаются боли в нижних отделах грудной клетки, обусловленные кашлем и судорожным сокращением диафрагмы, общая слабость, недомогание, разбитость, боли в спине и конечностях, нередко потливость. Температура тела может быть нормальной или субфебрильной, а в тяжелых случаях повышается до 38°C. Если острый бронхит гриппозной этиологии, то нередко температура повышается до 39°C и выше, при этом довольно часто выявляется *herpes labialis*, гиперемия слизистых оболочек зева и глотки, нередко с точечными кровоизлияниями.

При перкуссии — легочный звук. При аускультации в первые дни заболевания определяется везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы, при покашливании количество хрипов изменяется. Через 2—3 дня обычно присоединяются влажные разнокалиберные хрипы. Со стороны сердечно-сосудистой системы тахикардия, со стороны нервной системы — головная боль, разбитость, плохой сон.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: кашель, недомогание, слабость, одышка, тахикардия, лихорадка, плохой сон.

СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА сестринских вмешательств: ухода и наблюдения, обследования и выполнения врачебных назначений по лечению больных.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА сестринских действий:

независимая — методы ухода и наблюдения за больным: частота пульса, дыхания, сердечных сокращений, измерение АД, физиологические отправления, общее состояние, проветривание помещения, постановка горчичников, банок;

зависимая — забор биологического материала (крови, мочи, мокроты) на лабораторное исследование, подготовка больного к рентгенологическому исследованию грудной клетки, исследованию функции внешнего дыхания, своевременная раздача лекарств, введение лекарственных средств парентерально. При исследовании крови выявляется лейкоцитоз $8 \cdot 10^9$ л, ускорение СОЭ; в мокроте значительное количество микрофлоры; при исследовании функции внешнего дыхания выявляется снижение ЖЕЛ и максимальной вентиляции; при вовлечении в процесс мелких бронхов выявляется нарушение бронхиальной проходимости и форсированной жизненной емкости; при рентгенологическом исследовании иногда отмечается расширение тени в корне легких. Организуется консультация врача-физиотерапевта для назначения физиотерапевтического лечения (электрофорез с йодистым калием, хлористым кальцием, эуфилином и т. д., ЛФК).

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: лечение чаще проводится на дому, где больной должен избегать резких смен окружающей температуры. Из лекарственных препаратов — противовоспалительные сред-

ства: амидопирин, анальгин, аспирин, обладающие жаропонижающим и болеутоляющим действием.

При тяжелом течении острого бронхита в период эпидемии гриппа, у пожилых и старых людей, а также ослабленных больных целесообразна госпитализация и назначение таблетированных антибиотиков и сульфаниламидов в общих дозах.

Для разжижения мокроты назначают настои термопсиса, ипекакуаны, настои и экстракты корня алтея, мукалтин, 3% раствор йодистого калия, щелочные ингаляции, ЛФК. При наличии бронхоспазма назначают бронхолитические средства: таблетки теофедрина, эфедрина по 0.025 г и эуфилина по 0,15 г 3 раза в день.

При сухом мучительном кашле можно назначить: кодеин, дионин, гидрокодон, либексин, балтикс. Назначаются отвлекающие средства: горчичники на грудь и спину, банки, теплые ножные ванны, обильное теплое питье, прием минеральных вод щелочного содержания.

Для предупреждения перехода острого бронхита в хронический комплексную терапию следует продолжать до полного выздоровления больного.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ БРОНХОВ — это хронический бронхит, который представляет собой диффузное воспаление слизистой оболочки бронхиального дерева и более глубоких слоев бронхиальной стенки, характеризующейся длительным течением с периодическими обострениями. По определению экспертов ВОЗ, «к больным хроническим бронхитом относят лиц, у которых имеется кашель с мокротой не менее трех месяцев в году в течение двух лет при исключении других заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов и легких, которые могли бы вызвать эти симптомы». Это довольно распространенное заболевание бронхо-легочной системы, следует отметить тенденцию к увеличению заболеваемости. Чаще болеют лица в возрасте старше 50 лет, причем мужчины болеют в 2—3 раза чаще.

Факторами, способствующими возникновению хронического бронхита, следует считать, прежде всего, постоянное раздражение слизистых оболочек дыхательных путей загрязненным воздухом. Важное значение при этом имеют и неблагоприятные климатические условия: сырой климат с частыми туманами и резкой переменной погоды. Раздражение слизистых оболочек дыхательных путей пылью или дымом, особенно табачным, является пусковым механизмом повышенной продукции слизи в дыхательных путях, что приводит к кашлю и выделению мокроты, более легкому инфицированию бронхиального дерева. Хронический бронхит встречается в 3—4 раза чаще среди курильщиков, чем у некурящих. Большое

значение в этиологии хронического бронхита придается воздействию профессиональных вредностей — у рабочих шерстяных и табачных фабрик, мукомольных и химических заводов, горнорабочих, шахтеров. Немаловажное значение имеет и загрязнение больших городов сернистым газом, парами кислот, выхлопными газами автотранспорта, частицами дыма.

Развитию хронического бронхита способствуют длительно существующие очаги инфекции в дыхательных путях (хронический тонзиллит, синусит, бронхоэктазы), застойные явления в малом круге кровообращения (при сердечной недостаточности). Присоединение инфекции ухудшает течение хронического бронхита, приводит к распространению воспалительного процесса на более глубокие слои бронхиальной стенки, повреждению ее мышечных и эластических волокон. В этиологии хронического бронхита, особенно в развитии его обострений, установлено участие бактериальной инфекции. Чаще всего из мокроты или содержимого бронхов высеваются стафилококки, стрептококки, палочка инфлюэнцы и пневмококки, реже синегнойная палочка, палочка Фридендера. Частота обострений хронического бронхита резко возрастает в периоды эпидемий гриппа. В настоящее время определенное значение придается факторам наследственной предрасположенности к развитию хронических процессов в бронхо-легочной системе.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ: наиболее частыми и основными симптомами хронического бронхита являются кашель (сухой или влажный), отделение мокроты различного количества и характера, нарушение легочной вентиляции и бронхиальной проходимости. У большинства больных, как правило, курильщиков, в течение нескольких лет отмечается небольшой кашель, сухой или с выделением слизистой мокроты, в основном в утренние часы, которому больные не придают значения. Постепенно кашель становится более выраженным, причиняет неудобства, усиливается в холодную и сырую погоду, после переохлаждения, инфекций верхних дыхательных путей и сопровождается периодическим отделением слизисто-гноющей или гноющей мокроты. В начальный период болезни поражаются крупные бронхи. Нарушение бронхиальной проходимости при этом выражено незначительно, развитие одышки происходит медленно, характерными являются обострения, сопровождающиеся кашлем с выделением большого количества гноющей или слизисто-гноющей мокроты. По мере прогрессирования заболевания и вовлечения в процесс мелких бронхов наступает нарушение бронхиальной проходимости (обструктивный бронхит) с развитием одышки. Вначале одышка беспокоит при физической нагрузке, затем становится постоянной. Выраженность ее увеличивается в периоды обострения. У больных с преимущественным

поражением мелких бронхов, помимо одышки, наблюдается цианоз и приступообразный кашель, усиливающийся при переходе из теплого помещения на холод. Закономерным в течении обструктивного бронхита является развитие эмфиземы и хронического легочного сердца.

На любом этапе заболевания может наблюдаться присоединение бронхоспастического синдрома, характеризующегося развитием экспираторного диспноэ. Случаи, когда бронхоспазм является ведущим в клинической картине заболевания и одновременно имеются признаки аллергии (вазомоторный ринит, медикаментозная или пищевая аллергия, эозинофилия крови, наличие эозинофилов в мокроте), принято относить к астматическому бронхиту. В периоды обострения заболевания наблюдаются повышение температуры тела, чаще до субфебрильных цифр, общая слабость, потливость, повышенная утомляемость, боли в различных группах мышц, связанные с перенапряжением их при кашле.

Перкуторный звук вначале заболевания мало изменен, но при развитии эмфиземы определяется коробочный звук, уменьшение подвижности нижних краев легких.

При аускультации в период ремиссии заболевания дыхание может быть везикулярным либо при наличии эмфиземы выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. На отдельных участках дыхание может быть жестким, с небольшим количеством хрипов. В период обострения выслушиваются сухие или влажные хрипы, количество которых может варьировать в широких пределах. При наличии бронхоспазма на фоне удлиненного выхода выслушиваются сухие свистящие хрипы, количество которых увеличивается при форсированном дыхании.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: кашель сухой или влажный, одышка, недомогание, быстрая утомляемость, потливость, повышение температуры.

ПЛАН обследования, ухода и наблюдения, принципы лечения.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА: независимая — используются методы ухода и наблюдения за больным; зависимая — забор биологического материала (кровь, мочу, мокроту) для лабораторного исследования, подготовка больных к рентгенологическому исследованию, бронхоскопии, своевременная раздача лекарств, производство инъекций и вливаний по назначению врача. При исследовании крови выявляется умеренный нейтрофильный лейкоцитоз и ускоренная СОЭ. У больных астматическим бронхитом — эозинофилия. При наличии эмфиземы и дыхательной недостаточности наблюдается эритроцитоз с небольшим повышением уровня гемоглобина. Из биохимических исследований может наблюдаться повышение содержания фибриногена, сиаловых кислот, С-реактивного белка

При исследовании мокроты у больных астматическим бронхитом могут обнаруживаться эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана. При рентгенологическом исследовании определяется тяжистый легочный рисунок, при наличии эмфиземы — повышение прозрачности легочных полей, низкое стояние и уплощение диафрагмы, уменьшение ее подвижности. При бронхоскопии могут быть обнаружены сужение или перекрут бронхов, уменьшение числа боковых бронхиальных ветвей, цилиндрические и мешотчатые бронхоэктазы.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: при обострении заболевания лечение целесообразно проводить в стационаре. Лечение должно быть комплексным. Основным компонентом в периоды обострения является антибактериальная терапия. Эффективность антибиотикотерапии повышается, если она проводится с учетом чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам. Лечение обострений у больных с длительным течением хронического бронхита требует применения антибиотиков широкого спектра действия. Сульфаниламиды применяются реже. Для профилактики и лечения грибковых осложнений применяют нистатин, леворин. Для восстановления дренажной функции применяют отхаркивающие средства (настой термопсиса, корень алтея в виде настоев и экстрактов), весьма эффективным отхаркивающим средством является 3% раствор йодистого калия; при наличии вязкой мокроты применяют ферменты (трипсин, хемотрипсин, химопсин, рибонуклеаза и др.) в виде ингаляций аэрозоля. Только при сухом надсадном, изнуряющем кашле следует применять кодеин. Лучшему отхождению мокроты способствуют ингаляции щелочных растворов, обильное горячее питье, прием минеральных вод щелочного состава. При бронхоспазме назначают: эфедрин, новодрин и др. Одним из компонентов комплексной терапии являются десенсибилизирующие и атигистаминные препараты (димедрол, супрастин, пипольфен, глюконат кальция, аспирин и др.). При упорном течении бронхоспазма показана кортикостероидная терапия. При тяжелых обострениях важное место принадлежит лечебной бронхоскопии, при которой проводится промывание бронхов раствором Рингера, фурагина или соды с удалением гнойного содержимого, слепков бронхов, пробок и введение в бронхиальное дерево лекарственных средств (антибиотики, гормоны, ферменты), при стихании процесса — физиотерапевтические процедуры (соллюкс, УФО, токи УВЧ, электрофорез с новокаином, хлоридом кальция на грудную клетку, занятия ЛФК).

СИНДРОМ ПОВЫШЕННОЙ ВОЗДУШНОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ (эмфиземы легких). Термином «эмфиземы легких» (от греч. *emphysae* — вдувать, раздувать) обозначаются патологические процессы в легких, характеризующиеся повышенным содержанием воздуха в легочной ткани.

Различают первичную и вторичную эмфизему. Наиболее частой формой является вторичная диффузная эмфизема, развивающаяся вследствие хронических обструктивных заболеваний легких (острые и хронические бронхиты, бронхиальная астма и др.).

В развитии эмфиземы легких имеют значение факторы, повышающие внутрибронхиальное и альвеолярное давление с развитием вздутия легких (длительный кашель, перенапряжение аппарата внешнего дыхания у стеклодувов, музыкантов, играющих на духовых инструментах, певцов и др.), изменение эластичности легочной ткани и подвижности грудной клетки с возрастом (старческая эмфизема).

В развитии первичной эмфиземы имеют значение наследственные факторы, в частности, наследственный дефицит α_1 -антитрипсина. При недостатке последнего имеет место снижение защиты слизистых оболочек бронхиального дерева и легочной паренхимы от повреждающего действия протеолитических ферментов, освобождающихся из лейкоцитов и микробных клеток при повторных эпизодах воспаления. Эти «избыточные ферменты» могут приводить к повреждению эластических волокон, истончению и разрыву альвеолярных перегородок.

Эмфизема легких может быть интерстициальной и альвеолярной. Интерстициальная эмфизема характеризуется проникновением воздуха в строму легкого (перибронхиально, перилобулярно), нередко сочетается с эмфиземой средостения, подкожной эмфиземой. Чаще встречается альвеолярная эмфизема с повышенным содержанием воздуха в альвеолах. Альвеолярная эмфизема может быть диффузной или ограниченной.

Наиболее частая форма — альвеолярная диффузная эмфизема — является следствием хронических обструктивных заболеваний легких. При наличии обструкции во время выдоха дыхание затрудняется и происходит в основном за счет дополнительной работы дыхательной мускулатуры. Развиваются нарушения процессов вентиляции во время каждого дыхательного акта, происходит уменьшение внутриальвеолярного напряжения кислорода и увеличение напряжения углекислоты. Нарушение внутриальвеолярной вентиляции вызывает усиленное растяжение альвеол, способствует потере эластичности межальвеолярных перегородок. Растяжение стенок альвеол приводит к затруднению кровотока в прилегающих капиллярах. Потеря эластичности, воспалительные, фиброзные изменения легочной ткани, бронхоспазм приводят к нарушению диффузии газов через альвеолярно-капиллярную мембрану с развитием артериальной гипоксемии и гиперкапнии. Альвеолярная гипоксия приводит к рефлекторному повышению давления в легочных сосудах. Со стороны легочных сосудов происходят изменения трех типов:

1) развитие легочной гипертензии вследствие спазма сосудов малого круга кровообращения; 2) возникновение атеросклероза ветвей легочной артерии; 3) запустевание легочных капилляров в связи с гибелью межальвеолярных перегородок. Альвеолярная гипоксемия приводит к развитию ряда компенсаторных реакций: увеличение уровня гемоглобина, эритроцитозу с одновременным увеличением объема циркулирующей крови, ее вязкости, что является дополнительной нагрузкой на правый желудочек при развитии легочной гипертензии и служит причиной возникновения легочного сердца.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ. При эмфиземе легких клиническая картина определяется наличием и выраженностью дыхательной недостаточности. Выделяют эмфизему легких без явлений дыхательной недостаточности, критерием которой является степень гипоксемии. При легкой степени гипоксемии цианоз отсутствует, насыщение гемоглобина кислородом выше 80%, напряжение кислорода артериальной крови больше 50 мм рт. ст. При умеренной гипоксемии отмечаются цианоз, насыщение гемоглобина кислородом 60–80%, напряжение кислорода артериальной крови 30–50 мм рт. ст. При тяжелой гипоксемии наблюдается цианоз, насыщение гемоглобина кислородом менее 60%, напряжение кислорода артериальной крови ниже 30 мм рт. ст.

Наиболее ранним и постоянным симптомом легочной недостаточности является одышка. В зависимости от выраженности одышки выделяют 3 степени дыхательной недостаточности: 1 степень – одышка возникает при физической нагрузке, которая ранее ее не вызывала; 2 степень – одышка возникает при незначительной физической нагрузке; 3 степень – одышка возникает в покое. Основной жалобой больных при 1 степени являются одышка при физической нагрузке, которую обычно больной недооценивает снижение работоспособности. При наличии сопутствующего бронхита отмечается кашель, явление бронхоспазма. Объективно отмечается бочкообразная, увеличенная в переднезаднем размере грудная клетка, реберный угол тупой, надключичные ямки расширены, ребра идут горизонтально, межреберья расширены. Нижние границы легких опущены, подвижность нижнего легочного края ограничена. При аускультации дыхание ослабленное везикулярное, выдох удлинен, при наличии бронхита выслушиваются сухие и влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, может выслушиваться акцент 2 тона на легочной артерии. Печень выступает из подреберья за счет опущения нижней границы легкого.

При 2 степени дыхательной недостаточности одышка наступает при незначительной физической нагрузке, охлаждении, усиливает-

ся на фоне пневмонии, острых респираторных заболеваний, обострении хронического бронхита. У больных нарастает цианоз, который носит характер «теплого» цианоза, усиливается при охлаждении, физической нагрузке.

Третья степень дыхательной недостаточности характеризуется появлением признаков легочного сердца с развитием симптомов правожелудочковой недостаточности. Дальнейшее увеличение напряжения углекислоты и нарастание гипоксемии может привести к развитию коматозного состояния.

Течение заболевания длительное. Степень выраженности и нарастание дыхательной недостаточности обуславливается частотой обострений хронического воспалительного процесса в легких.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: одышка различной степени выраженности, снижение работоспособности, быстрая утомляемость, кашель, цианоз, отеки на нижних конечностях.

ПЛАН ухода и наблюдения за больным, дополнительные методы исследования (рентгенологические, исследование функции внешнего дыхания), забор биологического материала (кровь, моча, мокрота) для лабораторного исследования, выполнение врачебных назначений по лечению больных, подготовка больных к консультациям специалистов.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА: постоянное наблюдение за функциями сердечно-сосудистой системы (пульс, ЧСС, АД) и дыхательной системы, уход за больным (кормление тяжелобольного, уход за полостью рта, глазами, кожей, профилактика пролежней, своевременная смена нательного и постельного белья, подмывание больного); подготовка больного к дополнительным методам исследования и забору биологического материала; своевременная и целенаправленная раздача лекарственных препаратов, введение лекарственных средств парентерально; проведение оксигенотерапии, своевременное проветривание помещений. При рентгенологическом исследовании отмечается повышение прозрачности легочных полей, низкое стояние и ограничение подвижности куполов диафрагмы, расширение межреберий, усиление рисунка в прикорневых зонах. Сердце занимает всяческое вертикальное положение, правый желудочек несколько увеличен.

При исследовании внешнего дыхания при 1 степени дыхательной недостаточности отмечается уменьшение жизненной емкости легких, увеличение объема остаточного воздуха. При 2 степени отмечается дальнейшее увеличение объема остаточного воздуха, увеличение минутного объема дыхания за счет учащения дыхания, что сопровождается снижением должной жизненной емкости легких, минутной вентиляции легких. Насыщение артериальной крови

кислородом снижается, увеличивается напряжение углекислоты в артериальной крови. Вследствие накопления недоокисленных продуктов обмена развивается дыхательный ацидоз. Нарастание гиперкапнии и развитие декомпенсированного дыхательного ацидоза приводит к проявлению церебральных симптомов (головная боль, головокружение, раздражительность, бессонница), психических нарушений (депрессия, сонливость), задержка жидкости вследствие усиления реабсорбции углекислоты и натрия. Одновременно может отмечаться тахикардия, реже — нарушение ритма.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: основные мероприятия должны быть направлены на борьбу с дыхательной недостаточностью и лечение основного заболевания, вызвавшего развитие эмфиземы легких. В случае обострения хронического воспалительного процесса в легких назначают антибактериальные препараты, при наличии бронхоспастического синдрома — бронхолитические средства. Для улучшения отхождения мокроты назначаются отхаркивающие препараты, протеолитические ферменты. Появление симптомов декомпенсированного легочного сердца требует проведения комплексного лечения кардиотоническими средствами, диуретиками. При развитии дыхательной недостаточности используется дыхательная гимнастика в виде курсов по 4–6 недель, что способствует улучшению вентиляции легких, газообмена. Климатическое лечение больных с эмфиземой легких проводится в условиях Крыма, средней полосы в период летне-осеннего сезона.

ПРОФИЛАКТИКА. Большое значение в предупреждении эмфиземы легких приобретает правильное лечение острых и хронических бронхитов, пневмоний, бронхиальной астмы, а также санация воспалительных процессов в носоглотке. Представляется важным выявление ранних стадий эмфиземы легких при диспансерном обследовании населения с проведением комплекса мероприятий по закаливанию организма, трудоустройству больных с устранением профессиональных вредностей.

ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ — термином «легочное сердце» обозначается патологическое состояние, которое характеризуется гипертрофией правого желудочка, вызванной гипертонией малого круга кровообращения, развивающейся при поражении бронхиального аппарата, сосудов легких, деформации грудной клетки или вследствие других заболеваний, нарушающих функцию легких.

ХРОНИЧЕСКОЕ ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ развивается в течение ряда лет и протекает вначале без сердечной недостаточности, а затем с декомпенсацией по правожелудочковому типу.

Этиология: все заболевания, ведущие к развитию хронического легочного сердца, можно разделить на две большие группы: 1) заболевания, при которых первично поражается вентиляционно-

респираторная функция легких; 2) заболевания, первично поражающие сосуды легких.

В первую группу входят инфекционно-воспалительные заболевания бронхо-легочного аппарата (хронический бронхит, хроническая пневмония, бронхоэктатическая болезнь, туберкулез легких с развитием эмфиземы легких или без нее). К развитию легочного сердца приводит бронхиальная астма, опухолевые процессы, кистозное перерождение легких, коллагенозы, протекающие с поражением легких, силикоз, антракоз и другие профессиональные заболевания легких. Легочное сердце возникает также при заболеваниях, нарушающих экскурсию грудной клетки (кифосколиоз, торакопластика, плевральный фиброз, полиомиелит, ожирение).

К группе заболеваний, первично поражающих сосудистую систему легких, относятся легочные артерииты, первичная легочная гипертензия и тромбоэмболические процессы в системе малого круга кровообращения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ. Следует различать компенсированное и декомпенсированное хроническое легочное сердце.

В фазе компенсации клиническая картина определяется, главным образом, симптоматикой основного заболевания и постепенным присоединением признаков гипертрофии правых отделов сердца. Клинические признаки гипертрофии правого желудочка обычно выражены неярко и наблюдаются не во всех случаях. У ряда больных выявляется пульсация в эпигастральной области, акцент II тона над легочной артерией.

Развернутая клиническая симптоматика наблюдается при декомпенсированном легочном сердце. Основной жалобой больных является одышка, которая обусловлена как дыхательной, так и присоединением сердечной недостаточности. Одышка усиливается при физическом напряжении, вдыхании холодного воздуха, в положении лежа. Нередко больные жалуются на боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой и не купирующиеся нитроглицерином. Причинами болей в области сердца при легочном сердце являются метаболические нарушения миокарда, а также относительная недостаточность коронарного кровообращения в гипертрофированном правом желудочке. Болевые ощущения в области сердца можно объяснить также наличием пульмонокоронарного рефлекса вследствие легочной гипертензии и растяжения ствола легочной артерии. При объективном исследовании часто выявляется цианоз. На фоне диффузного «теплого» цианоза, являющегося симптомом основного легочного заболевания, появляется «холодный» цианоз, акроцианоз. Цианоз усиливается при обострении воспалительного процесса, упорном кашле. Важным признаком легочного сердца является набухание шейных вен. В отличие от

дыхательной недостаточности, когда шейные вены набухают в период выхода, при легочном сердце шейные вены остаются набухшими как на вдохе, так и на выдохе. Характерна пульсация в эпигастральной области, обусловленная гипертрофией правого желудочка.

Основными клиническими признаками правожелудочковой недостаточности являются тахикардия, увеличение печени, которое сопровождается чувством тяжести в правом подреберье, периферические отеки, резистентные к лечению. При исследовании сердца отмечаются глухость тонов, акцент 2 тона над легочной артерией. У основания мечевидного отростка и в зоне Боткина может выслушиваться систолический шум вследствие относительной недостаточности трехстворчатого клапана. У ряда больных с относительной недостаточностью клапана легочной артерии во втором межреберье слева выслушивается диастолический шум Грехема-Стилла. АД обычно нормальное или понижено. При застойной сердечной недостаточности может отмечаться симптоматическая артериальная гипертония. У ряда больных отмечается развитие язв желудка, обусловленное наличием гипоксемии, гиперкапнии, приводящих к накоплению гистаминоподобных веществ в крови и снижению резистентности слизистой оболочки гастроуденальной системы.

Основные симптомы легочного сердца становятся более выраженными на фоне обострения воспалительного процесса в легких параллельно нарастанию гипертонии малого круга кровообращения. У больных с легочным сердцем имеется склонность к гипотермии и даже при обострении пневмонии температура редко превышает 37°C.

В терминальной стадии нарастают отеки, увеличение печени, олигурия, возникают нарушения со стороны ЦНС (головные боли, головокружение, шум в голове, сонливость, апатия), что связано с увеличением гипоксемии, гиперкапнии и накоплением недоокисленных продуктов обмена.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: олышка разной степени выраженности, цианоз, тахикардия, отеки на нижних конечностях, быстрая утомляемость, головная боль, головокружение, бессонница.

ПЛАН наблюдения и ухода за больным: подготовка больного к дополнительным методам исследования (рентгеноскопия грудной клетки, ЭКГ, функция внешнего дыхания), забор биологического материала для лабораторного исследования (кровь, моча, мокрота), энтеральное и парантеральное введение лекарственных средств.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА: наблюдение за общим состоянием, функцией сердечно-сосудистой системы (пульс, АД, ЧСС), бронхолегочной системы (ЧД), функцией ЖКТ; кормление тяжелоболь-

ных, обработка полости рта утром и после каждого приема пищи, туалет глаз, ушей, кожи, профилактика пролежней, своевременная смена нательного и постельного белья. подмывание больных после каждого акта дефекации и мочеиспускания, проветривание помещения. регулярная уборка помещения с дезсредствами, направление больного на рентгенологическое исследование и определение функции внешнего дыхания, ЭКГ, забор биологического материала для исследования. В крови отмечается эритроцитоз, повышение содержания гемоглобина и уменьшение СОЭ до 10–15 мм/час. При обострении воспалительного процесса наблюдается лейкоцитоз со сдвигом влево, а также увеличение α -2- и γ -глобулинов, повышение содержания фибриногена, С-реактивного белка. При рентгенологическом исследовании грудной клетки часто выявляется картина эмфиземы легких и диффузного пневмосклероза. При исследовании сердца – признаки гипертрофии правого желудочка. На ЭКГ выявляется высокий остроконечный зубец Р (P-pulmonale) в отведениях II, III и aVF в грудных отведениях признаки гипертрофии правого желудочка (высокий зубец R в V-1-2 и глубокий S в левых грудных отведениях).

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ. Важным компонентом комплексной терапии легочного сердца является лечение основного заболевания. В периоды обострения воспалительного процесса в легких проводится антибактериальная терапия. При бронхоспастическом синдроме назначают бронхолитики, антигистаминные препараты, глюкокортикоиды. При наличии вязкой мокроты используются отхаркивающие и муколитические средства.

С целью снижения давления в малом круге кровообращения применяют эуфиллин, препараты раувольфии, ганглиоблокаторы. Высокая терапевтическая эффективность эуфиллина у больных легочным сердцем обусловлена его свойством снижать давление в системе легочной артерии, выраженным бронхолитическим эффектом, слабым кардиотоническим действием и способностью увеличивать почечный кровоток. При развитии симптомов сердечной декомпенсации показано применение сердечных гликозидов, но они более эффективны при сочетании их с диуретиками. Из диуретических препаратов предпочтение отдается антагонистам альдостерона (верошпирон, альдактон по 0,1–0,2 г 2–4 раза в день), кроме того, применяют блокаторы карбоангидразы (диакарб по 0,125–0,25 г 1 раз в течение 3 дней с промежутком в несколько дней), салуретики (фуросемид по 0,04–0,08 г 1 раз в день), производные птеридина (триамтерен по 0,05–0,1 г в сутки).

При значительной полицитемии, а также увеличении объема циркулирующей крови показано кровопускание в количестве 200–300 мл.

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ характеризуется возникновением болей в области сердца. Боли в области сердца являются серьезной жалобой и требуется очень детальный расспрос больного для выяснения причины их возникновения. Они могут появляться при различных заболеваниях сердца (стенокардия, инфаркт миокарда, эндокардит, перикардит, вегето-сосудистая дистония, миокардит, стеноз устья аорты и др.), а также при плеврите, межреберной невралгии, миозите, повреждениях ребер. Такое разнообразие причин требует подробного расспроса об этом важном симптоме. Необходимо выяснить, что способствует возникновению болей (физическое или психическое напряжение, стресс, волнение); точную локализацию их (область верхушки сердца, за грудиной — симптом «ладони» или «кулака»); характер боли (сжимающие, жгучие, острые, тупые, давящие, колющие и т. д.); постоянные или приступообразные; продолжительные или кратковременные.

Иррадиация болей (при ИБС — в левую руку, левое плечо, левую лопатку, левую половину шеи и нижней челюсти). Важное значение имеет положение больного, которое он занимает при возникновении болей (при стенокардии — больной останавливается, как бы замирает — «человек, читающий афишу»; при инфаркте миокарда — больной возбужден, постоянно двигается, меняет положение, возникает двигательное беспокойство; боли при миокардите носят постоянный характер без иррадиации, но нередко напоминают ангинозные; при перикардите боли возникают вследствие воспаления листков перикарда и отложения на них фибрина, как правило, носят постоянный характер и могут быть различной интенсивности.

При вегето-сосудистой дистонии боли обычно ощущаются в области верхушки сердца, никуда не иррадиируют, носят постоянный характер и связаны в большинстве случаев с различными эмоциями. При нарушении кровообращения, при пороках сердца нередко больные жалуются на ощущение тяжести или болей в области правого подреберья из-за развития резкого застоя крови в печени и растяжения глиссоновой капсулы. Следует подчеркнуть, что болевой синдром в основном диагностируется на основании субъективных данных больного, а также инструментальных методов: ЭКГ может дать информацию только при регистрации ее в момент болей (появляется отрицательный зубец Т, или смещение сегмента S—T), или при проведении пробы на определение толерантности к физической нагрузке на велоэргометре. При инфаркте миокарда важную информацию дают ЭКГ и ЭхоКГ.

Основными принципами лечения являются купирование приступа болей приемом под язык нитроглицерина или валидола. В случае развития инфаркта миокарда – вводят наркотические анальгетики, нейролептанальгетики (дроперидол, фентанил).

Наблюдение включает – исследование пульса, АД, ЧСС, ЧД, физиологическими отправлениями; уход за больным включает: проветривание палаты, регулярная помывка полов с дез. растворами, подмывание больного после физиологических отпращиваний, своевременная смена нательного и постельного белья, кормление больного в постели, профилактика пролежней.

СИНДРОМ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ представлен обмороком, коллапсом и шоком.

ОБМОРОК – это внезапная кратковременная потеря сознания вследствие гипоксии мозга. Наблюдается при стрессовых ситуациях, кровопотере, травмах, резких болях. Обморок проявляется слабостью, головокружением, подташниванием, чувством онемения конечностей. Кожные покровы и конечности холодные на ощупь, дыхание редкое, поверхностное, зрачки узкие. Продолжительность обморока от нескольких секунд до 1–2 минут.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: резкая слабость, головокружение, тошнота, онемение конечностей, бледность кожных покровов.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ: больному следует расстегнуть воротник, пояс. Уложить больного так, чтобы голова была ниже таза, опрыснуть лицо холодной водой, растереть виски ватным или марлевым тампоном, смоченным раствором нашатырного спирта и дать понюхать. При необходимости можно ввести под кожу раствор кофеина, кордиамина, масляный или водный раствор камфары. К рукам и ногам приложить грелки, дать выпить горячий чай.

КОЛЛАПС характеризуется резким снижением АД и уменьшением объема циркулирующей крови. Наблюдается при интоксикации, инфекции, кровопотере, сердечно-сосудистых заболеваниях. При осмотре кожные покровы бледные, вены спадаются, черты лица заостряются, появляется липкий холодный пот, конечности холодеют, больные отмечают нарастающую слабость, головокружение, заторможенность, на вопросы отвечают с трудом. Пульс частый, мягкий, может быть нитевидным, АД снижается.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: резкая общая слабость, головокружение, заторможенность, бледность кожных покровов, гипотония.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ: как можно быстрее ликвидировать причину, вызвавшую коллапс: при кровопотере – остановить кровотечение (наложить жгут при возможности); при резких болях ввести обезболивающие средства; при инфекции – бактерицидные

и бактериостатические препараты; при интоксикации – промывание желудка и очистительная клизма, затем вводить средства, повышающие АД: 10% раствор кофеина, раствор кордиамина под кожу или внутримышечно. При необходимости – внутривенно капельно 0,1% раствор норадреналина 1 мл или мезатона 1 мл в 200–500 мл изотонического раствора глюкозы. Затем оксигенотерапия, лучше через аппарат Боброва, крепкий чай, кофе.

ШОК – характеризуется резким угнетением всех жизненных функций организма. В течении шока различают эректильную (возбуждение) фазу, кратковременную и торпидную фазу, то есть угнетения, она довольно продолжительная. Причинами шока могут быть травмы, резкая боль, большая кровопотеря, переливание несовместимой по группе и резус-фактору крови, анафилаксия, чаще немедленного типа. Лицо у больных становится маскообразным, развивается слабая реакция на окружающее, резкое нарушение болевой чувствительности, частое и поверхностное дыхание, пульс нитевидный, АД резко снижается, диурез уменьшается, а затем наступает анурия. Кожные покровы землисто-серого цвета, покрыты липким холодным потом, конечности холодные. Эти признаки появляются в результате нарушений деятельности вегетативной нервной системы и уменьшения кровотока в коже. Поверхностные вены спавшиеся, ногтевые ложа бледные и часто цианотичные. Довольно часто появляются симптомы со стороны ЖКТ, включающие гошноту, рвоту, боли в животе, иногда эти симптомы настолько преобладают в клинической картине, что наводят на мысль о возникновении шока в результате катастрофы в брюшной полости. Могут появляться желудочно-кишечные кровотечения в результате возникновения «стресс-язв» и дуоденита. Вслед за снижением сердечного выброса уменьшается почечный кровоток, в связи с чем наступает олигурия, а затем анурия. Различают 3 степени шока: 1 степень – отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых, слабый пот. Пульс 90–100 в минуту, удовлетворительных качеств. АД 90/60 мм рт. ст. Диурез в норме. Сознание ясное. 2 степень – состояние средней тяжести или тяжелое, резкая бледность, цианоз, адинамия, уменьшается ударный и минутный объем, диурез низкий (до 400 мл), АД 80/40 или 60/40 мм рт. ст. Пульс нитевидный. Сознание может быть спутанным; 3 степень – состояние крайне тяжелое. Периферические признаки выражены: конечности холодные на ощупь, выраженная влажность кожных покровов, резко снижается ударный и минутный объем, прекращается фильтрация крови почками, развивается анурия. АД 50–40 мм рт. ст. или не определяется. Сознание спутанное или наступает кома.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: резкая общая слабость, адинамия, спутанное сознание, заторможенность, тахикардия, гипотония, олигурия или анурия, тошнота, рвота, боли в животе, бледность кожных покровов.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ: прежде всего ликвидация причин, вызвавших шок: при кровотечении — остановка кровотечения, при резких болях — введение обезболивающих средств — наркотические анальгетики, нейролептанальгезия (дроперидол, фентанил), восстановление объема циркулирующей крови (переливание одногруппной, резуссовместимой крови, кровезаменителей). При трансфузионном шоке — обменное переливание крови. При анафилактическом шоке — обкалывание места укола или укуса 0,1% раствором адреналина, при возможности — наложение жгута выше инъекции или укуса. Затем под контролем АД вводить под кожу или внутривенно капельно 0,1% раствор адреналина до полного выведения из состояния шока.

СИНДРОМ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ развивается при резком снижении сократительной функции миокарда левого желудочка и проявляется в виде сердечной астмы и отека легких. Приступ сердечной астмы возникает, как правило, ночью: появляется удушье, сухой кашель. Больные занимают вынужденное положение с приподнятым головным концом или сидя на кровати с опущенными ногами. Отмечается бледность кожных покровов с цианотическим оттенком, дыхание жесткое везикулярное, могут появиться сухие свистящие хрипы. Если сердечная астма осложняется отеком легких, то состояние больных становится более тяжелым, удушье усиливается, появляется кашель с пенистой розовой (кровянистой) мокротой, при аускультации выслушиваются незвучные разнокалиберные влажные хрипы, возникает клокочущее дыхание, слышимое на расстоянии. Появляется и нарастает цианоз лица. Пульс частый, слабого наполнения. АД снижается. Вены шеи набухают.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: кашель сухой, затем с пенистой мокротой, удушье, слабость, цианоз.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ: успокоить больного, создать психический и физический покой, придать больному возвышенное положение головного конца. Можно наложить на конечности жгуты на 20–30 мин или произвести кровопускание 300–400 мл. Оксигенотерапия через аппарат Боброва со спиртом, как противопенивающим средством. Для «подавления» функции дыхательного центра под кожу 1 мл 1% раствора морфина и 0,5 мл 0,1% раствора атропина. Во всех случаях кроме митрального стеноза в

вену струйно или капельно сердечные гликозиды (строфантин, коргликон, изоланид) и мочегонные (лазикс, фуросемид 1–2 ампулы в вену). Постоянное наблюдение за пульсом, ЧСС, АД, ЧД, диурезом. Уход — создание удобного положения, своевременная оксигенотерапия, проветривание палаты, подмывание больных после физиологических отправлений.

СИНДРОМ ОСТРОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ возникает при астматическом состоянии, субтотальной или тотальной пневмонии и эмболии ствола легочной артерии. Может протекать молниеносно и наступает смерть. Проявлениями острой правожелудочковой недостаточности при эмболии ствола легочной артерии являются острая боль за грудиной, выраженная одышка, сухой кашель, цианоз головы, шеи, плечевого пояса. При аускультации сердца — акцент 2 тона над легочной артерией, в легких — сухие свистящие хрипы.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: одышка, сухой кашель, цианоз головы и плечевого пояса, тахикардия.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ: при астматическом статусе — лаваж теплым стерильным раствором новокаина или фурацилина, кортикостероиды в больших дозах, сердечные гликозиды; при эмболии легочной артерии либо хирургический путь — эмболэктомия, либо консервативный путь — введение через катетер стрептазы, стрептокиназы, урокиназы, стрептодектазы, которые расплавляют эмбол, вызывая реканализацию.

СИНДРОМ ВОСПАЛЕНИЯ МИОКАРДА: это воспалительное заболевание сердечной мышцы инфекционной, инфекционно-аллергической или инфекционно-токсической природы.

ПРИЧИНАМИ миокардита могут быть вирусная, бактериальная инфекция, гнойно-септические заболевания, дифтерия, брюшной тиф, бруцеллез, туберкулез, сыпной тиф. В особую группу выделяются неспецифические инфекционно-аллергические миокардиты, возбудителями которых являются стрептококки, стафилококки, локализующиеся в миндалинах, придаточных пазухах носа, зубах. Эти микроорганизмы не вызывают специфического микробного действия, а вызывают аллергическую перестройку организма, приводящего к развитию миокардита. Могут возникать миокардиты при ожоговой или лучевой болезни, при токсикозе беременности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ миокардита во многом обусловлены этиологией, продолжительностью процесса, а также вовлечением в процесс проводящей системы сердца.

Больные предъявляют жалобы на общую слабость, субфебрильную температуру, быструю утомляемость, одышку при невыраженной физической нагрузке и иногда по ночам, чувство тяжести и

дискомфорта в области сердца, но иногда боли могут быть по типу ангинозных. При осмотре определяется цианоз, отеки на нижних конечностях и на пояснице, набухание яремных вен, нередко бледность в сочетании с цианозом. При тяжелом течении пульс может быть слабого наполнения, учащен. АД, особенно систолическое, может быть снижено. При перкуссии границы относительной сердечной тупости несколько увеличены и вправо и влево. Левожелудочковый толчок ослаблен. При аускультации I тон на верхушке ослаблен, может выслушиваться 4 тон, а в тяжелых случаях может выслушиваться и 3 тон, что обуславливает ритм галопа. На верхушке и в зоне Боткина может выслушиваться систолический шум, обусловленный относительной недостаточностью митрального клапана. Шум этот сливается с I тоном, убывающий.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: общая слабость, утомляемость, одышка, боли в сердце, субфебрильная температура.

ПЛАН ухода и наблюдения, дополнительных методов инструментального и лабораторного исследования, принципы лечения, диспансерного наблюдения.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ: уход – регулярное проветривание палаты, влажная уборка палаты, подача увлажненного кислорода, при тяжелом состоянии больного помощь больному в соблюдении личной гигиены, кормление больного; наблюдение за пульсом, АД, ЧСС, ЧД, физиологическими отправлениями и общим состоянием больного; подготовка больного к забору биологического материала (крови на общий и биохимический анализ: в крови отмечается умеренный лейкоцитоз, эозинофилия, увеличение СОЭ; изменение белковых фракций, увеличение СРБ, сиаловых кислот), подготовка больного к ЭКГ и ЭхоКГ, ФКГ; своевременное выполнение назначений врача в плане лечения (раздача лекарств, производство инъекций и вливаний).

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ миокардита складываются из трех компонентов: 1) воздействия на основное заболевание, проявлением которого явился миокардит; 2) воздействие на аллергический компонент миокардита; 3) лечение сердечно-сосудистой недостаточности и аритмий. Больные острым миокардитом нуждаются в строгом постельном режиме до ликвидации острых проявлений болезни. Расширять режим следует очень осторожно под контролем клиники и данных ЭКГ. В питании достаточное количество витаминов, особенно витамина С, следует ограничить употребление поваренной соли. Из лекарственных препаратов рекомендуются антибиотики, салицилаты, десенсибилизирующие средства (супрастин, пипольфен и др.), при выраженном аллергическом компоненте – кортикостероиды (преднизон, преднизолон). Лечение сердечной недостаточности сердечными гликозидами (строфантин, коргликон,

изоланид). Лечение аритмий должно быть очень осторожным и после стихания острого процесса.

Диспансерное наблюдение в стадии ремиссии 1–2 раза в год. Осмотр отоларинголога и стоматолога 1 раз в год; общий анализ крови и мочи — 2 раза в год; биохимический анализ ЭКГ и ФКГ 1 раз в год.

СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ. Основным и нередко единственным симптомом ГБ является повышение артериального давления. Кардиологический комитет ВОЗ предлагает считать за показатель гипертонии величину 160 мм рт. ст. и выше для систолического давления и 100 мм рт. ст. и выше — для диастолического давления. Повышение АД может наблюдаться и при ряде заболеваний: почек, поражениях эндокринной системы, атеросклерозе, коарктации аорты, сужении крупных артерий и т. д. Такая гипертония рассматривается как симптоматическая или вторичная, так как является следствием основного заболевания. ГБ довольно распространенное заболевание и может встречаться в любом возрасте. Надо сказать, что ГБ — одна из основных причин инвалидности и смертности больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

ПРИЧИНАМИ гипертонической болезни могут быть ненормированный рабочий день, связанный с чрезмерным нервным напряжением, психические травмы, эмоциональные потрясения, избыточная нагрузка и переутомление нервно-психической сферы, наследственность.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ обусловлены степенью повышения АД, функциональным состоянием паренхиматозных органов, нейроэндокринной системы, гемодинамики, реологическими свойствами крови и др. Наиболее частой жалобой при ГБ является головная боль, которая часто носит мигренеподобный характер, развивается в виде приступа, продолжается в течение многих часов и может заканчиваться рвотой. Изредка наблюдаются головные боли в виде тяжелых кризов с затемнением сознания. Частыми при ГБ являются головокружение и шум в ушах, мелькание темных «мушек» или «блесток» в глазах, колющие боли в сердце или ощущение дискомфорта, быстрая утомляемость, физическая слабость. Повышение АД служит наиболее ранним и постоянным признаком болезни. Вначале болезнь характеризуется склонностью к переходящим подъемам АД, в дальнейшем гипертония становится все более стабильной, и АД остается на высоких цифрах, повышается как систолическое, так и диастолическое. Высокий постоянный уровень АД обычно сочетается с органическими изменениями в сосудистой системе, особенно в почках.

При ГБ отмечается увеличение левого желудочка вследствие как тоногенной, так и миогенной дилатации. При пальпации левожелудочковый толчок смещается вначале влево, а затем и вниз. При аускультации на верхушке ослаблен 1 тон, выраженный акцент 2 тона над аортой. При тяжелом дистрофическом поражении миокарда может выявиться 3 тон, а над верхушкой выслушиваться систолический шум, что указывает на относительную недостаточность митрального клапана.

Из осложнений ГБ следует отметить: гипертонические кризы, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, острую левожелудочковую недостаточность и отслойку сетчатки глаза.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: головная боль, головокружение, рвота, боли в сердце, слабость, недомогание, мелькание «мушек» перед глазами.

ПЛАН СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ: уход и наблюдение за больным, подготовка больного к дополнительным инструментальным и лабораторным исследованиям, выполнение врачебных назначений в лечении больного, обеспечение консультаций других специалистов, диспансерное наблюдение, принципы реабилитации.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ: при резком повышении АД — успокоить больного, создать психический и физический покой, поставить горчичник на затылок, проветрить палату, при необходимости покормить больного, помочь выполнить методы личной гигиены; осуществлять наблюдение за АД, пульсом, ЧСС, ЧД, физиологическими отправлениями; подготовить больного к забору крови на общий и биохимический анализ, забору мочи на общий анализ; к рентгенологическому, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ-исследованию.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: больным артериальной гипертонией рекомендуется диета с ограничением поваренной соли до 4 г в день. При избыточной массе тела рекомендуется ограничение калоража и не менее 1 раза в неделю разгрузочные дни. Добиться нормализации ночного сна. Курение и употребление алкоголя недопустимы. В ранних стадиях ГБ показаны седативные средства. В настоящее время получили распространение три группы гипотензивных средств: 1) основным механизмом действия является торможение функции симпатической нервной системы; 2) препараты, расслабляющие гладкую мускулатуру артериол; 3) салуретики.

Диспансерное наблюдение по плану ЛПУ.

СИНДРОМ НЕКРОЗА СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ: Инфаркт миокарда характеризуется развитием ишемического очага некроза сердечной мышцы с возникновением клинического симптомокомплекса, отражающего развитие целого ряда приспособительных реакций

организма, направленных на восстановление нарушений гемодинамики и изменений гомеостаза.

Классическое описание клинической картины инфаркта миокарда было дано В. П. Образцовым и Н. Д. Стражеско в 1909 г.

ЭТИОЛОГИЯ: У 97–98% больных в возникновении инфаркта миокарда основное значение имеет атеросклероз коронарных артерий. В ряде случаев возникновение инфаркта миокарда может быть связано с метаболическими нарушениями, в результате возникает острое нарушение коронарного кровообращения с развитием ишемии и некроза определенного участка миокарда

Нарушение коронарного кровообращения обуславливается, во-первых, прогрессирующим атеросклерозом коронарных артерий, во-вторых, присоединением в ряде случаев тромбоза коронарных артерий на фоне атеросклероза, в-третьих, нейрогуморальными факторами. При этом возникает абсолютная или относительная недостаточность кровоснабжения миокарда с развитием его ишемии.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА. Основным клиническим симптомом инфаркта миокарда при типичном его течении (*Status anginosus*) является болевой приступ, который возникает в самом начале заболевания и, достигая максимума, становится его самым драматическим симптомом. Частота болевого приступа колеблется в пределах 86–95%. Наиболее часто отмечается развитие интенсивного болевого приступа в загрудинной области, в прекардиальной области; в некоторых случаях боль распространяется на всю переднебоковую поверхность грудной клетки, реже отмечается атипичная локализация болей. Боли при типичном инфаркте миокарда обычно иррадиируют в левую руку, плечо, лопатку. В некоторых случаях боли иррадиируют в обе руки или правое плечо, в шею, нижнюю челюсть. Характерным признаком болевого приступа при инфаркте миокарда является его интенсивность и длительность, превышающая в значительной степени обычный приступ стенокардии. Боли могут носить самый разнообразный характер: давящие, сжимающие, жгучие, режущие и т. д. — и не снимаются приемом нитроглицерина, обычными сосудорасширяющими средствами и требуют применения наркотических анальгетиков, наркоза, нейролептанальгезии. Длительность болевого приступа при инфаркте миокарда может быть различной — от 1–2 ч до нескольких суток с волнообразным их нарастанием и уменьшением.

Иногда развитие типичного варианта инфаркта миокарда сопровождается появлением мозговых симптомов: резкой слабости, головокружений, головной боли, рвоты, обмороков, резкого возбуждения, которое затем может смениться затемненным сознанием и потерей его.

В других случаях типичный болевой приступ сопровождается явлениями диспепсии в виде тошноты, рвоты, метеоризма, задержки стула.

При осмотре отмечается бледность кожных покровов, акроцианоз, а при обширных инфарктах миокарда может появиться видимая на глаз пульсация прекардиальной области. При пальпации — ослабление левожелудочкового толчка, перкуторно — расширение сердца влево, аускультативно — глухость тонов сердца, на верхушке и в зоне Боткина может выслушиваться систолический шум, обусловленный образованием относительной недостаточности митрального клапана или отрывом сосочковых мышц, или перфорацией межжелудочковой перегородки.

В течение первых суток может появиться шум трения перикарда, связанный с реактивным перикардитом. В остром периоде он обычно локализованный, непостоянный и только в редких случаях принимает разлитой характер с развитием экссудативного перикардита. Обычно шум трения перикарда сохраняется 1—3 суток.

В первые сутки развития инфаркта миокарда может регистрироваться упорная тахикардия, с различными видами нарушения ритма. К концу первых и в начале вторых суток выявляется повышение температуры до 37—38°C.

В 30% случаев инфаркта миокарда наблюдается атипичное начало. В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяются следующие клинические формы: 1) ангинозный или болевой; 2) астматический; 3) гастралгический; 4) периферический; 5) церебральный (апоплектиформный); 6) аритмический; 7) безболевой; 8) бессимптомный.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА. К концу первых суток отмечается лейкоцитоз $8 \cdot 10^9 - 12 \cdot 10^9$ л, на третьи сутки снижение лейкоцитоза и увеличение СОЭ — симптом ножиц. Повышается содержание ферментов: креатинкиназы, лактатдегидрогеназы, фибриногена, С-реактивного белка, сиаловых кислот, хлорнорастворимого мукопротеина и т. д.

Важное значение в диагностике имеет ЭКГ в остром, подостром периоде и периоде рубцевания.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: Постельный режим, обезболивающие препараты, антикоагулянты, витамин Е, препараты калия, коронароактивные.

ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА: 1) кардиогенный шок; 2) острая сердечная недостаточность; 3) тромбэндокардит; 4) острая аневризма миокарда; 5) разрыв миокарда и тампонада сердца; 6) нарушение ритма и проводимости; 7) синдром Дресслера; 8) атония кишечника и мочевого пузыря; 9) желудочные кровотечения; 10) психические нарушения.

**СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВО-
ОБРАЩЕНИЯ** Причинами данного синдрома могут быть любые
заболевания сердечно-сосудистой системы. По течению недоста-
точность кровообращения подразделяется на три стадии.

Первая стадия характеризуется субъективными симптомами
одышки при выраженной физической нагрузке, быстрой утомля-
емостью и симптомом «тесной обуви» к вечеру.

Вторая стадия предусматривает два периода: период А характе-
ризуется недостаточностью либо левого, либо правого желудочка
Так при левожелудочковой недостаточности больных беспокоит
одышка при обычной физической нагрузке, тахикардия, при аус-
культации в легких могут выслушиваться влажные мелкопузырча-
тые хрипы. При правожелудочковой недостаточности преобладает
застой в большом круге кровообращения и проявляется выражен-
ной тахикардией, болями в правом подреберье, набухшими шейны-
ми венами, увеличением печени и отеками на нижних конечнос-
тях, акроцианозом.

При третьей стадии развивается недостаточность и левого, и
правого желудочков с дистрофическими изменениями в других
органах и системах и недостаточностью их функций. Это тяжелые
больные, которые требуют постоянного лечения сердечными гли-
козидами и мочегонными.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ в зависимости от стадии течения
хронической недостаточности кровообращения и ее проявления.

ПЛАН наблюдения, ухода, дополнительных методов исследова-
ния и принципы лечения, диспансерное наблюдение.

РЕАЛИЗАЦИЯ плана сестринских вмешательств. Оценка сес-
тринских вмешательств.

СИНДРОМ РЕВМАТИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ Ревматизм —
инфекционно-аллергическое заболевание с системным воспалитель-
ным поражением соединительной ткани преимущественно в сер-
дечно-сосудистой системе. Заболевание может развиваться в любом
возрасте и имеет хроническое рецидивирующее течение.

ЭТИОЛОГИЯ. Установлено, что первичная роль в развитии рев-
матизма принадлежит стрептококку (В-гемолитическому стрепто-
кокку группы А). Наиболее часто стрептококковая инфекция про-
является поражением носоглоточного кольца (ангина, тонзиллит,
фарингит). Начальная стрептококковая инфекция может пройти в
течение нескольких дней и даже без лечения, после чего наступает
латентный период, продолжающийся приблизительно 18—40 дней
во время которого в организме больного развиваются иммуноал-
лергические реакции.

Другим этиологическим фактором может служить наследственное предрасположение к ревматизму.

В силу генетической или приобретенной слабости защитных механизмов у отдельных больных проникновение В-гемолитического стрептококка группы А ведет к сенсibilизации организма и последующему развитию гиперергической реакции соединительной ткани, главным образом сердца и сосудов, что проявляется возникновением кардиальных и других антител.

Стрептококк и продукты его жизнедеятельности, действуя на организм, способствуют развитию характерного для ревматизма воспалительного процесса и нарушению гуморального противо-стрептококкового иммунитета в виде избыточного формирования и длительной циркуляции различных антител. Нарушение противо-стрептококкового иммунитета проявляется повышением фагоцитарной активности лейкоцитов и снижением показателя завершенности фагоцитоза стрептококка, обусловленными уменьшением активности кислых протеинов мукополисахаридов, что может способствовать в конечном итоге переживанию стрептококка внутри лейкоцита.

Для ревматизма наиболее специфической является аллергия замедленного типа. Повреждающий агент вызывает острую фазу воспаления путем последовательной активации системы коагуляции с высвобождением кининов и вазоактивных аминов (гистамин, серотонин), что ведет к нарушению микроциркуляции в очаге воспаления, с последующими незавершенными процессами фагоцитоза. Включение в воспалительные процессы иммунной системы сопровождается активацией системы комплемента, повреждением тканей иммунными лимфоцитами, активацией лизосомальных ферментов. Это создает условия для перехода воспаления в хроническое с переносом основной тяжести на иммунные механизмы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТИЗМА. Клиническая картина ревматизма чрезвычайно разнообразна. Целесообразно выделение трех основных периодов: первый период обусловлен сенсibilизацией организма стрептококковой инфекцией и характеризуется наличием общих симптомов реконвалесценции (после катаральной или лакунарной ангины, хронического тонзиллита) в виде недомогания, потливости, артралгии, головных болей, субфебрилитета. В крови может быть обнаружен стрептококковый антиген, повышение титра антител; второй период характеризуется гиперергической реакцией с определенной клинической органной симптоматикой: ревматический полиартрит, кардит, хорея или их сочетания. Развитие клинической картины интерпретируется как начало болезни, как первая атака ревматизма. В крови выявляются повышенные титры АСЛ-О, АСГ, АСК; третий период характери-

зуется возвратным течением, рецидивом ревматического процесса. Он отражает глубокие иммунологические, воспалительные и дистрофические процессы в соединительной ткани вообще и особенно в пораженных органах.

По течению различают несколько форм ревматизма; **СУБКЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА** — начало и течение заболевания скрытые. Клиническая картина атипичная, больные жалуются на головную боль, отсутствие аппетита, небольшие боли в суставах и т. д. Температура субфебрильная. Тоны сердца приглушены, может наблюдаться тахикардия. Точный диагноз устанавливается только после появления клапанного порока.

ОСТРАЯ ФОРМА отличается внезапным началом, летучими болями в суставах и быстрым развитием кардита (чаще панкардита). Отмечается повышение СОЭ, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, повышение титра стрептолизина-0, а-2 глобулинов. На ЭКГ — изменение зубца Т, может появиться а-в блокада 1 степени, нарушение возбудимости.

ПОДОСТРАЯ ФОРМА может протекать поли- или моноциклически. В большинстве случаев длительность атаки колеблется от 3 до 6 месяцев. Часто процесс имеет склонность к обострениям, нет четких критериев эффективности антиревматической терапии. Доминирующим в клинической картине ревматизма является кардит (эндомиокардит), протекающий в ряде случаев довольно тяжело.

ГИПЕРПИРЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА острого ревматизма (церебральный ревматизм). Начинается она в конце 1-й или 2-й недели заболевания и характеризуется высокой температурой, достигающей 41–42°C. Появляются беспокойное состояние, бред, бессонница, сердцебиение, дрожь, тонические судороги, учащенное поверхностное дыхание и т. д. При этом поражения со стороны сердечно-сосудистой системы отмечаются реже. Изменения периферической крови, осадочных проб, иммуноглобулинов подтверждают диагноз ревматизма.

НЕПРЕРЫВНОРЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ФОРМА характеризуется преобладанием в клинической картине экссудативного компонента проявлений воспаления в пораженных тканях на высоте обострения. Отмечается тенденция к полисиндромности с проявлением диффузного миокардита, в тяжелых случаях — панкардита с присоединением серозитов разной локализации, легочного васкулита, что в свою очередь может явиться причиной сердечной недостаточности и тромбоэмболических осложнений.

ЗАТЯЖНОВАЯ ФОРМА наиболее часто встречаемая. Обнаруживается преимущественно у больных возвратным ревмокардитом на фоне сформированного клапанного порока сердца. Течение ревмокардита длительное, свыше 6 месяцев, торпидное, без выра-

жеиных обострений и без полных ремиссий. Активность ревматического процесса умеренная, динамика клинических и лабораторных симптомов выявляется нечетко, что служит причиной диагностических затруднений.

При ревматизме наблюдаются кардиальные и экстракардиальные поражения. Кардиальные поражения: миокард поражается обычно в 100% случаев, эндокард в 60–70% случаев и перикард в 5–12% случаев, обычно при панкардите.

Ревматический миокардит может быть диффузным и очаговым.

Проявлением диффузного миокардита являются наряду с общеклиническими (лихорадка, слабость) симптомами, одышка, иногда приступы удушья, боли в сердце, иногда по типу ангинозных, тахикардия, нарушение ритма и проводимости, цианоз. Границы относительной сердечной тупости увеличены и вправо и влево. Тоны сердца приглушены, может выслушиваться систолический шум на верхушке и в зоне Боткина, появляется 3 тон и при тахикардии выслушивается ритм галопа. АД снижено, венозное давление повышено, скорость кровотока замедлена.

Ревматический эндокардит является причиной образования пороков сердца. В 1/3 случаев порок сердца образуется уже после первой атаки, в патологический процесс чаще всего вовлекается митральный клапан, в два раза реже — аортальный, гораздо реже — трикуспидальный и клапаны легочной артерии. Продолжительность течения первичного ревматического эндокардита от 2 до 5 месяцев. Поскольку острый ревмоэндокардит сочетается с миокардитом в большинстве случаев, тяжесть клинической картины в первый месяц заболевания определяется состоянием миокарда. В дальнейшем, на 3–4 неделе, появляются симптомы, характерные для клапанного ревматического поражения сердца. Характерным признаком является более устойчивый систолический шум, он становится более грубым и при улучшении состояния больного не проходит. Одним из основных лабораторных признаков ревматизма является избыточная продукция антител к экзоферментам, продуктам жизнедеятельности стрептококка, к внутриклеточным его антигенам и собственным тканевым компонентам: стрептолизину-0, стрептокиназе, стрептогиалуронидазе, дезоксирибонуклеазе В, липопротеиназе, антицитоплазматическим телам. Важное значение для уточнения активности болезни имеют лабораторные тесты, характерные для воспалительного процесса в организме: лейкоцитоз или лейкопения с изменением лейкоцитарной формулы, увеличенная СОЭ, повышенное содержание фибриногена, С-реактивного белка, анемия, увеличение концентрации гликопротеидов и т. д.

Клиническая картина при вяло и латентно текущем возвратном ревмокардите определяется многообразными симптомами, к кото-

рым относятся снижение работоспособности, появление слабости, быстрой утомляемости, неопределенных ощущений или болей в сердце. Кроме того отмечается повышенная чувствительность к холоду и смене погоды, потливость, постоянная или периодическая субфебрильная температура, изменение тембра тонов и шумов сердца, развитие хронической недостаточности кровообращения. Гематологические показатели могут быть не изменены.

Ревматический перикардит обычно наблюдается при панкардите. Он может быть сухим и экссудативным. Больные жалуются на боли в сердце, усиливающиеся при движении и дыхании, с иррадиацией в левую руку, плечо. При экссудативном перикардите границы сердца расширены, абсолютная тупость резко увеличена и не изменяется на вдохе. Тоны сердца глухие, прослушивается шум трения перикарда. Набухание шейных вен. Венозное давление повышено. Ревматический перикардит имеет благоприятное течение, экссудат рассасывается быстро. ЭКГ — снижение вольтажа зубцов, снижение сегмента S—T, изменение зубца T.

Экстракардиальные поражения: одним из типичных внесердечных проявлений является поражение суставов, для которого характерна симметричность, летучесть, поражение крупных суставов и благоприятный исход. Наблюдаются все признаки воспаления.

Ревматический плеврит часто сочетается с поражением сердца. В большинстве случаев имеет место экссудативный процесс. Серозно-фибринозный экссудат асептичен, содержит в основном лимфоциты, фибрин. Течение плеврита доброкачественное, быстрое.

Воспаление брюшины наблюдается у больных с тяжелой висцеральной формой ревматизма в сочетании с поражением других серозных оболочек. Тяжелое состояние больного наблюдается в тех случаях, когда ревматический перитонит протекает с клиникой «острого живота».

Поражение почек наблюдается при ревматизме в 80% случаев. Наиболее часто оно проявляется малым почечным синдромом (протеинурия, микрогематурия) и редко приобретает хроническое течение.

Ревматический легочный васкулит встречается в 5—10% случаев, страдающих ревматизмом, особенно при тяжелых формах. Течение характеризуется острым началом, выраженной легочной недостаточностью. В большинстве случаев клиническая картина, перкуторные и аускультативные данные характерны для очаговой пневмонии.

Ревматическое поражение ЦНС может проявляться малой хореей, в основе которой лежит поражение стриарной системы головного мозга. Хорея встречается преимущественно у лиц женского пола, чаще в возрасте 6—14 лет. Клинически хорея проявляется произвольными, беспорядочными, некоординированными движе-

ниями верхних конечностей, которые усиливаются при волнении или физической деятельности и прекращаются во сне. Поражение ЦНС может проявляться менингоэнцефалитом, серозным ревматическим менингитом, церебральным васкулитом. Последний характеризуется головными болями, головокружением, в тяжелых случаях — лихорадкой, нарушениями кожной чувствительности.

К ревматическим поражениям кожи относятся узловатая и кольцевидная эритема, ревматические узелки, расположенные в области суставов, по ходу сухожилий и иногда на волосистой части головы. Кольцевидная эритема обычно располагается на лице, груди, животе, спине, шее, конечностях.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: обычно применяется трехэтапное лечение, включающее: 1) лечение активной фазы болезни в кардиоревматологическом стационаре; 2) продолжение лечения больного после выписки в кардиоревматологических кабинетах поликлиники или пригородном санатории с проведением реабилитационных мероприятий; 3) последующее многолетнее диспансерное наблюдение и профилактическое лечение в поликлинике.

СИНДРОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

СИНДРОМ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА Острый простой гастрит (ОГ) — причины возникновения:

а) наиболее частой причиной острого экзогенного гастрита является употребление недоброкачественных продуктов питания, крепких алкогольных напитков, острой, жирной, слишком горячей или слишком холодной пищи, обильная еда (алиментарный гастрит);

б) иногда длительный прием некоторых лекарственных препаратов: салицилаты, йод, бром, сульфаниламиды и др. (лекарственный гастрит);

в) некоторые инфекционные заболевания (корь, скарлатина, дифтерия, грипп, абсцесс легких) (гематогенный гастрит);

г) аллергическая реакция на некоторые пищевые вещества (аллергический гастрит).

КЛИНИКА: обычно через 6–12 часов после погрешности в диете постепенно появляется общая слабость, неприятный вкус во рту, чувство тяжести и боль в эпигастрии, отрыжка, тошнота и рвота съеденной пищей с примесью желчи, жажда.

При осмотре язык обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области. Довольно часто температура носит субфебрильный характер.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ характеризуется бурным началом, может протекать тяжело: нередко наряду с диспепсическими явлениями наблюдаются симптомы общей интоксикации: головная боль, головокружение, адинамия.

При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов. Отмечается тахикардия, гипотония, в тяжелых случаях может быть коллапс. При глубокой пальпации выявляется выраженная разлитая болезненность в эпигастрии. Температура может быть нормальной или повышенной.

При исследовании желудочного содержимого больных ОГ вначале имеется гиперсекреция и повышенная кислотность, которые в дальнейшем могут смениться угнетением секреторной функции желудка.

При большой потере жидкости (рвота, понос) в крови может быть выявлено повышенное содержание гемоглобина и эритроцитов (сгущение крови).

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: 1) Промывание желудка теплым раствором перманганата калия (1:10000) или 0,5% р-ром гидрокарбоната натрия;

2) После промывания желудка — солевое слабительное (20–30 г сульфата магния или сульфата натрия);

3) Постельный режим;

4) Первые два дня голод;

5) При обезвоживании — под кожу изотонический р-р 500–1000 мл;

6) При болях — белладонна, атропин, папаверин;

7) При коллапсе — кофеин, кордиамин, норадреналин.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА — хронический гастрит характеризуется неспецифическим хроническим воспалительным процессом с постепенным развитием атрофии различной степени.

При этом морфологические изменения сочетаются с клиническими проявлениями и нарушением, прежде всего, секреторной функции желудка, а также моторной и в какой-то степени инкреторной деятельности.

Современная классификация хронических гастритов исходит из четырех признаков: этиологического, морфологического, функционального и клинического.

1. ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ

1) **ЭКЗОГЕННЫЕ ГАСТРИТЫ:** а) при длительных нарушениях режима питания — качественного и количественного состава пищи, а также ритма питания;

б) злоупотребление алкоголем и никотином;

в) действие термических, химических и механических агентов;

г) влияние профессиональных вредностей: глотание щелочных паров и жирных кислот (мыловаренные и маргариновые заводы),

хлопковой, угольной, металлической пыли, систематического употребления густо приправленного пряностями сырого мяса (консервная промышленность).

2) **ЭНДОГЕННЫЕ ГАСТРИТЫ:** а) обусловленные патологическим рефлекторным воздействием с других пораженных органов — кишечника, желчного пузыря, поджелудочной железы;

б) гастрит, связанный с нарушением в вегетативной нервной системе и эндокринных органах — гипофиз, надпочечники, щитовидная железа;

в) гематогенный гастрит (при хронических инфекциях, нарушении обмена веществ);

г) гипоксемический гастрит (развивается при хронической сердечной недостаточности, пневмосклерозе, эмфиземе легких, легочном сердце);

д) аллергический гастрит (при аллергических заболеваниях).

2. ПО МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ:

1) Поверхностный гастрит;

2) Гастрит с поражением желез без атрофии;

3) Атрофический гастрит: а) умеренный; б) выраженный; в) с явлениями перестройки эпителия; г) атрофически-гиперпластический гастрит;

4) Антральный гастрит;

5) Эрозивный гастрит.

3. ПО ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ ПРИЗНАКУ:

1) Гастрит с нормальной или повышенной секреторной функцией;

2) Гастрит с секреторной недостаточностью, умеренно выраженной (снижение концентрации свободной соляной кислоты после пробного раздражителя ниже 20 титрационных единиц; уменьшение концентрации пепсина от 2,5 до 1 г%, концентрации мукопротеина ниже 23%; положительная ответная реакция на гистамин).

3) Гастрит с секреторной недостаточностью резко выраженной (отсутствие свободной соляной кислоты во всех порциях желудочного сока, снижение концентрации пепсина ниже 1 г% или полное его отсутствие, отсутствие мукопротеина, гистаминорефрактерная реакция).

4. ПО ПРИНЦИПУ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ:

1) **КОМПЕНСИРОВАННЫЙ ГАСТРИТ** (или фаза ремиссии): отсутствие клинических симптомов, нормальная секреторная функция или несколько снижена.

2) **ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ ГАСТРИТ** (фаза обострения): наличие отчетливых клинических симптомов стойких, трудно поддающихся терапии, резко выраженная секреторная недостаточность.

3) **ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ** с сохраненной или повышенной секреторной функцией. Эта форма гастрита чаще встречается у лиц, злоупотребляющих алкоголем и у курильщиков. Больные жалуются на изжогу, которая носит упорный характер; на кислую отрыжку, реже рвоту; ощущение жжения, давления, тяжести в подложечной области, которые появляются обычно через 2—3 часа после приема пищи, особенно острой и пряной. Аппетит сохранен, иногда повышен. Отмечается склонность к запорам. При осмотре — выраженного похудания не отмечается. Общее состояние страдает мало. Нередко у таких больных наблюдается неврастенический синдром, который проявляется повышенной раздражительностью, плохим сном, изменчивостью настроения, быстрой утомляемостью. Иногда наблюдаются симптомы повышения функции вегетативного отдела нервной системы — это красный дермографизм, артериальная гипотония, лабильность пульса, брадикардия, слюнотечение.

При пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: изжога, отрыжка кислым, иногда рвота, ощущение жжения, давления, тяжести в эпигастрии, запоры, раздражительность, плохой сон, лабильность настроения, быстрая утомляемость, красный дермографизм, артериальная гипотония, брадикардия, слюнотечение.

Дополнительные методы исследования: рентгенологическое исследование выявляет увеличение толщины складок, повышенный мышечный тонус, усиленная перистальтика привратника. При гастроскопии видна гиперемированная отечная слизистая оболочка.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: прежде всего устранение причины, вызвавшей заболевание. Необходимо прекратить курение и употребление алкоголя. Диетотерапия; при болях — назначение спазмолитиков: белладонна, атропин, папаверин.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: наиболее выраженные клинические симптомы бывают при отсутствии свободной соляной кислоты и пепсина, то есть при ахилии. Для выявления атрофического процесса служит проба с гистамином. Отсутствие свободной соляной кислоты при подкожном введении 0,5 мг гистамин указывает на гибель желудочных желез.

На первый план выступают диспепсические расстройства: отрыжка воздухом, иногда тухлым яйцом; тошнота; ощущение тяжести в подложечной области; неприятный запах во рту; иногда, натощак, бывает рвота; нередко наблюдается понос.

Отсутствие свободной соляной кислоты приводит к нарушению всасывания пищевого железа, что приводит к железодефицитной

анемии. Нарушается всасывание витаминов А, С и особенно группы В. Пальпаторно отмечается чувствительность в эпигастрии.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: отрыжка воздухом или тухлым яйцом, тошнота, тяжесть в эпигастрии, неприятный запах изо рта, иногда натошак рвота, понос.

Дополнительные методы исследования: рентгенологически отмечается сглаженность, истончение и уплощение рельефа слизистой оболочки желудка.

Гастроскопия:

- а) слизистая оболочка желудка серого цвета;
- б) слизистая оболочка желудка истончена, гладкая, вследствие исчезновения складок;
- в) отмечается просвечивание кровеносных сосудов;
- г) иногда имеет место кровоизлияния.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ:

- а) щадящая диета (стол № 2);
- б) при ахилии заместительная терапия (желудочный сок или р-р соляной кислоты с пепсином, бетацит);
- в) парентерально витамины В-6-12, С, никотиновая кислота;
- г) ЛФК;
- е) санаторно-курортное лечение (Ессентуки-17, Железноводск, Ижевский минеральный источник);
- ж) физиотерапевтическое лечение.

ПРОФИЛАКТИКА: 1) общественная (санитарный надзор за общественным питанием); 2) индивидуальная (режим питания, предупреждение обострений).

СИНДРОМ ДЕСТРУКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ Язвенная болезнь — это хроническое рецидивирующее заболевание, когда в результате нарушений регулирующих механизмов (нервных и гормональных), а также расстройства желудочного пищеварения, образуется пептическая язва в желудке и 12-перстной кишке.

Язвенная болезнь является одним из распространенных заболеваний XX века.

ЭТИОЛОГИЯ: этиологические факторы, обуславливающие развитие язвенной болезни, можно разделить на пять групп:

1. Связана с функционально-морфологическими изменениями желудка и 12-перстной кишки, приводящими к нарушению желудочного пищеварения и снижению сопротивляемости слизистой оболочки с последующим образованием язвы. Имеется в виду повышение пептической активности — гиперсекреция и увеличение количества пепсина, нарушение в слизистом барьере и расстройство кровотока может привести к образованию пептической язвы.

2. Расстройство регулирующих механизмов — нервных и гормональных (кора головного мозга оказывает воздействие на желудок через кортикальные импульсы с одной стороны, с другой — желудок через механо-, баро-, хеморецепторы сигнализируют в кору головного мозга об изменениях, происходящих в желудке. Нарушение функции гормональной системы, особенно системы гипофиз-надпочечники, которые являются общим регулирующим механизмом, обуславливающим физиологическую направленность сложной деятельности желудка.

3. Конституциональные и наследственные особенности.

4. Воздействие внешней среды: эмоциональные стрессы, физические стрессы (ожоги, травмы, операции, нарушение ритма и режима питания, курение, экологические факторы).

5. Сопутствующие заболевания и лекарственные вещества.

В настоящее время имеется достаточно оснований для того, чтобы главным среди известных факторов, играющих немалую роль в возникновении и развитии язвенной болезни, считать нарушение нервной регуляции деятельности желудка и 12-перстной кишки и, прежде всего, нервной регуляции трофических процессов (то есть нервной трофики). При этом возникает расстройство гуморальных и эндокринных механизмов, определяющих функциональное состояние этих органов. Нарушается соотношение между факторами агрессии (пептический фактор, расстройство моторно-эвакуаторной функции желудка и 12-перстной кишки) и защиты (нарушение секреции слизи и бикарбонатов, кровотока в слизистой оболочке, регенерации эпителия), что в конечном итоге обуславливает развитие деструктивных изменений и образование язвы.

КЛИНИКА: больные предъявляют жалобы на боли в эпигастриальной области: отмечается периодичность болей — могут быть боли в течение нескольких недель, а затем полное их отсутствие; сезонность — обострения весной и осенью; *ритмичность* — в зависимости от полноты или пустоты желудка: при язвенной болезни 12-перстной кишки — голодные, ночные боли, ритм такой — голод — боль — пища — облегчение. Прием пищи облегчает боли, а затем через 1,5–4 часа вновь возвращаются.

При язвенной болезни желудка пища — боль — голод — облегчение. Прием пищи. Прием пищи способствует возникновению болей, а после освобождения желудка от съеденной пищи боли прекращаются.

Характер и интенсивность болей может быть различной: тупые, острые боли, могут быть приступообразные.

Иррадиация болей при язвенной болезни 12-перстной кишки — в спину, грудную клетку, подреберье.

Кроме болей больных беспокоят изжога, тошнота, рвота на высоте болей через 1–4 часа после приема пищи, аппетит нормальный или повышен, но больные боятся есть из-за болей.

Осмотр — гиперпигментация в эпигастрии (частое применение грелок).

Пальпация — болезненность в эпигастральной области: положительные симптомы Глинчикова, Опянховского, Боаса. Перкуссия — положительный симптом Менделя.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: боль, тошнота, изжога, рвота, отрыжка кислым.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ: гиперсекреция, гиперацидитас. Положительная реакция на скрытую кровь в испражнениях.

Рентгенологическое исследование — выявляется симптом «ниши».

Гастрофиброскопия — обнаруживается язва.

Осложнения:

- 1) кровотечение;
- 2) перфорация;
- 3) пенетрация;
- 4) стенозирование;
- 5) малигнизация язвы желудка.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: 1) постельный режим на 1–2 недели;

2) диета (стол № 1 и его варианты);

3) антациды (бикарбонат натрия, карбонат кальция, углекислая и жженая магнезия, фосфат алюминия, углекислый алюминий, альмагель, викалин);

4) антихолинергические вещества (бензогексоний, ганглерон, аргенал, пирилен и другие);

5) седативные препараты;

6) витамины;

7) противоязвенная смесь;

8) оксиферискарбон;

9) циметидин, гастрофарм, гистодил, трихопол, солкосерил.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ Хронический дуоденит (ХД) — воспалительное заболевание 12-перстной кишки.

ЭТИОЛОГИЯ: хронический дуоденит — полиэтиологическое заболевание. Наиболее частой причиной является систематическое раздражение слизистой оболочки 12-перстной кишки при употреблении грубой, острой пищи, крепких алкогольных напитков; расстройства нервной регуляции вследствие длительных нервно-психических перенапряжений и патологических рефлекторных влияний с поражением органов брюшной полости. Довольно часто хронический дуоденит сочетается с хроническими воспалительными заболеваниями желудка, печени, желчевыводящих путей и кишечника.

КЛИНИКА: различают язвенноподобную, гастритоподобную, панкреатоподобную и смешанную клинические формы.

При язвенноподобной форме ХД больные жалуются на ночные или схваткообразные голодные, ночные боли, определенным образом связанные с приемом пищи, боли локализуются в эпигастральной области; на изжогу, отрыжку кислым, склонность к запорам. Тошнота встречается часто, рвота — редко. Могут беспокоить боли за грудиной, иногда сопровождающиеся нарушением глотания. Течение ХД нередко отличается упорством и резистентностью к проводимой терапии. Часто отмечаются общие расстройства в виде выраженных вегетативно-сосудистых нарушений: вегетоастении, головных болей, приступов резкой адинамии, слабости и разбитости, появляющихся обычно через 2–3 часа после приема пищи.

При холецисто- и панкреатоподобных формах ХД наряду с симптомами, свойственными поражению 12-перстной кишки (боли голодные, ночные, стихающие после приема пищи и др.), отмечаются признаки нарушения функции желчного пузыря и поджелудочной железы. Больные жалуются на боли в правом, реже в левом подреберье или опоясывающие боли, усиливающиеся после приема яиц или жирной пищи. На высоте болевого синдрома может наблюдаться умеренное и непродолжительное повышение активности в крови и моче панкреатических ферментов. При холецистографическом исследовании выявляются признаки гипер- или гипомоторной дискинезии желчного пузыря.

Объективная картина при ХД: обложенный язык, болезненность при пальпации пилородуоденальной зоны, в далеко зашедших случаях — похудание, признаки гиповитаминоза.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: боли, отрыжка кислым, тошнота, слабость, адинамия, головные боли, вегетоастения.

Дополнительные методы исследования: при дуоденофиброскопии выявляются признаки воспаления, отека, атрофии, могут быть эрозии и подслизистые геморрагии.

При рентгенологическом исследовании выявляются изменения рельефа слизистой оболочки и контура кишки, признаки нарушения моторно-эвакуаторной ее функции.

ТЕЧЕНИЕ — выделяют фазы ремиссии и обострения.

ОСЛОЖНЕНИЯ — при язвенных и эрозивных формах могут быть кровотечения.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: при обострении диета № 1; седативные препараты (натрия или калия бромид, валериана, седуксен, триоксазин), спазмолитики (атропина сульфат, беладонна, платифиллина гидротартрат, спазмолитин, метацин, но-шпа), антациды (викалин, натрия гидрокарбонат, карбонат кальция, альмагель, фосфалюгель, смесь Бурже), усиливающие сопротивляемость слизистой оболочки 12-перстной кишки действия (неробол, ретаболил метилурацил, ДОКСА, ликвиритон, витамины).

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ – ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНТЕРИТ (ХЭ)

ЭТИОЛОГИЯ: ХЭ разнообразен; они могут быть вызваны 1) алиментарными нарушениями, безрежимным питанием, алкоголизмом; 2) хроническими отравлениями соединениями свинца, ртути, фосфора, мышьяка, лекарственными поражениями; 3) пищевой аллергией; 4) паразитарными поражениями; 5) радиационными поражениями; 6) врожденными энзимдефицитными поражениями тонкой кишки.

КЛИНИКА: характеризуется многообразием симптомов. Боли возникают нечасто и носят тупой или спастический характер, локализуются в околопупочной области, здесь же нередко можно определить болезненность при пальпации живота и сильном давлении (несколько левее и выше пупка – симптом Поргеса), болезненность по ходу брыжейки тонкой кишки (симптом Штернберга). Боли при сотрясении тела, ходьбе могут быть признаком перивисцерита. Иногда отмечается урчание и плеск при пальпации слепой кишки вследствие быстрого пассажа химуса по тонкой кишке и поступления непереваренного и невсосавшегося содержимого в слепую кишку. В основной же массе случаев хронический энтерит проявляется: 1) синдромом энтеральной диспепсии; 2) энтеральным копрологическим синдромом; 3) синдромом недостаточности всасывания и возникающими на его фоне синдромами полигиповитаминоза, анемии, полигландулярной эндокринной недостаточности, а также дистрофическими изменениями в различных внутренних органах.

Синдром энтеральной диспепсии проявляется диспепсическими жалобами: ощущением давления, распирающего и вздутия живота, ощущения урчания, переливания в животе, которые возникают в результате нарушения переваривания и всасывания пищевых веществ в кишечнике, ускорения их пассажа по кишке. При тяжелой форме энтерита после еды могут возникать явления, напоминающие демпинг-синдром.

Энтеральный копрологический синдром: частый (до 15–20 раз в сутки) кашицеобразный, с непереваренными частицами пищи, но без видимой слизи, часто зловонный, с пузырьками газа стул. Характерна полифекалия: общее количество кала за сутки может достигать 1,5–2,0 кг. Иногда возникают резкие позывы к дефекации вскоре после еды, а после дефекации возникает резкая слабость, сопровождаемая холодным потом, дрожанием рук («сюнальная диарея»). В нетяжелых случаях и при отсутствии сопутствующего колита поносы могут отсутствовать. Часто имеет место непереносимость молока. Вызывают обострение заболевания также прием острой пищи, переедание, прием пищи, содержащей большое ко-

личество жиров и углеводов. Обращает внимание своеобразный желтоватый («золотистый») цвет каловых масс вследствие наличия невосстановленного билирубина и большого количества жира, придающего каловым массам «глинистый» вид. При микроскопическом исследовании испражнений обнаруживаются остатки непереваренной пищи (лиэнтерия), капли нейтрального жира (стеаторея), кристаллы жирных кислот и нерастворимых мыл, мышечные волокна (креаторея), свободный внеклеточный крахмал (амилорея), большое количество слизи равномерно перемешанной с каловыми массами.

Синдром недостаточности всасывания проявляется снижением массы больного (в тяжелых случаях вплоть до кахексии), общей слабостью, недомоганием, понижением работоспособности. При лабораторных исследованиях определяется гипопротеинемия, гипохолестеринемия, анемия: либо железодефицитная (вследствие преимущественного нарушения всасывания железа), либо В-12-дефицитная; нередко анемия имеет смешанный характер с нормальным цветным показателем.

Нередко наблюдаются явления гиповитаминоза: сухость кожи, ангулярный стоматит, выпадение волос, ломкость ногтей, полиневриты, нарушение «сумеречного зрения».

В результате нарушения всасывания в крови понижается концентрация ряда ионов, особенно кальция. Последнее усугубляется нередкими при хронических энтеритах признаками недостаточности паразитовидных желез, в результате возникают патологическая хрупкость костей и другие признаки гипопаратиреоидизма (положительные симптомы Хвостека и Труссо, в тяжелых случаях — судороги).

При тяжелом энтерите наблюдаются дистрофические изменения в сердечной мышце, печени, почках и других органах, проявляющиеся соответствующими симптомами.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: понос, обильный стул, тошнота, боли в животе, метеоризм, сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос и т. д.

Дополнительные методы исследования: лабораторные (кровь, кал), инструментальные — рентгенологически: ускоренный пассаж бариевой взвеси по тонкой кишке; нередко видны утолщенные отечные складки слизистой оболочки, в тяжелых случаях — их сглаживание вследствие процесса атрофии.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: назначается диета № 4—4а, более строгая в период обострения и расширенная в период ремиссии. Пищевой рацион должен содержать достаточное количество белка (130—150 г), в основном животного происхождения, и легкоусвояемых жиров (110 г). Исключаются тугоплавкие жиры животного проис-

хождения; в период обострения процесса количество жиров временно уменьшается до 60–70 г. Количество углеводов в дневном рационе обычное (около 400–450 г), однако следует предусмотреть ограничение продуктов, содержащих большое количество клетчатки. При явлениях авитаминоза назначают витамины, в первую очередь В-1, В-2, В-6, В-12, фолиевую кислоту, витамин А, при геморрагических состояниях – витамин К. Особенно полезны комплексные витаминные препараты: пантексовит, декамевит, ундевит и др.

Для устранения дисбактериоза назначают колибактерин, бифи-2 думбактерин, бификол. При обострении энтерита показаны: энтеросептол, интестопан, мексаформ, мексаза. Препараты пищеварительных ферментов: абомин, панзинорм, фестал и др. В период обострения процесса, особенно сопровождающегося поносами, показано назначение вяжущих и обволакивающих средств (нитрата висмута основного, отвара корневища или корней кровохлебки, настоев травы зверобоя, шишек ольхи и др.).

При тяжелых энтеритах с явлениями недостаточности всасывания назначают повторные гемотрансфузии (особенно при наличии анемии), внутривенные вливания плазмы, белковых гидролизатов (аминопептид, гидролизат казеина, аминокровин) – до 1 л/сутки. Полезно назначение анаболических гормонов (неробол, ретаболил, неробол и др.).

Из физиотерапевтических процедур наиболее эффективны тепловые («полуспиртовые» компрессы, парафиновые аппликации, озокерит, диатермия, индуктотермия и др.).

Санаторно-курортное лечение: Железноводск, Ессентуки, Пятигорск, Миргород, Боржоми.

СИНДРОМ ВОСПАЛЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ – хронический колит, является наиболее частым заболеванием системы пищеварения.

ЭТИОЛОГИЯ весьма разнообразна. По этиологическому принципу различают: 1) колиты инфекционного происхождения, вызываемые возбудителями кишечных инфекций (сальмонеллы, реже микобактерии туберкулеза и др.);

2) колиты, вызываемые патогенными грибами (наблюдаются редко);

3) протозойные колиты, вызываемые возбудителями амебиаза;

4) колиты паразитарного (гельминтозного) происхождения;

5) «алиментарные» колиты, возникающие вследствие длительных и грубых нарушений режима питания и рациональной диеты;

6) «сопутствующие» колиты, сопровождающие хронические ахилеские гастриты, панкреатиты и т. д.;

7) токсические колиты, возникающие вследствие длительных экзогенных интоксикаций;

8) колиты аллергической природы, возникающие при пищевой аллергии;

9) колиты, вследствие длительного механического раздражения стенки толстой кишки (запоры, копростазы, сужение просвета опухолью, при злоупотреблении слабительными, клизмами);

10) медикаментозные колиты — вследствие нерационального и бесконтрольного применения антибиотиков широкого спектра действия и развития дисбактериоза, при систематических длительных употреблении слабительных препаратов растительного происхождения, изафенина.

Нередко сочетаются несколько этиологических факторов.

КЛИНИКА: основными симптомами являются нарушения стула: преобладают поносы от 2—3 до 10—15 раз и более в сутки или запоры. Нередко наблюдаются чередование запоров и поносов. Характерен симптом недостаточного опорожнения кишечника: выделение небольшого количества кашцеобразных или жидких каловых масс со слизью и с ощущением неполного опорожнения кишечника. При обострении процесса появляются ложные позывы на дефекацию, сопровождающейся отхождением газов, и отдельных комочков каловых масс, покрытых тяжами или хлопьями слизи или слизи с кровью. При спастическом колите, особенно при вовлечении в процесс дистальных отделов, так как каловые массы имеют фрагментированный вид («овечий кал»).

Частым симптомом хронического колита являются тупые боли в животе, обычно локализующиеся в боковых или нижних отделах живота, усиливающиеся после приема пищи и перед дефекацией. Иногда боли приобретают спастический характер (при спастическом колите), приступ болей может сопровождаться отхождением газов или позывом к дефекации.

При обострении проктита (воспаление прямой кишки) возникают болезненные тенезмы, боли могут сохраняться некоторое время после дефекации, возникать при проведении очистительной клизмы, стихать от применения тепла (грелка, компресс), после приема холино- и спазмолитиков.

При распространении воспалительного процесса на серозную оболочку, так как (периколит) боли, имея постоянный характер усиливаются при ходьбе, при тряске и облегчаются в положении лежа.

Метеоризм нередко наблюдается при хроническом колите; его причиной является нарушение переваривания пищи в тонком кишечнике и дисбактериоз.

Часто наблюдаются диспепсические жалобы: анорексия, подташнивание, отрыжка, ощущение горечи во рту, урчание в животе.

Общее состояние больных в большинстве случаев мало страдает, но могут наблюдаться слабость, общее недомогание, снижение трудоспособности, астеноневротический синдром (раздражительность, плаксивость, плохой сон и др.).

При длительно протекающем тяжелом колите может развиваться похудание.

При пальпации отмечается болезненность по ходу толстого кишечника, уплотненные, спазмированные участки. При наличии жидкого содержимого в толстой кишке определяется «шум плеска».

При копрологическом исследовании: большое количество слизи, лейкоцитов, иногда эритроциты.

Больше информации дает колоноскопия, что позволяет осмотреть слизистую оболочку толстой кишки и определить характер и степень морфологических изменений, выявить эрозии и язвы.

При исследовании крови: умеренный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: в период обострения частое и дробное питание (4–6 раз в сутки), диета (механически щадящая) с достаточным количеством белка (100–120 г), легкоусвояемые жиры (100–120 г) и углеводы (около 400 г).

Медикаментозная терапия: а) антибиотики – группы тетрациклина, левомицетина; б) сульгин, фталазол в обычных дозировках; в) энтеросептол; г) бификол; д) экстракт алоэ, пеллоидин; е) аутогемотерапия; ж) витаминотерапия. При поносах: вяжущие и обволакивающие: танальбин, тансал, висмута нитрат основной, белая глина, настои – отвары корневищ змеевика, кровохлебки (1 ст. л. 3–6 раз в день); настоя или отвара шиповника, черемухи, черники, ольховых шишек, травы зверобоя и др.

Большой эффект наблюдается при сочетании отваров и настоев со спазмолитиками (препараты белладонны, атропина, метацин).

При метеоризме: а) активированный уголь (0,5 г 3–4 раза в день); б) настой листа мяты перечной (5,0–200,0 по 1 ст. л. несколько раз в день); в) цветков ромашки (10,0–200,0 по 1–2 ст. л. несколько раз в день).

При запорах: а) в пищевом рационе следует увеличить продукты, богатые клетчаткой (овощи, фрукты, в основном, в протертом виде или проваренном виде); б) ЛФК, массаж живота; в) спазмолитики; г) слабительные средства (пурген, препараты крушины, вазелиновое масло); д) физиотерапевтические процедуры (кишечные орошения, грязевые аппликации, диатермия); е) санаторно-курортное лечение (Ессентуки, Железноводск, Друскиненкай и др.).

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — хронический панкреатит.

ЭТИОЛОГИЯ: 1) затянувшийся острый панкреатит; 2) бессистемное нерегулярное питание, частые употребления жирной, острой пряной пищи; 3) хронический алкоголизм, особенно с систематическим дефицитом в пище белков и витаминов; 4) ожирение; 5) хронический холецистит, желчнокаменная болезнь; 6) язвенная болезнь 12-перстной кишки, пенетрация язвы; 7) хроническое нарушение кровообращения; 8) атеросклероз сосудов поджелудочной железы; 9) инфекционные заболевания (брюшной тиф, сыпной тиф, вирусный гепатит); 10) некоторые гельминтозы; 11) хронические интоксикации свинцом, ртутью, фосфором, мышьяком; 12) аллергические состояния.

Одним из ведущих механизмов развития хронического воспаления поджелудочной железы является задержка выделения и внутриорганная активация панкреатических ферментов, и в первую очередь трипсина и липазы, осуществляющих постепенно аутолиз паренхимы железы. Одновременно происходит разрастание соединительной ткани, рубцовое сморщивание железы, которое приводит к склерозированию органа.

Важное значение в развитии заболевания имеют процессы аутоагрессии.

КЛИНИКА: симптоматика хронического панкреатита весьма вариабельна, но в большинстве случаев включает следующие признаки:

- 1) боль в эпигастральной области и (или) в левом подреберье;
- 2) разнообразные диспепсические явления (тошнота, рвота, не облегчающая состояния, понос, сменяющийся запором, метеоризм и т. д.);
- 3) так называемые панкреатогенные поносы;
- 4) похудание (снижение массы тела);
- 5) присоединение сахарного диабета.

Боли обычно локализуются в эпигастральной области справа при преимущественной локализации процесса в области головки поджелудочной железы; при вовлечении в воспалительный процесс ее тела они наблюдаются в эпигастральной области слева; при поражении хвоста — в левом подреберье. Нередко боли иррадируют в спину, могут иметь опоясывающий характер, распространяясь из эпигастральной области влево вдоль реберного края до позвоночника. Они могут иррадиировать в область сердца, имитируя стенокардию, в левую лопатку, плечо, иногда вниз в левую подвздошную область.

Интенсивность и характер болей различные: они могут быть постоянными (давящими, ноющими), появляться через некоторое

время после еды (как при язвенной болезни), особенно после приема жирной, острой пищи. Или могут быть приступообразными.

При пальпации отмечается более или менее выраженная болезненность в эпигастрии и левом подреберье. При воспалении головки поджелудочной железы боль может выявляться при давлении в панкреатической зоне (зона Шафара), точке Мейо-Робсона – зона кожной гиперестезии. Пропальпировать увеличенную железу удастся редко.

Диспепсические симптомы: потеря аппетита, тошнота, рвота, отвращение к жирной пище, гиперсаливация, отрыжка, сильный голод, жажда, урчание в желудке, метеоризм, поносы.

Похудание отмечается за счет нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

Кал жирный, при исследовании: стеаторея, креаторея, амило-рея. Субфебрильная температура при обострении.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: боль, тошнота, рвота, отрыжка, метеоризм и т. д.

Лабораторные методы исследования: лейкоцитоз, увеличенная СОЭ, повышенное содержание диастазы в крови и моче, гипергликемия, гликозурия.

ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА:

1. Рецидивирующая.
2. Болевая.
3. Псевдоопухолевая (желтуха).
4. Склеротическая.
5. Латентная.

СИНДРОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

СИНДРОМ ЖЕЛТУХ: желтуха занимает главное место в патологии печени и наблюдается при большинстве ее заболеваний. Она проявляется желтой окраской кожи и слизистых оболочек, и развивается в результате накопления в крови избытка желчных пигментов билирубина и продуктов его обмена. Желтуха обычно раньше всего выявляется на склерах глаз, нижней поверхности языка, небе. Затем окрашиваются складки на лице, кожа вокруг рта и носа, ладони и подошвы и, наконец, желтеет вся кожа. Следует подчеркнуть, что билирубин окрашивает различные ткани неравномерно. Например, люди мускулистые, с бедным жировым слоем выглядят более желтушными, так как у них меньшее количество билирубина захватывается внутренними тканями, его больше остается в крови и откладывается в кожных покровах. Лица полные, напротив кажутся менее желтыми, так как у них значительная

масса билирубина поглощается жировой тканью и концентрация билирубина в крови и кожных покровах оказывается меньшей.

Если желтуха сочетается с анемией, то видимая на глаз желтушность кажется меньшей, чем без анемии.

Желтуха оранжево-желтого цвета обусловлена накоплением в кожных покровах билирубина и обычно наблюдается в относительно ранние периоды заболевания.

Длительная желтуха (особенно при закупорке нижних отрезков желчных путей) характеризуется зелено-желтым цветом окрашивания кожных покровов и является результатом накопления продукта окисления билирубина — биливердина.

Если же желтуха продолжается очень долго, то кожа приобретает черновато-бронзовый цвет.

Основная причина желтухи связана с нарушением пигментного обмена (повторить цикл билирубина — схему Фишера).

Желтуха может быть **надпеченочной (гемолитической), печеночной и подпеченочной (механической)**.

Надпеченочная желтуха: в крови повышенное содержание свободного билирубина — реакция ван-ден-Берга непрямая; дуоденальное содержимое интенсивно окрашено; кал гиперхоличный; в моче уробилиноген.

Печеночная желтуха: в крови повышенное содержание связанного билирубина — реакция ван-ден-Берга прямая замедленная; дуоденальное содержимое слабо окрашено; кал гипохоличный, в моче билирубин и уробилиноген.

Подпеченочная желтуха (синдром холемии): в крови большое количество связанного билирубина — реакция ван-ден-Берга прямая быстрая; кал ахоличный; в моче билирубин.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: лечение основного заболевания.

СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ: наиболее часто расширение вен пищевода сочетается с венозной гипертонией, главным образом портальной системы, системы верхней полой вены и комбинацией верхней и нижней полой вен.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ в развитии портальной гипертонии является портальный цирроз, вирусный гепатит, портальный фиброз, хронический гепатит, билиарный цирроз, метастазы карцином, поликистоз, тромбоз портальной или селезеночной вен, хронические поражения сердца и т. д.

Портальный цирроз — одна из самых частых причин и расширение вен при нем наблюдается почти в $\frac{2}{3}$ случаев.

КЛИНИКА: наиболее частым симптомом при образовании верхнего порто-кавального анастомоза (расширение вен пищеводного сплетения) является кровавая рвота или пищеводное кровотечение.

При этом необходимо уточнить число предшествующих кровотечений, их тяжесть и состояние больного в этот период, имея в виду *пре- и коматозное состояние*.

Черный стул без кровавой рвоты может быть также в результате варикозного кровотечения, но в этом случае надо всегда исключить наличие язвенной болезни.

При циррозах печени всегда развивается асцит в результате поражения клеток печени и портальной гипертензии, которая способствует повышению капиллярной фильтрации и накоплению асцитической жидкости в брюшной полости. При этом отмечается вздутие (метеоризм) живота, чувство распираания, запоры. В результате развития среднего порто-кавального анастомоза образуется симптом «головой медузы» — расширение подкожных вен на передней брюшной стенке. Количество жидкости в брюшной полости иногда может достигать 50–60 л. При развитии нижнего порто-кавального анастомоза появляются признаки геморроя, с частыми геморроидальными кровотечениями.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: кровотечение, асцит, метеоризм. Дополнительные методы исследования: для диагностики используют бужирование пупочной вены с контрастированием; чрескожную, чреспеченочную портографию с введением контрастного вещества.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: паллиативное хирургическое вмешательство и симптоматическое лечение, а также лечение основного заболевания.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: при заболевании печени и желчевыводящих путей выявляется ряд болевых точек и зон: причем проверять надо и слева и справа.

1) Пузырная точка (симптом Кера), место пересечения реберной дуги и наружного края прямых мышц живота.

2) Симптом Мерфи — накладывается палец на область желчного пузыря и просят больного глубоко дышать, на выдохе заводится палец в подреберье и на вдохе будет болезненность.

3) Симптом Василенко — попросить больного налечь живот и произвести поколачивание по подреберью — при холецистите будет болезненность.

4) Эпигастральная точка.

5) Холедохо-панкреатическая зона — на 3–4 см по биссектрисе угла, образованного пупочной линией и белой линией живота.

6) Френикус-симптом — надавливаем пальцем между ножками кивательной мышцы, при холецистите будет болезненность справа.

7) Акромеальная зона.

8) Лопаточная точка — при холецистите будет болезненность у нижнего угла лопатки справа.

9) Симптом Ортнера — поколачивание ребром кисти по подреберью. Болевой синдром может сопровождаться диспепсическими симптомами: тошнотой, рвотой желчью, метеоризмом.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: боль, тошнота, рвота, метеоризм.

Дополнительные методы исследования: рентгенологические методы, УЗИ, дуоденальное зондирование, исследование крови.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ

ЭТИОЛОГИЯ: наряду с главной причиной хронического гепатита — острым вирусным гепатитом, к развитию заболевания могут приводить токсические, токсико-аллергические факторы, алкоголь, заболевания ЖКТ, желчного пузыря. Имеются данные о развитии хронического гепатита на фоне таких инфекций как лептоспироз, лихорадка Q, инфекционный мононуклеоз, малярия.

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ (Подымова С. Д.). По этиологическому фактору: 1) вирусный; 2) токсический; 3) токсико-аллергический (лекарственный); 4) алкогольный; 5) неспецифический реактивный; 6) вторичный билиарный хронический гепатит при внепеченочном холестозе.

По клиническому фактору: 1) собственно хронически активный гепатит (рецидивирующий или агрессивный с умеренной активностью); 2) люпоидный (аутоиммунный-агрессивный с выраженной активностью); 3) вялотекущий (доброкачественный или персистирующий); 4) холестатический хронический гепатит.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ (агрессивный с умеренной активностью) ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ: редко наблюдается непосредственный переход из острой формы в непрерывно рецидивирующую с ранним развитием цирроза печени.

Данная форма хронического гепатита протекает с периодами ремиссии и рецидивов. Частота рецидивов различна, чаще до 10 с желтухой на протяжении 1–2 лет. Рецидив, как правило, начинается с повышения температуры. Клинические симптомы обычно повторяют острую форму: лихорадка, ухудшение общего состояния, почти всегда потеря аппетита, новое появление желтухи, увеличение печени и ухудшение функциональных проб.

Частые рецидивы приводят к значительным изменениям печени, она увеличивается, становится плотной, край заостряется, увеличивается селезенка, больной теряет в массе тела, резко изменяются функциональные пробы печени и у больного появляется клиническая и морфологическая картина цирроза печени. Описаны случаи, когда цирроз печени развивался в течение 1,5–2 лет после перенесенного острого гепатита и даже в более ранние сроки.

Подобные рецидивирующие формы могут возникать наряду с другими причинами: при неправильно проводимом гормональном лечении больных острым гепатитом — быстрая отмена препарата, рано начатое снижение доз и др. В этих случаях после прекращения лечения наблюдается новая волна желтухи и болезнь принимает непрерывно-рецидивирующий характер с довольно быстрым развитием цирроза печени.

Более позднее развитие цирроза печени через 10—15 лет после перенесенного острого гепатита — это одна из наиболее частых форм цирроза печени, когда длительный скрытый период исподволь приводит к циррозу печени или смертельным исходам.

При хроническом агрессивном гепатите часто наблюдаются сочетанные поражения других органов.

Возможно одновременное поражение печени и желчевыводящих путей (дискинезия желчных путей). Этот гепатит может сопровождаться нарушениями поджелудочной железы — опоясывающие боли с повышением амилазы сыворотки крови, стеатореей, креатореей, амилореей и иногда изменениями активности трипсина сыворотки крови. Хронический панкреатит чаще наблюдается у больных хроническим активным гепатитом после перенесенной болезни Боткина, особенно при нарушении режима питания и злоупотребления алкоголем.

Изменения со стороны желудка — повышенная натошак желудочная секреция и часовое напряжение секреции. Желудочный сок содержит значительное количество слизи. При ФГС иногда выявляются различные формы гастрита: гипертрофический с умеренными катаральными проявлениями, смешанный или атрофический гастрит.

Поражение почек (7—45%). У части больных наблюдаются изменения в моче: небольшое количество белка, гематурия и цилиндрурия при достаточно высокой плотности мочи. Умеренное снижение фильтрационной и реабсорбционной функции почек по эндогенному креатинину. Снижение скорости клубочковой фильтрации.

ЛЮПОИДНЫЙ ГЕПАТИТ (агрессивный с выраженной активностью). По мнению большинства исследователей, при данной форме болезни постоянное повреждение клеток печени происходит в результате аутоиммунных процессов, при этом повреждающими агентами могут быть и разные включения вируса гепатита.

Люпоидный гепатит характеризуется следующими признаками: 1) гипергамма глобулинемией; 2) наличием в крови антител, включая LE-фактор; 3) лимфоидной инфильтрацией печени; 4) хорошими результатами при лечении кортикостероидами; 5) сочетанием гепатита с другими поражениями аутоиммунного происхождения.

КЛИНИКА: чаще заболевание наблюдается у молодых женщин (60% до 21 года и 6% до 40 лет). Начало заболевания может быть острым, напоминающим вирусный гепатит или с мало выраженными симптомами, при котором более яркое проявление или обострение болезни наблюдается в период беременности или родов, а также после операций, лекарственной непереносимости и др.

При обследовании больных обращает внимание, что они обычно хорошо выглядят и физически хорошо развиты.

1) Одним из постоянных признаков является желтуха, иногда она имеет перемежающийся характер и усиливается, например во время месячных.

2) Периодическое повышение температуры у всех больных.

3) Постоянно обнаруживаются сосудистые звездочки, нередко наблюдаются вульгарные угри, разные кожные высыпания, иногда в виде «бабочки», у мужчин — гинекомастия.

4) Печень и селезенка обычно увеличены.

5) Выраженные признаки портальной гипертензии — «голова медузы», геморрой, асцит и кровотечения (из пищеводного и геморроидального сплетения) обнаруживаются в позднем периоде болезни.

У большинства больных с сочетанием с поражением печени имеются изменения и в других органах: преходящие легочные инфильтраты, психозы, артриты и артралгии, плевриты, перикардиты, эндокринопатии. Неспецифический язвенный колит либо предшествует, либо развивается позже люпоидного гепатита. У женщин наблюдается аменорея, а при наличии мenses значительно ухудшается общее состояние, может наблюдаться генитальная гипоплазия, бесплодие. Могут проявляться различные аутоиммунные заболевания (тиреоидит Хашимото, Кумбс-положительная гемолитическая анемия и др.).

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: желтуха, гипертермия, гепато- и спленоmegалия, сосудистые звездочки, асцит, метеоризм и др.

Дополнительные методы исследования: в периферической крови обнаруживаются LE-клетки, гипербилирубинемия (при прямой реакции), повышение активности трансаминазы, умеренное снижение количества альбуминов и резкое повышение гамма-глобулинов, положительные осадочные реакции. При высоком уровне гамма-глобулинов, даже при отсутствии LE-фактора могут быть положительные серологические тесты.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА: 1) Режим: должен быть обеспечен физический и психический покой. Вне периодов обострения в стадии компенсации запрещается работа с физической и нервной перегрузкой. В сере-

дине дня показан кратковременный отдых. При обострении процесса — постельный режим. Не показаны лекарства, способные вызвать повышенную чувствительность, а также обезвреживающиеся больной печенью (барбитураты, наркотики и др.). В период обострения болезни — хирургические операции, прививки — только по жизненным показаниям.

2) Диета № 5 по Певзнеру с ограничением жирных сортов мяса и рыбы, острых закусок, жареных блюд, соленых и копченых продуктов. Количество растительной клетчатки следует увеличить. Еда должна быть необильной, 4–5 раз в день.

3) Медикаментозное лечение: 1 группа — лекарства, улучшающие обмен печеночных клеток; 2 группа — препараты противовоспалительного и иммунодепрессивного действия;

3.1) Препараты, улучшающие обмен печеночных клеток (гепатопротекторы):

— витамины: В-1 (тиамин) 0,01–0,02 г 3 раза в день; в/м 1 мл 5% р-р тиамин хлорида или 6% р-р тиамин бромид. Курс лечения 20–30 инъекций;

— витамин В-6 (пиридоксин) 0,025 г/сут; в/м 1 мл 5% 20–30 инъекций;

— витамин В-12 и фолиевая кислота (по 5 мг 3 раза в день); в/м цианкоболамин 100 мкг (1 мл 0,01% р-ра) 20–50 инъекций;

— витамин С — 300–500 мг или в/м 1 мл 5% р-р, 20–30 инъекций;

— кокарбоксилаза (тиамин-пирофосфат) 50–150 мг/сут 15–30 инъекций;

— липоевая кислота (липамид) рег ос после еды по 1–2 табл. 3–4 раза, табл. по 0,025 г, курс 30–60 дней. Повторные курсы 2–3 раза в год; в/в 4–10 мл/сут. только при выраженных явлениях печеночно-клеточной недостаточности;

— эссенциале — выпускается в капсулах и ампулах: капсулы содержат 175–300 мг; ампулы 5 мл содержат 250 мг активного вещества и вводятся в/в струйно. Ампулы по 10 мл предназначены для в/в капельного введения на изотоническом р-ре глюкозы или собственной крови больного. Назначают 3–6 капсул/сутки; 30–45 дней;

— аминокислоты и гидролизаты белка: глютаминовая кислота в табл. по 0,25 г, суточная доза 1–1,5 г; гидролизин (Л-103), гидролизат козеина, аминокислотид, аминокровин в/в капельно по 250, 300, 450, 500 мл.

3.2) Противовоспалительные и иммунодепрессивные средства (глюкокортикоидные гормоны, производные хлорхинолинового ряда: делагил, плаквинил и др., иммунодепрессанты — азатиоприн)

Глюкокортикоидные гормоны оказывают катаболическое действие на соединительнотканые элементы и анаболическое действие на паренхиматозные клетки печени. Показанием для назначения глюкокортикоидов у больных хроническим активным гепатитом являются, в первую очередь, биохимические, иммунологические и морфологические признаки активности патологического процесса, особое внимание уделяют значительно повышенному уровню аминотрансфераз в сыворотке крови, повышенной тимоловой пробе; гамма-глобулинов, а также иммуноглобулинов G и M. При выборе дозы глюкокортикоидов целесообразно учитывать уровень альбуминов в сыворотке, ибо чем меньше содержание альбуминов, тем чаще наблюдаются побочные действия. Начальная суточная доза составляет 20–30 мг при рецидивирующем гепатите и 30–40 мг при люпоидном гепатите в период выраженного обострения. При использовании других гормонов можно пользоваться следующим эквивалентом: 5 мг преднизолона (1 табл.) = 4 мг триамсинолона (1 табл.) = 4 мг метилпреднизолона (1 табл.) = 0,75 мг дексаметазона (1,5 табл.). Максимальную дозу назначают на 3 недели – 2 месяца с последующим снижением. Снижение дозы начинают при улучшении клинического состояния и лабораторных показателей или появлении побочных явлений. Дозу препарата снижают медленно и только через 2–3 месяца переходят на поддерживающие дозы (15–10 мг) при люпоидном гепатите и 10–5 мг при рецидивирующем гепатите.

– Делагил (хлорохин, резохин, арален, плаквенил) – обладают выраженным неспецифическим противовоспалительным действием. Суточная доза в активной стадии хронического гепатита 0,25–0,5 г в сочетании с 10–15 мг преднизолона. В конце курса лечения дозу преднизолона уменьшают до 5 мг, а затем назначают только делагил. Длительность курса лечения от 1,5 до 6 месяцев, у отдельных больных до 2 лет. Делагил позволяет использовать меньшие дозы преднизолона и позволяет избежать «синдром отмены».

– Иммунодепрессанты – целесообразно назначение их на ранних стадиях заболевания. В практике гепатологии используются 6-меркаптопурин и азатиоприн (имуран). Азатиоприн можно использовать в более эффективных дозах и дольше, чем 6-меркаптопурин, без риска развития тромбоцитопении и лейкопении. В настоящее время считают, что два механизма действия этих препаратов: 1) подавление активно пролиферирующего клона иммунокомпетентных клеток и вследствие этого влияние на клеточный и гуморальный иммунитет; 2) элиминация специфических воспалительных клеток.

В настоящее время предпочитают комбинированное введение азатиоприна с преднизолоном при хроническом активном гепатите, азатиоприн 50–100 мг/с и преднизолон 15–25 мг/с. Длительность

лечения 1–3 месяца, постепенно снижая дозу преднизолона. Поддерживающая доза составляет: азатиоприна 25–50 мг/с и преднизолона 5–10 мг/с. Азатиоприн может вызвать анорексию, тошноту, рвоту, стоматит, похудение. При снижении лейкоцитов до $4 \cdot 10^9$ – $3 \cdot 10^9$ /мл дозу следует уменьшить, а при $3 \cdot 10^9$ – $2 \cdot 10^9$ /мл препарат следует отменить.

ЛЕВАМИЗОЛ (декарис) – неспецифический иммуномодулятор, обладающий иммуностимулирующим действием благодаря восстановлению подавленной функции фагоцитов и лимфоцитов до нормального уровня. Левамизол выпускается в таблетках по 50 или 150 мг. Используются различные схемы лечения: 1) По 150 мг/с 3 дня в неделю;

2) По 150 мг/с через день; 3) По 150 мг/с 1 раз в неделю. Поддерживающая доза составляет 100–50 мг в неделю. Длительность курса лечения от 1 месяца до 1 года.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ. Больные хроническим активным гепатитом подлежат диспансерному наблюдению, которое предусматривает контроль за правильным режимом с ограничением физических и эмоциональных нагрузок, трудоустройство с учетом как клинической формы заболевания, так и характера производственной деятельности. Курсы лечения препаратами назначают 2–3 раза в год. Контрольные осмотры и лабораторные обследования проводят каждые 3–4 месяца, а при продолжении иммунодепрессивной терапии 1–2 раза в месяц.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРСИСТИРУЮЩИЙ (доброкачественный) ГЕПАТИТ (ХПГ). Может впервые выявляться при обострении в виде короткой вспышки, напоминающей острую форму болезни Боткина или развиваться исподволь, как первично хроническое заболевание.

Обострения провоцируются разнообразными факторами: физические и нервные перегрузки, инсоляция или охлаждение, операции, непереносимость к лекарствам, интеркурентные инфекции, погрешность в диете, прекращение кортикостероидной терапии, физиотерапия, курортные факторы, беременность и т. д. ХПГ характеризуется редкими рецидивами и длительными ремиссиями, во время которых больные сохраняют полную работоспособность.

Наиболее частые симптомы: боли и тяжесть в правом подреберье, диспепсические расстройства (тошнота, рвота, отрыжка, горечь во рту, нерегулярный стул, расстройство аппетита), общую слабость, похудение, желтушность склер и кожи, нарушение сна, кровоточивость, субфебрильная температура.

Осмотр: бледно-серо-желтушный оттенок кожных покровов, иногда с пигментными пятнами, желтуха обычно не интенсивная, иногда сопровождается кожным зудом.

Пальпация: печень увеличена, край ее нормальный или плотный, может быть болезненным, поверхность гладкая, селезенка пальпируется редко.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: тошнота, рвота, горечь во рту, отрыжка, неустойчивый стул, гепатомегалия, гипертермия.

Дополнительные методы исследования: УЗИ, кровь — гипербилирубинемия (реакция прямая). Редко гиперглобулинемия.

При обострении процесса: типичным является ухудшение общего состояния, слабость, появление или усиление желтухи, лихорадка, диспепсические расстройства, похудение, метеоризм, боли в правом подреберье, увеличение печени и иногда селезенки.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ: повышение активности трансаминазы и альдолазы, умеренное снижение активности холинэстеразы. Изменяются тимоловая и сулемовая пробы, позднее повышаются уровни альфа-2- и гамма-глобулинов, фибриногена, снижается фракция альбуминов, выявляется тенденция к гиперпротеинемии. Уровень билирубина и железа в сыворотке крови значительно повышается.

ТЕЧЕНИЕ длительное — до 20 лет.

ИСХОД — обычно благоприятный, но иногда развивается жировая дистрофия.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: режим — облегченный с ограничением физической и нервной нагрузки. Обеспечить хороший 8–9-часовой сон и спокойную обстановку. При обострении постельный режим.

Диета. При обострении — диета № 5 или 5-а. При неактивном течении можно общий стол — диета № 15 с исключением алкоголя, жирных сортов мяса и 4–6-разовый прием пищи.

Лекарственная терапия. При стойком повышении активности аминотрансферазы, тимоловой пробы показан делагил по 0,25–0,5 г/с 20–40 дней.

Витамины группы В, аскорбиновую кислоту, кокарбоксылазу и др. Курсы по 20–30 дней 1–2 раза в год.

Легалон (корсил) — 1–2 драже 3 раза в день после еды, курс лечения 1–3 месяца. Осложнения: аллергия — кожный зуд, крапивница.

Лив-52 — 1–2 драже 3 раза в день 30–40 дней.

Гидролизаты печени — рипазол, прогенар, серипар выпускаются во флаконах по 5–10 мл, вводят в/м 5 мг/с. Курс лечения 20–30 инъекций. Противопоказано при активации или декомпенсации процесса в печени.

Диспансеризация. Ежегодно курсы витаминов группы В 20–30 дней. Контрольные осмотры 1 раз в 4–6 месяцев в течение первых двух лет, а при достижении стойкой ремиссии 1–2 раза в год.

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ — это гепатит, в основе которого лежат воспалительные процессы в желчных ходах с последующей инфильтрацией вокруг них.

КЛИНИКА: обычно проявляется признаками холецистита и холангита: боли в правом подреберье, с иррадиацией в правую половину грудной клетки, усиливающиеся после нарушения диеты (острая, жирная, пряная пища), повышение температуры, диспепсические расстройства (изменение аппетита, тошнота, может быть рвота, понос), возможна желтуха, кожный зуд. Протекает относительно доброкачественно, так как при этом не наблюдается гибель гепатоцитов.

При осмотре: желтуха различной интенсивности, на коже расчесы. При пальпации отмечается увеличение печени на 1,5–3 см, она болезненна, уплотнена. Почти все болевые точки положительные.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: боль, гипертермия, желтуха, диспепсический синдром.

Дополнительные методы исследования: УЗИ; лабораторные методы — лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сдвиг формулы влево. Функциональные пробы печени нарушаются поздно — при переходе в билиарный цирроз. Увеличивается содержание билирубина (в основном прямого).

ТЕЧЕНИЕ 15–20 лет и возможен переход в билиарный цирроз.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: диета; желчегонные; спазмолитики; антибиотики при обострении и далее как при активном гепатите.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. Больные с хроническим холециститом составляют 30–38% по отношению ко всем больным с заболеванием пищеварительной системы.

ЭТИОЛОГИЯ: 1) желчно-каменная болезнь; 2) употребление острой и жирной пищи; 3) подъем тяжестей; 4) тряска (езда, колыба); 5) заболевания желудка и поджелудочной железы.

КЛИНИКА: ведущим симптомом является боль. Важно на основе тщательного расспроса выяснить структуру болевых ощущений, локализацию, иррадиацию, характер, причины возникновения и уменьшения болей, наличие сопутствующих болевому приступу явлений (рвота, повышение температуры, желтухи, поноса). В типичных случаях хронического холецистита боль локализуется в правом подреберье, реже — одновременно или даже преимущественно в подложечной области. Иногда боль при хроническом холецистите первоначально появляется под правой лопаткой, в спине, за грудиной и лишь в дальнейшем сосредоточивается в правом подреберье. Боль чаще всего иррадирует в правую лопатку, клю-

чицу, плечевой сустав, плечо, реже в левое подреберье. Боли в большинстве случаев носят тупой, ноющий, распирающий или давящий характер. Примерно у $\frac{1}{5}$ части боли носят схваткообразный характер, либо чередование острой и тупой. У большей части больных ХХ появление и усиление связано с нарушением диеты — приемом жирной и острой пищи, яиц, холодных или газированных напитков, вина, пива. Боль нередко усиливается при физической нагрузке, ношении тяжестей, тряской езде, а также под влиянием нервно-эмоционального перенапряжения, охлаждения и интеркуррентной инфекции. Довольно часто боль возникает без видимых причин иногда при длительном сидячем положении. Резкая боль чаще продолжается несколько часов, но период обострения обычно затягивается на недели и месяцы. В этот период больные ощущают ноющую тупую боль в правом подреберье, нередко появляется озноб, общая слабость, повышение температуры, усиливаются диспепсические явления и больные на длительное время теряют работоспособность. Иногда во время болей рефлекторно возникает рвота, которая не облегчает боль.

Причиной постоянных болевых ощущений при ХХ может быть вовлечение в воспалительный процесс нервных элементов стенки желчного пузыря, застой желчи и растяжение желчного пузыря и желчных путей, образование спаек, развитие перихолецистита, вовлечение в патологический процесс брюшины, соседних органов и вегетативных нервных сплетений брюшной полости.

Диспепсические явления при ХХ наблюдаются в 60% случаев. Больные жалуются на тошноту, пустую отрыжку, горечь во рту, тяжесть в подложечной области, снижение аппетита. Частым симптомом при ХХ является запор, реже понос.

При осмотре — иногда отмечается желтушное окрашивание. При пальпации могут выявляться увеличение и болезненность печени, положительные болевые точки.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: боль, тошнота, рвота, отрыжка, неустойчивый стул, лихорадка.

Дополнительные методы исследования: кровь — лейкоцитоз, увеличенная СОЭ; дуоденальное зондирование — во 2 порции значительное количество лейкоцитов.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ — это хроническое воспалительное заболевание печени, характеризующееся гибелью гепатоцитов, развитием узлов регенерации, мощным развитием соединительной ткани, нарушением архитектоники, приводящей к развитию функциональной недостаточности печени и поражению других органов и систем. Это конечная стадия эволюции многочисленных воспалительных и дегенеративно-некротических изменений печени и печеноч-

ных ходов и характеризующихся регенеративными и фибротическими изменениями архитектоники печени (стромы и сосудов).

КЛИНИКА зависит от стадии течения: 1 стадия — начальная или стадия компенсации. Структурные изменения печени с минимальными проявлениями. Жалобы на боль в правом подреберье с иррадиацией; боль тупая волнообразная; метеоризм; исхудание, астенизация.

При осмотре: состояние удовлетворительное, бледность кожных покровов, пальмарная эритема.

При пальпации — печень увеличена, плотная, умеренно болезненная, край острый, могут быть начальные признаки синдрома портальной гипертензии; может выявляться пастозность на нижних конечностях, асцит (незначительный), спленомегалия (незначительная).

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ нормальные.

ТЕЧЕНИЕ от нескольких месяцев до нескольких лет.

2 стадия — субкомпенсации. При этом основные функции печени нарушены. Нарастает слабость, усиливаются боли в правом подреберье, усиливаются диспепсические расстройства, проявляется геморрагический синдром (носовые, маточные, геморроидальные кровотечения, из расширенных вен пищевода), кожный зуд, более выраженная астения (депрессия, раздражительность, агрессивность), нарушение функции эндокринной системы (дисменорея, аменорея, может быть выкидыш), лихорадка.

Состояние может быть различным, желтушность кожных покровов и склер, пальмарная эритема, телеангиоэктазии (звездочки Чистовича), ксантомы, симптом «барабанных палочек», атрофия мышц плечевого пояса, со стороны сердечно-сосудистой системы — гипердинамия (увеличение сердечного выброса), повышение АД.

Печень увеличена, плотная. Проявления портальной гипертензии — асцит, «голова медузы», геморрой, отеки на нижних конечностях, спленомегалия.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: при 1 стадии: боли в правом подреберье, волнообразные, метеоризм, похудание, астения, гепатомегалия, спленомегалия, асцит; при 2 стадии: выраженная слабость, боли в правом подреберье, диспепсические расстройства (тошнота, рвота, гипорексия), геморрагический синдром (носовые, маточные, геморроидальные кровотечения, кровотечения из расширенных вен пищевода), кожный зуд, депрессия, раздражительность, агрессивность, дисменорея, аменорея, желтуха, пальмарная эритема, телеангиэктазии, симптом «барабанных палочек», гипертензия, асцит, «голова медузы», геморрой, отеки на нижних конечностях, гепатомегалия, спленомегалия. В 3 стадии: кровоточивость, пищеводные, геморроидальные кровотечения, спленомегалия, запоры, метеоризм, анорексия, заторможенность, слабость, сонли-

ность днем и бессонница ночью, выраженный кожный зуд, раздражительность и т. п.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ: тромбоцитопения, лимфопения, СОЭ до 50 мм/час, повышенное содержание гамма-глобулинов. Все осадочные пробы положительные, активность ферментов увеличена в 1,5 раза, гипербилирубинемия.

3 стадия — декомпенсации. Ведущими являются синдромы паренхиматозной и сосудистой недостаточности: выраженный синдром портальной гипертензии — отечный синдром, асцит; геморрагический синдром (кровоточивость, кровотечения: пищеводные, геморроидальные, маточные, желудочные и др.), синдром бактериемии. Возможны инфекционные септические осложнения. Может быть массивный некроз печени, синдром печеночно-клеточной недостаточности и кома.

Содержание белка снижено, снижено содержание альбуминов, холестерина, фибриногена, протромбина; активность ферментов увеличена в 2–3 раза.

При циррозе поражаются все органы и системы: гепато-ренальный; гепато-лиенальный синдромы; гастриты и язвенная болезнь, нефроангиосклероз, панкреатит и сахарный диабет.

ОСЛОЖНЕНИЯ: половая дисфункция; тиреоидит, остеопороз, остеомалация, остеопороз (патологические переломы за счет недостаточности витамина Д и кальция).

ИСХОД — смерть.

БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ: основной причиной является холестаза внутрипеченочный. Развивается на фоне хронического холестатического гепатита.

КЛИНИКА: боль в правом подреберье, тошнота, рвота желчью, горечь во рту, метеоризм, поносы, снижение аппетита, кожный зуд, лихорадка.

При осмотре желтушность кожных покровов и склер, при обострении усиливается. На коже видны следы расчесов, ксантомы и ксантелазмы.

При пальпации печень увеличена, болезненная, край острый, поверхность гладкая. Может быть увеличена селезенка и в далеко зашедших случаях проявления портальной гипертензии.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: боль, желтуха, тошнота, рвота, метеоризм, кожный зуд, неустойчивый стул.

Дополнительные методы исследования: кровь — лейкоцитоз, увеличенная СОЭ.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ — смотри хронический холестатический гепатит.

СИНДРОМ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (КОМА). Печеночная кома развивается при острых и хронич-

ческих поражениях печени, возникает в результате массивного некроза клеток, а также других патологических процессов в клетках печени.

Наиболее часто печеночная недостаточность развивается на почве массивного некроза печени или острой дистрофии печени при сывороточном гепатите, остром вирусном гепатите у беременных, интоксикации промышленными ядами (фосфор, тринитротолуол, тетрахлорэтан, четыреххлористый углерод, мышьяк), отравлении грибами и др.

Провоцирующие факторы: существенное значение приобретает выяснение факторов, нарушающих компенсацию функции печени: перегрузка алкоголем, кровотечение, применение ряда лекарственных препаратов (все опиаты, особенно морфин, обладающий выраженным повреждающим действием, барбитураты и др.). Тяжелый ацидоз может вызвать применение хлористого аммония. Чрезмерное количество белка в диете, особенно у больных циррозом печени в стадии декомпенсации и при портокавальных анастомозах, могут быть причиной развития комы.

Клинические наблюдения указывают и на другие факторы: нервные потрясения, интеркуррентные инфекционные заболевания, хирургические операции, неадекватные пищевые нагрузки.

КЛИНИКА: различают малую гепатаргию (прекому) и большую гепатаргию (кому). В основе лежит самоотравление организма: происходит замедление мышления, эйфория, иногда депрессия и апатия, неустойчивость настроения, нарушение сна. Расстройство сознания, появление мелкого тремора рук, нарушение речи, галлюцинации, сонливость днем, затем наступает большая гепатаргия: угнетение сознания вплоть до полной потери. Рефлексы снижены, появляются патологические рефлексы — хватательный и сосательный. Двигательное беспокойство, клонические судороги. Дыхание Куссмауля. Недержание мочи и кала. Печеночный запах изо рта, затем появляются проявления геморрагического диатеза — кровоточивость из десен, носа, ЖКТ и т. д. Желтуха нарастает. Печень может оставаться увеличенной или уменьшается.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: эйфория, депрессия, апатия, неустойчивость настроения, нарушение сна, мелкий тремор рук, расстройство речи, галлюцинации, угнетение сознания, дыхание Куссмауля, печеночный запах изо рта, кровоточивость из десен, носа, желудочно-кишечного тракта, выраженная желтуха, анемия, лейкоцитоз и т. д.

При исследовании крови: анемия, лейкоцитоз, увеличенная СОЭ, низкое содержание протромбина, фибриногена, повышенное содержание билирубина, остаточного азота; гипонатриемия, гипокалиемия. Наступает смерть.

СИНДРОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

СИНДРОМ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК.

Острый диффузный гломерулонефрит (ОГН) — это воспалительное заболевание обеих почек инфекционно-аллергической природы с первоначальным и преимущественным поражением клубочкового аппарата нефрона.

ЭТИОЛОГИЯ: наиболее частой причиной развития острого гломерулонефрита считают ангину, тонзиллит, заболевания верхних дыхательных путей.

Роль стрептококка в происхождении гломерулонефрита подтверждают возникновение нефрита после стрептококковых заболеваний, частые высеивания из зева больных ОГН стрептококков, обнаружение у них в крови стрептококковых антигенов и антител к ним, воспроизведение нефрита в эксперименте, при введении кроликам культуры стрептококка, высеиваемого из зева больных ОГН.

Но стрептококки не являются единственным этиологическим фактором. ОГН может развиваться и после перенесенных пневмоний (стрептококк, пневмококк), брюшного и сыпного тифа, дифтерии, бруцеллеза.

Некоторые исследователи указывают на вирусную этиологию нефрита. Важным провоцирующим фактором является переохлаждение организма.

КЛИНИКА: обычно после перенесенной ангины, фарингита или какого-то другого инфекционного заболевания больной себя считает выздоровевшим. В действительности же при этом наступает лишь латентный период ОГН. Однако наличие латентного периода необязательно, так как возможно не только постинфекционное, но и интраинфекционное (во время инфекционного заболевания) начало ОГН. Большинство исследователей считают, что скрытый период в среднем равен 10 дням, однако могут наблюдаться как более короткие (до 1 недели), так и более длительные (свыше 3 недель).

По окончании латентного периода у больного появляются слабость, жажда, уменьшение выделения мочи, а на следующий день — отеки на лице. Довольно часто больные жалуются на головные боли, ощущение нехватки воздуха или удушья; отмечают измененный цвет мочи «цвет мясных помоев».

Обычно клинику ОГН определяют три синдрома: отечный, почечной гипертонии, мочево́й.

ОТЕКИ являются одним из наиболее частых (70–90%) признаков ОГН. Локализация и степень отечности больных бывают различны. Наиболее характерно появление отеков на лице, и особен-

но век, по утрам. Нередки отеки нижних конечностей и в области крестца. При выраженной задержке жидкости отек распространяется на наружные половые органы и появляются полостные отеки (асцит, гидроторакс, гидроперикард).

Иногда задержка жидкости достигает 15–20 кг. По локализации отеки у почечных больных отличаются от отеков при сердечной недостаточности лишь в раннем периоде болезни, когда они более заметны на лице, появляются по утрам и уменьшаются или исчезают к вечеру.

ПОЧЕЧНАЯ ГИПЕРТОНИЯ (70–87%). Обычно подъем АД соответствует тяжести заболевания, степень повышения может быть различной. Обычно уровень систолического давления увеличивается до 180 мм рт. ст., диастолического — до 115–120 мм рт. ст. Снижение АД до нормального уровня отмечается при благоприятном течении заболевания на протяжении 3 первых недель параллельно улучшению общего состояния, схождения отеков и уменьшения протеинурии. При этом систолическое давление снижается в большей степени, чем диастолическое. Стойкое и длительное повышение АД прогностически неблагоприятно и указывает на переход заболевания в хроническую форму.

При исследовании пульса — отмечается его урежение (брадикардия), которое обусловлено повышенным АД и раздражением барорецепторов каротидного синуса. Пульс твердый и полный.

Довольно часто наблюдаются **ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ**, в основе которых лежит задержка натрия и воды, что приводит к увеличению объема циркулирующей крови, которая у больных с отеками может достигать 7–9 литров. Возникновение при этом гипертонии может привести к перегрузке сердца, вызвать расширение его полостей и тяжелую недостаточность кровообращения. Венозное давление также может повышаться при гиперволемии на 100–200 мм водного столба и проявляться резким набуханием вен и увеличением печени. Нарушения кровообращения могут проявляться от умеренной тахикардии до выраженного застоя в легких, тогда появляется одышка, цианоз, ортопноэ; при аускультации в легких масса влажных хрипов. При аускультации сердца отмечается: ослабление 1 тона на верхушке, акцент 2 тона над аортой, систолический шум на верхушке при возникновении относительной недостаточности митрального клапана, в тяжелых случаях может появляться 3 тон и ритм галопа.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: отеки различной степени выраженности, головная боль, головокружение, боли в сердце, одышка, цианоз, гепатомегалия, тахикардия или брадикардия.

ПЛАН сестринских вмешательств: организация ухода и наблюдения, выполнение врачебных назначений, подготовка больных к дополнительным методам исследования и консультациям специалистов.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА сестринских вмешательств: наблюдение и уход за больными; своевременное выполнение врачебных назначений: подготовка больных к дополнительным методам исследования, своевременная раздача лекарств, выполнение инъекций и вливаний, подготовка больных к консультациям.

При рентгенологическом исследовании — увеличение тени сердца влево и вправо. ЭКГ — снижение вольтажа зубцов, может быть увеличен интервал P—Q (а-в блокада I степени); уплощение и двуфазность зубца T. При исследовании глазного дна у больных со стойким повышением АД можно выявить сужение артерий и некоторое расширение вен. Лабораторные исследования мочи: диурез обычно уменьшен, а плотность достаточно высока — 1,020 и более. Протеинурия — наиболее выражена в первые дни заболевания. Содержание белка превышает 1%, иногда достигая 5—12%. Потеря белка за сутки достигает 3 г.

Гематурия — макрогематурия наблюдается у 12—18% больных. При микрогематурии число эритроцитов колеблется от единичных до 30—40 в поле зрения. Часто эритроциты бывают вышелоченными.

Иногда лейкоцитурия — 4—6 лейкоцитов в поле зрения, иногда больше. Наличие гематурии и лейкоцитурии обусловлено поражением стенки капилляров клубочков. Микрогематурия продолжается обычно дольше протеинурии.

Цилиндрурия — от единичных до 10—20 в п/зр — цилиндры гиалиновые и зернистые. Изменения крови — умеренная анемия (нормохромная, нормоцитарная); может встречаться лейкоцитоз (нейтрофильный), увеличенная СОЭ (до 30—50 мм/час). Умеренная гипопроотеинемия: количество альбуминов снижается, а а-2 и г-глобулины повышаются. Повышается и титр антител — антистрептолизин-0, антистрептокиназа, антигиалуронидаза — что указывает на стрептококковую этиологию.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

1) Олигоанурия в острой фазе заболевания с развитием острой почечной недостаточности. Наблюдается в первые дни заболевания, чем длительнее олигоанурия, тем выше содержание остаточного азота и его фракций в сыворотке крови. Продолжающаяся олигоанурия более 8 дней является плохим прогностическим признаком.

2) Острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма и отек легких).

3) Почечная эклампсия (энцефалопатия): высокое АД, внутричерепное давление, отек мозга.

ПРОФИЛАКТИКА – своевременное лечение стрептококковых инфекций зева, миндалин, синуситов, кожи. Закаливание организма.

ЛЕЧЕНИЕ:

- 1) постельный режим;
- 2) диета № 7 (резкое ограничение соли и воды);
- 3) медикаментозная терапия: а) при сердечной недостаточности: гликозиды;
- б) гипотензивные средства (препараты раувольфии, дибазол, палаверин);
- в) при начальных признаках эклампсии: кровопускание, в/в введение раствора сульфата магния, р-ра аминазина 2,5% 25–50 мг, ганглиоблокаторы, 40% р-р глюкозы 200–250 мл (с целью дегидратации), витамины В, Е, С, Р.
- г) десенсибилизирующая терапия (глюконат кальция, димедрол, супрастин).

ПЕРЕХОД В ХРОНИЧЕСКУЮ ФОРМУ: гематурия и протеинурия длится в течение 6 месяцев, АД – более 3-х месяцев.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ (ХГН). ХГН – длительно протекающее – активное, иммунологически воспалительное двустороннее диффузное заболевание почек, приводящее к прогрессирующей гибели клубочков, снижению деятельности почек, развитию артериальной гипертонии, сморщиванию почек и хронической почечной недостаточности.

ЭТИОЛОГИЯ: ХГН в большинстве случаев является результатом неизлеченного острого гломерулонефрита. При этом существенная роль принадлежит реактивности макроорганизма, которая проявляется гиперергической реакцией и аутоиммунными нарушениями.

КЛИНИКА. Ведущими синдромами при ХГН являются: отечный, почечная гипертония, мочевого и нарушение функции почек.

В настоящее время выделяются следующие клинические формы ХГН:

- 1) нефротическая (отечно-альбуминурическая) форма;
- 2) гипертоническая форма;
- 3) смешанная форма (отечно-гипертоническая);
- 4) латентная форма.

Некоторые исследователи выделяют терминальную форму ХГН (стадию хронической почечной недостаточности ХПН).

НЕФРОТИЧЕСКАЯ ФОРМА: характеризуется наличием большого количества белка в моче (гиперпротеинурия), уменьшением содержания белка в плазме (гипопротеинемия), гиперхолестеринемия

(18–25 ммоль/л) и массивными отеками не только на лице и подкожной клетчатке, но и могут быть полостные отеки. Отеки в основном обусловлены наличием резкой гипопроотеинемией (до 4–5 г%) с преимущественным снижением альбуминов и, следовательно, значительным снижением онкотического давления.

Могут наблюдаться и признаки воспалительного поражения почек: умеренная гематурия и снижение фильтрационной функции. Повышения АД не бывает.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ФОРМА: длительное время ведущим синдромом является артериальная гипертония, а мочевого и отечный синдромы выражены в меньшей степени. Редко ХГН развивается по гипертоническому типу после первой атаки ОГН. Чаще это результат латентно текущего острого нефрита, который может оставаться незамеченным. АД обычно достигает 180/100–200/120 мм рт. ст.

При обследовании больных отмечаются признаки гипертрофии левого желудочка (перкуторно, рентгенологически и электрокардиографически). При аускультации сердца – глухость 1 тона на верхушке и акцент 2 тона над аортой. Характерным бывает более устойчивое диастолическое давление.

Изменение глазного дна в виде нейроретинита выражено слабо, отмечается только сужение артерий.

СМЕШАННАЯ ФОРМА: при этой форме наблюдаются признаки как нефритической, так и гипертонической форм. Является наиболее тяжелой формой и достаточно быстро приводит к развитию ХПН.

ЛАТЕНТНАЯ ФОРМА: наиболее часто встречаемая форма, которая проявляется обычно лишь слабо выраженным мочевым синдромом. Эта форма может иметь довольно длительное течение (10–20 лет) и достаточно поздно приводит к развитию ХПН.

ТЕРМИНАЛЬНАЯ ФОРМА – ХПН: характеризуется картиной уремии-ХПН. В этот период можно выявить симптомы со стороны всех органов и систем. Ведущими являются синдромы: диспепсический, неврологический, гипертонический, мочевого и другие.

Диспепсический синдром: проявляется плохим аппетитом, вплоть до отвращения к пище, жаждой, сухостью во рту, тошнотой, часто рвотой, чувством тяжести в эпигастральной области, часто беспокоит кожный зуд. Кожные покровы обычно бледно-желтого цвета что обусловлено наличием анемии и задержкой в организме пигмента урохрома. На коже видны следы расчесов. Язык сухой, обложен густо бело-желтым налетом. Изо рта уринозный запах (за счет выделения мочевины слюнными железами). Развивается стоматит, гингивит, энтероколит, эрозивный гастрит, колит. Могут быть поносы.

Нефрологический синдром: проявляется адинамией, вялостью, апатией. Больные могут быть беспокойными, отмечается сонливость днем и бессонница ночью. Наблюдаются тонические судороги, фибриллярные подергивания икроножных мышц. Дыхание может быть Куссмауля — в связи с накоплением кислых продуктов в организме, или Чейн-Стокса в связи с нарушением кровоснабжения дыхательного центра. Зрачки, как правило, узкие. АД держится на высоких цифрах и не поддается коррекции. Развивается сердечная недостаточность.

В связи с выделением мочевины серозными оболочками развивается фибринозный плеврит, пневмонит, перикардит, которые проявляются шумом трения плевры, влажными хрипами и шумом трения перикарда.

Больные худеют, иногда достигая степени кахексии. Со стороны кроветворения — гипорегенераторная анемия. Токсический лейкоцитоз достигает $20 \cdot 30 \cdot 10^{12}$ /л со сдвигом влево. СОЭ увеличена.

Обычно за несколько дней до летального исхода появляется геморрагический синдром в виде кровоточивости из десен, полости носа. Кома нарастает и больные погибают.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: общая слабость, кожный зуд, отеки, возбуждение, сменяющееся депрессией, апатией, лабильность настроения, гипертензия, брадикардия или тахикардия, одышка, шум трения плевры и перикарда, кровоточивость из десен и т. д.

ПЛАН сестринских вмешательств: организация ухода и наблюдения, выполнение врачебных назначений, подготовка к дополнительным методам исследования, подготовка больных к консультациям специалистов.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА сестринских вмешательств: уход и наблюдение за больными, забор биологического материала (кровь, моча) для исследования, своевременная раздача лекарств, выполнение инъекций и вливаний, подготовка больных к консультации специалистов.

ЛЕЧЕНИЕ: 1) бессолевая диета (стол № 7) 2–2,5 г NaCl. При достаточной функции почек 2–2,5 г белка на 1 кг массы тела больного.

2) Витаминотерапия: С, В, А.

3) Кортикостероиды.

4) Гипотензивные средства.

При уремии — борьба с уремической интоксикацией. Белок в пище резко ограничивается, а увеличиваются жиры. Для борьбы с ацидозом — 4–5% раствор гидрокарбоната натрия капельно в вену или в клизме. Промывание желудка, очистительные клизмы. Диализ — искусственная почка. Анаболические гормоны.

СИНДРОМ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЛОХАНОК И ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК (пиелонефрит) — это воспалительное заболевание почек, вызванное непосредственным инфицированием чашечно-лоханочной системы и почечной ткани.

ЭТИОЛОГИЯ: Непосредственная причина возникновения пиелонефрита — инфицирование мочевыводящих путей, лоханок, почечной паренхимы. Этиологическая роль инфекции подтверждается наличием постоянной бактериурии у подавляющего большинства больных острым и хроническим пиелонефритом. Пиелонефрит возникает не только в результате простого внедрения инфекции в организм, а в связи с нарушением равновесия между макроорганизмом и маловирулентной флорой. Такой флорой чаще всего является кишечная палочка, не вызывающая образование антител и других иммунологических реакций. Пиелонефрит чаще всего протекает волнообразно, в виде чередующихся обострений. Обязательная в этот период бактериурия во время ремиссии может значительно уменьшаться и даже прекратиться. В последнее время придается значение не только простому выявлению бактерий в моче, но и определению количества микробных тел в 1 мл мочи. В отличие от бактериурии здоровых людей, у больных пиелонефритом в 1 мл мочи содержится не менее 10000 микробных тел. Помимо кишечной палочки, в моче довольно часто обнаруживаются стафилококк, синегнойная палочка, протей. Эти микроорганизмы особенно часто появляются в моче больных, ранее лечившихся антибактериальными средствами. Проникновение инфекции в лоханку и почку может идти лимфогенным, гематогенным и восходящим путем (вдоль мочевого тракта). Микробы проникают в лоханку, оседают в ней и распространяются от ворот почки в мозговой слой ее при нарушении физиологической деятельности мочеточников, атонии, расширении и сужении их, в результате чего бывает затруднено свободное продвижение мочи. Мочевой стаз — один из основных факторов, способствующих инфицированию лоханки и развитию пиелонефрита.

КЛИНИКА ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА (ОП): заболеванию чаще всего предшествуют простуда, переохлаждение, инструментальное урологическое исследование. Около 2% беременных во второй половине беременности или сразу после родов заболевают острым пиелонефритом. Болезнь встречается у женщин в 3—4 раза чаще, чем у мужчин. Начало ее напоминает острое инфекционное заболевание: внезапно повышается температура, одновременно появляется озноб, общая слабость, разбитость, мышечные боли, нередко присоединяется тошнота и рвота. Помимо этих общих симптомов, наблюдаются и местные симптомы острого воспаления: различной

интенсивности боли в пояснице, в области почек, распространяющиеся книзу, в паховую и надлобковую область. Боль сопровождается дизурическими явлениями — жжением, режками, частыми позывами к мочеиспусканию. Иногда интенсивность болей и степень дизурических расстройств напоминают картину тяжелой почечной колики почечно-каменной болезни. Помимо болей при мочеиспускании, внимание больных часто привлекает внешний вид мочи. Моча становится мутной, с гнойным хлопьевидным осадком, иногда приобретает красноватый оттенок и неприятный запах.

При исследовании больного острым пиелонефритом отмечаются гиперемия лица, потливость, мышечные боли. Максимальная болезненность определяется в области почек, симптом Пастернацкого положительный или резко положительный. В поясничной области и подреберьях наряду с болезненностью имеет место повышение мышечного тонуса. При микроскопии мочевого осадка обнаруживается большое количество нейтрофильных лейкоцитов, иногда покрывающих все поле зрения. При подсчете по Каковскому — Аддису количество лейкоцитов достигает нескольких миллионов и значительно преобладает над количеством эритроцитов. Кроме того, в осадке появляется незначительное количество цилиндров гиалиновых. Белок в моче содержится в небольших количествах, не превышающих 1%. В остром периоде болезни иногда бывает значительная, но транзиторная гематурия, наибольшей интенсивности достигающая при пиелонефрите, осложненном сосочковым некрозом. Плотность мочи в разгар острого воспаления снижается, колебания ее монотонны. Изо-гипостенурия может сохраняться длительное время, до ликвидации последних симптомов острого воспаления. Снижение концентрационной функции почек сопровождается полиурией, никтурией, жаждой. При бактериоскопии и посеве мочи обнаруживается большое количество микробов, чаще всего кишечная палочка, стафилококк, протей. Микробное число в 1 мл достигает десятков и сотен тысяч микроорганизмов.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: лихорадка, озноб, головная боль, недомогание, боли в поясничной области, иногда дизурические явления.

ПЛАН сестринских вмешательств: особенности ухода и наблюдения; выполнение врачебных назначений, подготовка больных к консультации специалистов.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА сестринских вмешательств: организация ухода и наблюдения за больным, подготовка больного к забору биологического материала (кровь, моча), к консультации специалистов; своевременное выполнение инъекций и вливаний, раздачи лекарств, подготовка больных к дополнительным методам инструментального и лабораторного исследования.

При исследовании периферической крови обнаруживается умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг влево и увеличение СОЭ. Азотемия и гипертония при неосложненном остром пиелонефрите не встречается. Пиелонефрит, осложненный сосочковым некрозом, вызывает серьезные нарушения функции почек и подъем уровня остаточного азота, мочевины, креатинина в крови.

Под влиянием рациональной антибактериальной терапии все симптомы ОП довольно быстро ликвидируются, только бактериурия, постепенно снижаясь, может продолжаться длительное время после выздоровления.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЛОХАНОК И ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК (Хронический пиелонефрит ХП). Нелеченый или плохо леченый ОП переходит в хроническую форму. В отличие от острого пиелонефрита хронический пиелонефрит часто начинается и длительное время протекает скрыто. В этот период единственными проявлениями болезни могут быть признаки интоксикации (разбитость, потливость, головные боли, отсутствие аппетита, лихорадка) и монотонная субфебрильная температура. Приблизительно у $\frac{1}{3}$ больных удается получить анамнестические указания на перенесенные в прошлом инфекционные заболевания мочевыводящих путей, неустойчивую температуру или дизурические расстройства. У части больных наряду с симптомами хронической интоксикации имеются жалобы на частые позывы к мочеиспусканию, жжение и рези при мочеиспускании, тупые боли в области почек, распространяющиеся книзу, в паховые и надлобковую области.

Латентное и затяжное течение ХП может сменяться внезапными обострениями, во многом сходными с клиникой ОП. В этот период субфебрилитет сменяется высокой лихорадкой перемежающегося типа, с ознобом и обильным потом. Нарастают все явления интоксикации и усиливаются боли и дизурические расстройства. Нередко обострения ХП протекают как тяжелый инфекционный процесс с выраженной интоксикацией и другими симптомами инфекционного заболевания. Такие формы требуют длительного антибактериального лечения с постоянным контролем изменяющейся чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

У большинства больных ХП гипертония чаще бывает транзиторной и только при наличии выраженной ХПН – стабильной. Одновременно с начинающимся повышением АД у многих больных появляются признаки функциональной недостаточности почек – изогипостенурия, никтурия, задержка азотистых шлаков, уменьшение клубочковой фильтрации. ХП чаще всего представляется как малосимптомное заболевание, сопровождающееся хронической интоксикацией.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: лихорадка, боли в поясничной области, односторонние или двухсторонние, тошнота, может быть рвота, головная боль, озноб, выраженная потливость и т. п.

ПЛАН наблюдения и ухода, дополнительных методов исследования, выполнение назначений врача, подготовка больных к консультации.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА сестринских вмешательств: независимая — выполнение ухода и наблюдения за больным; зависимая — своевременная раздача лекарств, выполнение инъекций и вливаний, забор биологического материала (кровь, моча) на лабораторное исследование, подготовка больных к дополнительным инструментальным методам исследования и организация необходимых консультаций.

ОСЛОЖНЕНИЯ: среди разнообразных синдромов, осложняющих картину пиелонефрита, чаще всего наблюдается: *некротический папиллит, септикопиемия, транзиторная, стабильная, злокачественная гипертония, гипохромная анемия, синдром хлоропривной почки, обусловленной некомпенсированной потерей натрия, и уремия.*

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ — антибиотикотерапия с учетом антибиотикограммы.

СИНДРОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (Циститы). Особенность клинического течения неспецифических циститов заключается в том, что они могут сопутствовать почти каждому урологическому заболеванию или осложнять его.

Клиническая картина. Цистит во многом зависит от характера основного заболевания.

ЭТИОЛОГИЯ: ведущим этиологическим фактором неспецифического цистита являются: 1) микробный фактор. Среди возбудителей неспецифического цистита на первое место выходит *E. Coli* — в моче больных острым циститом высевается более чем в 50%, на втором месте — группа протей — наиболее упорно текущие рецидивирующие цистит; различные виды и штаммы стафилококков; вирусная природа цистита наиболее ярко проявляется при эпидемиях гриппа, неспецифический цистит может быть вызван микроплазмами и хламидиями, источником которых являются половые органы женщины. Мужчины заражаются хламидийным уретритом и циститом половым путем (синдром Рейтера).

2) холодовой фактор;

3) химический фактор;

4) паразитарный фактор; проникающая радиация и др.

КЛИНИКА: дизурия, терминальная гематурия, пиурия — это классическая триада симптомов острого цистита. Острый цистит

чаще всего первичные, морфологически катаральные или геморрагические, обычно диффузные. Вторичные циститы являются хроническими, возникающими на фоне какого-либо урологического заболевания, либо аномалии.

Для хронического цистита классическими симптомами являются постоянная или периодическая дизурия, поллакиурия. Течение в виде рецидивов и ремиссий.

Наиболее упорным течением отличаются интерстициальные циститы. Болезненные мочеиспускания при этом учащаются до 40–50 раз в сутки, сопровождая тенезмами, а иногда болью в эпигастрии и макрогематурией. Течение длительное, на протяжении десятков лет. Иногда болезнь приводит к истощению, астенизации и депрессии. Упорная дизурия и другие симптомы обусловлены в ранней стадии заболевания отеком и воспалительной инфильтрацией стенки мочевого пузыря, нарушением лимфооттока, а затем появлением трофических расстройств с изъязвлением слизистой оболочки и распространением воспаления на околопузырную клетчатку.

В последнюю стадию заболевания в стенке мочевого пузыря образуется большое количество фиброзной соединительной ткани. Наступают необратимые изменения, приводящие к резкому сокращению емкости мочевого пузыря за счет сморщивания. В этой стадии заболевания больные становятся нетрудоспособными.

Распознавание цистита не представляет больших трудностей. Важна этиологическая диагностика. При первичных циститах необходимо выявить источники инфекции, при вторичных — диагностировать основное урологическое заболевание.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ: дизурические расстройства (частые болезненные мочеиспускания), боли над лобком, мочеиспускания малыми порциями, может быть лихорадка и т. д.

В общем анализе мочи всегда определяется лейкоцитурия, иногда свежие эритроциты, слущенный эпителий, в большом количестве слизь.

Основным видом исследования является цистоскопия. При остром цистите она не показана. Для обычного острого цистита при цистоскопии (если она проводится), помимо кровоизлияний, характерны отечность слизистой оболочки (покрытой нитями фибрина, слизью, кристаллами солей) и уменьшенная емкость мочевого пузыря.

Для хронического цистита характерно очаговое поражение, преимущественно в области мочевого треугольника, затем шейки мочевого пузыря, задней, боковой, передней стенки и верхушки. Слизистая оболочка теряет зеркальный блеск и вместо светло-желтой

становится красной. Отечность, кровоизлияния, а на месте последних и изъязвления.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: оно должно быть этиологическим. Прежде всего:

- 1) покой, желательна постельный режим;
- 2) щадящая диета;
- 3) спазмолитики (но-шпа, ависан, платифилин, баралгин и др.);
- 4) десенсибилизирующие средства (димедрол, пипольфен, хлорид кальция и др.);
- 5) обезболивающие (кодеин, экстракт белладонны per os или в свечах);
- 6) антибактериальная терапия в зависимости от бактериальной флоры;
- 7) целесообразно назначать простые антисептические средства: салол, метиленевый синий, нитрофураны;
- 8) санация очагов инфекции;
- 9) общеукрепляющие средства: витамины, метилурацил 1 г 3 раза; пентоксил 0,24 раза в день;
- 10) седативные препараты.

При хроническом цистите показано местное лечение:

- 1) промывания мочевого пузыря и инстиляции (фурациллин, ляпис, гидрокортизон, облепиховое масло, стерильный рыбий жир);
- 2) при интерстициальном цистите — гормонотерапия: гидрокортизон внутрь по 50 мг в течение месяца, преднизолон 20 мг 3 раза в день несколько недель, дозу постепенно снижать до 5 мг 2 раза в день;
- 3) гепаринотерапия — в/в капельно по 10000–20000 ЕД в 1 л 5% раствора глюкозы ежедневно 4 дня и можно повторно;
- 4) физиотерапия: диатермия, электрофорез с новокаином и ферментами.

СИНДРОМ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОПН) — это полиэтиологическое патологическое состояние. Говоря об этиологии ОПН необходимо иметь в виду «фон», на котором разворачивается воздействие различных видов агрессии. К этиологическим факторам ОПН можно отнести:

- 1) травматическую агрессию;
- 2) инфекционную агрессию (септический аборт, бактериальный шок);
- 3) токсическую агрессию отравления (препараты ртути, тетрахлоркарбона, сульфаниламидные препараты);
- 4) аллергическая агрессия (укусы змей, насекомых, пчел, ос, ранние и поздние поствакцинные нефропатии);

- 5) агрессия, сопровождающаяся массивным гемолизом;
- 6) прекращение почечного кровотока;
- 7) внезапное прекращение оттока мочи (субренальная или «надпузырная» анурия).

КЛИНИКА: в клиническом течении ОПН различают:

- 1) начальную или шоковую стадию;
- 2) олигоанурическую;
- 3) стадию восстановления диуреза;
- 4) стадию выздоровления.

1. Симптомы начальной стадии варьируют в зависимости от причины поражения почек: при отравлении ртутью, уксусной эссенцией на первый план выступают признаки поражения ЖКТ в сочетании с шоком.

У больных, перенесших травму, или после синдрома длительного раздавливания, наряду с картиной шока проявляются местные симптомы.

При септицемии вследствие внебольничных аборт, а также при переливании несовместимой крови наступают внутрисосудистый гемолиз и шок в сочетании с быстро нарастающей желтухой.

Общим клиническим симптомом этого периода является циркуляторный коллапс, который может быть очень кратковременным или длиться от нескольких часов до суток и более. Происходит уменьшение диуреза до 400–600 мл, а иногда до 50–60 мл в сутки. Клинические проявления поражения почек в 1 стадии ОПН слабо выражены. Длительность 1 стадии 1–2 дня.

2. Олигурическая стадия: на первый план выступают клинические проявления поражения почек: уменьшение суточного диуреза от анурии до 500 мл. При олигурии моча темная, мутная, иногда кровянистая, низкой плотности (1009–1010). При микроскопии осадка: много эритроцитов, лейкоцитов, эпителиальных клеток, бактерий. При внутрисосудистом гемолизе обнаруживаются глыбки гемоглобина, при синдроме длительного раздавливания — кристаллы миоглобина. Олигурия может продолжаться от нескольких дней до 3–4 недель и более. В этой стадии наблюдаются глубокие нарушения гомеостаза, обусловленные резким нарушением функции почек, появляются такие симптомы как: тошнота, боли в животе, отеки, иктеричность склер, увеличение печени, боли в пояснице и положительный симптом Пастернацкого, анемия, застойные хрипы в легких, тахикардия, при аускультации сердца — систолический шум, повышение АД. Температура тела может быть нормальной или повышенной. Симптомами поражения ЦНС являются: астерия, головная боль, мышечные судороги и подергивания. При выраженной гипергидратации больные сонливы, заторможены, иногда возникают конвульсивные кризы. При гипогидратации — беспо-

койство, сонливость, нарушение психики в виде психозов с острым бредом и суицидными попытками.

При выраженной и длительной почечной недостаточности кожа становится сухой и шелушащейся. При высоких степенях азотемии иногда на коже груди, лба, вокруг крыльев носа и рта наблюдаются отложения мелких кристаллов мочевины, аллергические высыпания. Язык сухой, обложен белым или коричневым налетом. Слизистая оболочка рта сухая, лаковая, часто с небольшими изъязвлениями. Аппетит отсутствует. Наблюдаются запоры, сменяющиеся при прогрессировании азотемии — поносами.

3. Стадия восстановления диуреза характеризуется постепенным увеличением количества мочи. У большинства больных через 3—5 дней от начала восстановления диуреза количество мочи достигает 2—3 л в сутки. В раннем периоде несмотря на выделение достаточного количества мочи состояние больных не улучшается — моча низкой плотности (1010—1012), содержит большое количество белка, эритроцитов, лейкоцитов, эпителиальных клеток, бактерий. Количество выводимого азота низкое (до 1 г). Концентрация мочевины, креатинина и остаточного азота не приходит к норме. В связи со значительным диурезом могут наблюдаться значительные потери электролитов. Особое внимание должно уделяться содержанию калия, так как на смену гиперкалиемии может прийти гипокалиемия, что в свою очередь может повлечь нарушение функции миокарда вплоть до полной остановки сердца. С мочой выделяется все большее количество мочевины, азота, калия, магния. В то же время гипокалиемия, гипомагниемия и обезвоживание представляют опасность для жизни. Клинически эти гуморальные нарушения проявляются выраженной астенией, вялостью, резкой заторможенностью, иногда с затемнением сознания. Нередко наблюдается обильная рвота. При больших потерях жидкости отмечается резкое исхудание. В некоторых случаях может развиваться кома. После нормализации водно-электролитных нарушений улучшается общее состояние больных, исчезает астеня, восстанавливается аппетит. Эритроцитоз восстанавливается медленно и анемия носит затяжной характер. Продолжительность стадии восстановления диуреза 20—75 дней.

4. Стадия выздоровления может продолжаться от 3—6 месяцев до 2 лет. Состояние больных улучшается постепенно. Если не присоединились какие-либо осложнения, функциональная способность почек постепенно восстанавливается. В динамике характерно исчезновение протеинурии, пиурии, микрогематурии, небольшой цилиндрурии в первые 6 месяцев после начала заболевания. Выраженность клинической картины ОПН в значительной мере зависит

не только от характера этиологического фактора, но и от возраста больных и продолжительности заболевания.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ соответствует клиническим проявлениям каждой стадии ОПН.

ПЛАН сестринских вмешательств: наблюдение и уход за больными, выполнение врачебных назначений, забор биологического материала (кровь, моча), подготовка больных к дополнительным инструментальным и лабораторным методам исследования, раздача лекарственных средств, подготовка больных к консультациям специалистов.

РЕАЛИЗАЦИЯ плана сестринских вмешательств: уход и наблюдение за больными, четкое и своевременное выполнение инъекции и вливаний, четкая и своевременная раздача лекарств, подготовка больных к забору биологического материала и к дополнительным методам исследования и т. д.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: лечение больных ОПН должно быть этиологически и патогенетически обоснованы.

В начальной стадии лечение должно быть направлено на борьбу с шоком, его причиной и на улучшение гемодинамики. Для нормализации кровообращения при явлениях сердечной недостаточности — гликозиды, АТФ кокарбоксилаза, витамины группы В и глюкозой. Оксигенотерапия.

При сосудистом коллапсе — гидрокортизон (50–100 мг в 5% растворе глюкозы. При понижении АД в последующем каждые 4 часа вводится по 25–50 мг гидрокортизона. Целесообразно применять прессорные амины (норадреналин, мезатон, симпатол и др.), что позволяет вывести больных из состояния шока и предупредить развитие ОПН.

При кровопотере — переливание крови, полиглюкина, реополиглюкина, поливинола. До возмещения кровопотери назначать прессорные амины нецелесообразно. При синдроме периферического спазма (высокое систолическое и малое пульсовое давление, цианоз слизистых оболочек и ногтевых фаланг) — примененне анальгетиков, пипольфена, супрастина (1 мл), пентамина или дн-афилина (эуфилина 2,4% раствор 10 мл в/в). Снижать АД ниже 90 мм рт. ст. не следует.

При отравлениях показано применение антидотов. При обширном размождении тканей — хирургическая обработка ран.

В ОЛИГОАНУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ лечение должно быть направлено в основном на устранение этиологического фактора (токсического, воспалительного, гемолитического и др.), гумморальных нарушений (азотемии, ацидоза, гипергидратации, гиперкалиемии), катаболизма. На первый план в этой стадии выступает восстановление водно-солевого равновесия. Необходим строгий контроль за

балансом воды и солей, электролитов, крови (и мочи при олигурии). При отсутствии рвоты и поноса ежедневное введение при анурии 700—800 мл жидкости компенсирует так называемые невидимые потери. Потери жидкости должны восполняться таким образом, чтобы больной находился в состоянии легкой гипогидратации. Голодание и жажда усиливают эндогенный распад тканей, увеличивая электролитные нарушения, главным образом гиперозотемию, гиперкалиемию и гипермагниемию. Суточная потребность в воде рассчитывается на основании точного учета потерь. Недостаточное введение жидкости даже при сохраненной функции канальцев приводит к олигурии и быстрому нарастанию азотистых шлаков в крови. Избыточное количество жидкости усугубляет нарушение функции почек и способствует развитию гипергидратации.

Водный баланс больных в олигоанурической стадии можно контролировать взвешиванием больного, определением количества выделенной и введенной жидкости, лабораторным определением гематокрита, объема циркулирующей крови, объема внеклеточной жидкости, гемоглобина, общего белка и осмотического давления плазмы (криоскопия). Жидкость вводится либо перорально, либо внутривенно капельно.

С целью предупреждения гиперкалиемии из диеты исключаются: молоко, овощи, овсяные хлопья, фрукты, фруктовые соки, лимоны, апельсины, содержащие большое количество калия. На фоне выраженного ацидоза и гипокальциемии опасность гиперкалиемии резко возрастает и может наступить внезапная остановка сердца.

При развившейся гиперкалиемии эффективно вводить 100 мл 10% р-ра глюконата кальция (антагонист калия), оксигенотерапия под повышенным давлением. Введение 200—300 мл 20—40% р-ра глюкозы и 40—50 ЕД инсулина способствует образованию гликогена, сопровождающемуся использованием калия. Показаны методы внепочечного очищения (экстракорпоральный диализ).

Для борьбы с ацидозом обычно применяют 10% р-р молочнокислого натрия или 5% р-р гидрокарбоната натрия. В последнее время для борьбы с ацидозом применяется *трисаминол*, который обладает диуретическим действием и снижает гиперкалиемию.

При гипокальциемии показано введение 10% р-ра хлорида кальция, глюконата кальция в зависимости от дефицита кальция. Выраженная гипермагниемия корректирует методами внепочечного очищения.

Питание должно быть рациональным. При неукротимой рвоте для снижения катаболизма за счет экзогенной доставки калорий рекомендуется в/в вливание гипертонических растворов глюкозы с 50 ЕД инсулина.

Витаминотерапия: С, В-1, В-6 и др.

При проведении противоанемической терапии — трансфузии свежесконсервированной крови 200–300 мл каждые 2–3 дня или эритроцитарную взвесь.

При проведении антибактериальной терапии — антибиотики следует назначать с осторожностью, лучше пенициллин, левомецетин или цефалоспорины.

3. СТАДИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДИУРЕЗА. В этой стадии особое внимание уделяется состоянию водно-солевого равновесия, уровню азотемии и ацидоза. При восстановлении диуреза соответственно увеличивается количество вводимых жидкостей, так как избыточное выделение воды и солей в этот период может привести к общей дегидратации, могущей стать роковой. Восполнение потерь можно осуществить, разрешив больному пить большое количество жидкости, а при рвотах — подкожно и в/в. Особого внимания требует гипокалиемия и гипонатриемия. Гипокалиемию можно коррегировать диетой. Если поступление калия с диетой недостаточное, дефицит восполняется хлоридом, цитратом или глюконатом калия в капсулах, облатках или в виде сиропа. При рвоте, нередко наблюдающейся в стадии восстановления диуреза, хлорид калия вводит в/в.

При ацидозе для восполнения дефицита натрия пользуются раствором лактата или гидрокарбоната натрия.

Ответственной и трудной задачей является лечение развившихся инфекционных осложнений, поэтому целенаправленное применение антибиотиков широкого спектра действия должно продолжаться

Методы внепочечного очищения:

- 1) Желудочный и кишечный диализ;
- 2) Обменные переливания крови;
- 3) Перитонеальный диализ;
- 4) Экстракорпоральный гемодиализ (искусств. почка).

Рекомендуемая литература

1. Абдулкадыров К. М., Бессемельцев С. С. Апластическая анемия. — С. — Пб.: Наука, 1995.
2. Балаболкин М. И. Эндокринология: Учебное пособие. — М.: Медицина, 1989.
3. Болезни нервной системы: Руководство для врачей. В 2-х т. / Н. Н. Яхно, Д. Т. Штедман, П. В. Меленчук и др. — М.: Медицина, 1995.
4. Болезни органов дыхания: Руководство для врачей. / Под ред. акад. АМН СССР Н. Р. Палеева. — М.: Медицина, 1989.
5. Галкин Р. А., Павлов В. В., Кузнецов С. И. Реорганизация первичной медико-социальной помощи в Самарской области. — Самара, 1997.
6. Галкин Р. А., Тун П., Иванова А. В., Мавшович Б. Л. Организация общей врачебной практики. — Самара, 1997. Российско-британское издание.

7. Гребнев А. Л., Шейгиули А. Л. Основы общего ухода за больными. — М.: Медицина, 1991.
8. Заболевания органов пищеварения. Библиотека врача общей практики / Под ред. Г. Б. Федосеева. — С.-Пб.: Медицинское инф. агентство, 1995.
9. Каррей Х. Л. Клиническая ревматология. — М.: Медицина, 1990.
10. Кушаковский М. С. Гипертоническая болезнь. — С.-Пб.: СОТИС, 1995.
11. Международное руководство по сердечной недостаточности / Под ред. С. Дж. Болл, Р. В. Ф. Кемпбелл, Г. С. Френсис. — М.: Медиа Сфера, 1995.
12. Мовшович Б. Л. Внутренние болезни взрослых. — Самара, 1998.
13. Мухина С. А., Гарновская И. И. Теоретические основы сестринского дела. В 2-х ч. — М., 1998.
14. Насонова В. А., Астапенко М. Е. Клиническая ревматология. — М.: Медицина, 1989.
15. Нефрология: Руководство для врачей. В 2-х т. / Под ред. И. Е. Тареевой. — М.: Медицина, 1995.
16. Общая врачебная практика. В 2-х т. / Под ред. С. А. Симбирцева, Н. Н. Гурина. — С.-Пб., 1996.
17. Общепрактическая и семейная медицина. / Пер. с нем. Под ред. М. М. Кохеиа. — Минск: Беларусь, 1997.
18. Руководство по гастроэнтерологии. В 3-х т. / Под ред. Ф. И. Комарова, А. Л. Гребнева. — М.: Медицина, 1995.
19. Семейная медицина. В 2-х т. / Под ред. А. Ф. Краснова. — Самара, 1994.
20. Справочник врача общей практики. В 2-х т. / Под ред. В. С. Казакова. — Минск: Высшая школа. — 1995.
21. Терапия. / Пер. с англ. Под ред. А. Р. Майерса. — М.: ГЭОТАР — 1996.
22. Энциклопедия семейного врача. В 2-х т. / Под ред. А. С. Ефимова. — Киев: Здоровье. — 1995.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ХИРУРГИИ

Особенности организации сестринского процесса в хирургии

Медицинские сестры на протяжении многих лет вели борьбу за признание самостоятельности своей профессии. В результате этой борьбы возникло осознание необходимости:

1. Определить границы деятельности медицинских сестер;
2. Определить научный метод оказания сестринской помощи больным.

Одним из основных и неотъемлемых понятий современной модели сестринского дела является сестринский процесс (СП). Термин СП был впервые введен в США Лидией Холл в 1955 году. В 1966 году В. Хендерсон идентифицировала сестринские действия как независимое функционирование и установила, что СП использует те же самые стадии, что и научный метод.

СП – это систематизированный метод решения проблем для предоставления индивидуализированной помощи пациентам при любом состоянии здоровья. В учебнике Основ сестринского дела Поттер П. и Перри А. (1993) дается следующее определение сестринского процесса: «Процесс ухода за больными представляет собой метод организации и практического осуществления медицинской сестрой своих обязанностей по обслуживанию пациентов».

На сегодняшний день, согласно определению ВОЗ: «СП – это термин, применяемый к системе характерных видов сестринского вмешательства в сфере охраны здоровья отдельных людей, их семей и/или групп населения. Конкретно, он подразумевает использование научных методов определения медико-санитарных потребностей пациента/семьи или общества и на этой основе отбор тех из них, которые могут быть наиболее эффективно удовлетворены посредством сестринского ухода. Сюда также входит планирование мер по удовлетворению данных потребностей, организации ухода и оценка результатов. Сестра в сотрудничестве с другими членами бригады здравоохранения, пользующимися уходом за пациентами или их семьями, определяет задачи, их первоочередность, вид необходимого ухода и мобилизует необходимые ресурсы. Затем она прямо или косвенно оказывает сестринскую помощь. После этого

она проводит оценку полученных результатов. Информация, полученная при оценке результатов, должна лечь в основу необходимых изменений, последующих вмешательств в аналогичных ситуациях сестринского ухода. Таким образом сестринское дело превращается в динамичный процесс собственной адаптации и совершенствования». (Среднесрочная программа ВОЗ по сестринскому делу и акушерству в Европе).

ЗНАЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сестринский процесс:

1. Определяет конкретные потребности пациента в уходе как существующие на протяжении всего хирургического процесса, так и имеющие непосредственное отношение к предоперационному, операционному и послеоперационному периодам;

2. Способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемых результатов ухода. Применительно к хирургии, приоритетными проблемами будут являться проблемы безопасности (операционной, инфекционной, социокультурной, психологической); проблемы, связанные с болью, временным или стойким нарушением функций органов и систем (с обязательным изменением схемы тела); проблемы, связанные с операционным стрессом и тревожностью; проблемы, связанные с сохранением достоинства, так как ни в одной другой области медицины пациент не оказывается столь беззащитным и уязвимым, как во время операции;

3. Прогнозирует последствия ухода, определяя сроки, тактику и возможную степень восстановления после операции;

4. Определяет план действий медицинской сестры, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей конкретной хирургической патологии;

5. С его помощью оценивается эффективность проведенной сестрой работы, профессионализм сестринского вмешательства;

6. Гарантирует качество оказания помощи, которое можно контролировать. Именно в хирургии наиболее значимо применение стандартов и алгоритмов сестринского вмешательства.

Для получения успешного результата хирургического вмешательства (быстрое восстановление в послеоперационном периоде, отсутствие осложнений во время и после операции) команда специалистов, готовящая пациента к операции, должна решить две важные задачи:

1. Обследование пациента с целью идентификации факторов, способных повлиять на течение операции и послеоперационного периода; эти факторы включают в себя общее состояние организма

и все физические и психологические аспекты, предрасполагающие к развитию осложнений.

2. Психологическую и физиологическую подготовку пациента для предстоящей хирургической травмы с целью уменьшения возможных негативных последствий вмешательства и ускорения выздоровления.

В качестве члена команды междисциплинарных специалистов, подготавливающих пациента к операции, медсестра должна уметь использовать разнообразные техники специфического сестринского вмешательства. Как и во многих других случаях, расспрос и физикальное обследование являются фундаментальными навыками. Терапевтическое общение, обучение пациента и проведение мероприятий по снижению его тревожности готовят пациента психологически. Гигиенические процедуры, введение катетеров и зондов, медикаментозная терапия относятся к физиологической подготовке. Объем подготовки будет зависеть от типа хирургического вмешательства и от предполагаемого объема самой операции.

Организационная структура сестринского процесса состоит из пяти основных этапов: сестринское обследование пациента, диагностирование его состояния (определение потребностей и выявление проблем), планирование помощи, направленной на удовлетворение выявленных потребностей (проблем), выполнение плана необходимых сестринских вмешательств и оценка полученных результатов с их коррекцией в случае необходимости.

СП используется для организации сестринской помощи (ухода), в результате чего пациент становится активным участником в индивидуализированном процессе собственного излечения.

Первый этап: ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА — текущий процесс сбора и оформления данных о состоянии здоровья пациента.

Цель обследования — собрать, обосновать и взаимосвязать полученную информацию о пациенте для того, чтобы создать информационную базу данных о нем, о его состоянии в момент обращения за помощью.

Процесс обследования начинается с момента поступления пациента в стационар и диагностики хирургических проблем. Центральная роль в процессе предоперационного обследования принадлежит медсестре. Медсестра собирает сведения во время интервью при поступлении, во время физиологического и психологического обследования, а также ассистируя врачу при тех или иных диагностических процедурах. Комбинируя данные и знание о предполагаемом хирургическом вмешательстве, медсестра подготавливает сестринский план предоперационного ухода, включающий обучение пациента, физиологическую и физическую подготовку и мероприятия по психоэмоциональной поддержке.

Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Насколько умело сестра сможет расположить пациента к необходимому разговору, настолько полноценна будет полученная ею информация.

В ходе сбора информации медицинская сестра устанавливает с пациентом партнерские терапевтические отношения:

- определяет ожидания пациента и его родственников от хирургического стационара (отделения) и персонала;
- осторожно знакомит пациента с запланированным ходом лечебного процесса, разъясняя смысл вмешательств и формируя основу для необходимого в будущем информированного согласия;
- формирует у пациента адекватную самооценку своего состояния, тактично затрагивая вопросы возможных изменений состояния здоровья и стиля жизни;
- получает информацию, которая требует дополнительной проверки (информация об инфекционных контактах, перенесенных заболеваниях, проведенных операциях и т. д.); вступает в контакт с коллегами, осуществлявшими СП на догоспитальном этапе и получает от них информацию о ходе догоспитального периода;
- устанавливает и выясняет отношение пациента и его семьи к болезни, к предполагаемым вмешательствам и ожидаемым исходам лечения; отношения «пациент – семья», «пациент – близкие люди», «пациент – общество (социум)».

Этап обследования включает в себя:

Физикальное обследование.

Сестринское предоперационное физикальное обследование преследует две важных цели:

1. Определение объективного статуса пациента;
2. Сбор базы данных для сравнения в послеоперационном периоде.

Обследование ментального статуса, выявление данных общего осмотра, оценка витальных функций, контроль АД, антропометрия производятся при поступлении пациента и мониторируются в течение всего периода предоперационной подготовки. Более детальное физикальное обследование необходимо при наличии факторов риска хирургического вмешательства.

При проведении физикального обследования хирургического пациента, особое внимание следует обратить на следующие моменты:

- Показатели гемодинамики: пульс (особое внимание на ритм и частоту – применение анестетиков), АД сидя и стоя;
- Интерпретацию данных ЭКГ и других аппаратных методов исследования;
- Определение показателей свертывающей системы крови и ее групповой принадлежности;
- Термометрию;

- Оценку паттернов дыхания, аускультацию легких, спирометрию и дыхательные пробы;
- Оценку периферического пульса, цвета и теплоты конечностей, оценку периферической и центральной венозных систем (прогнозируемая необходимость венопункций);
- Исследование неврологического статуса: сознание, ориентация, память, качество речи, парезы, параличи, гиперкинезы. При предполагаемой спинальной или перидуральной анестезии — тщательное исследование моторной и чувствительной функций конечностей;
- Исследование мягкого неба и придаточных пазух, обследование яремных вен (катетеризация центральных вен), обследование слизистой полости рта, состояние зубов (интубация);
- Форму, размер, симметричность, напряженность живота, гастроинтестинальные функции, кишечные шумы, перистальтику, наполнение толстого кишечника и желудка (послеоперационные парезы кишечника);
- Исследование выделительной способности;
- Тургор, цвет, толщину, влажность кожи;
- Оценку веса, комплекции как идентификации питательных потребностей и отправной точки для дозировки применяемых медикаментов (прежде всего анестетиков).

Психологическое обследование и эмоциональная сфера.

Психоземotionalный статус пациента чрезвычайно важен для успеха хирургического вмешательства. Подготавливая план сестринского ухода, сестра отмечает в нем уровень сознания, ментальный статус, психоземotionalное развитие. Обследуя ментальный статус, медсестра отмечает, способен ли пациент понимать инструкции, выносить словесные заключения, владеет ли навыками рациональной коммуникации.

Настроение является следующим важным критерием успешного хирургического вмешательства. Депрессия, гнев или замкнутость — признаки, которые имеют неблагоприятное диагностическое и прогностическое значение.

Перспективы хирургического вмешательства заставляют в той или иной степени тревожиться всех пациентов. Госпитализация, операция и зачастую длительное послеоперационное лечение требуют больших психоземotionalных и материальных затрат. Невозможность исполнять привычные роли в социальной, профессиональной и семейной жизни может привести к развитию синдрома хронического стресса и формированию деструктивных механизмов совладания. Этому же способствуют неизбежные нарушения схемы тела.

Во время аккуратного интервьюирования и терапевтического взаимодействия медсестра помогает пациенту обнаружить источник тревоги. Наиболее часто встречаются следующие варианты:

- боязнь умереть во время операции,
- боязнь потерять контроль над ситуацией,
- боязнь неэффективности анестезии,
- боязнь потерять контроль над своими поступками и высказываниями во время анестезии,
- незнание исхода хирургического вмешательства,
- тревога по поводу ожидаемой или существующей боли и дискомфорта,
- боязнь осложнений вследствие некачественно или неаккуратно выполненной операции.

Дополнительным фактором, способным существенно утяжелить психологические страдания пациента, может быть негативная «медицинская мифология», циркулирующая в отделениях искаженных или заведомо ложных сведений о «возможных несчастьях».

В течение всего СП, начиная с фазы обследования, медсестра стремится минимизировать проявления тревоги.

Кроме того, медсестра делает заключения о характеристиках «Я-концепции» пациента.

Профессиональный анамнез.

Наличие профессиональных вредностей, хронической интоксикации и т. д. может потребовать значительных изменений в проведении СП.

Кроме того, калечащий характер многих операций и наличие значимых физических ограничений в длительном послеоперационном периоде могут повлечь необходимость планового изменения стереотипа профессиональной деятельности, вплоть до полной смены сферы профессиональной деятельности, и даже временного или постоянного запрещения таковой (инвалидизация), что неминуемо вызовет изменение ролевой функции в социальной сфере. Все это может потребовать разработки специальных, индивидуальных программ реадaptации и реабилитации.

Привычки

Курение является серьезным фактором риска для развития послеоперационных осложнений со стороны респираторной системы.

Злоупотребление алкоголем приводит к извращенной реакции на анестетики, анальгетики, седативные препараты и др. группы. Целесообразно помнить, что пациенты склонны преуменьшать количество и частоту приема алкоголя.

Знания пациента об операции.

Хирургический пациент нуждается в понимании того, что его ожидает в хирургической клинике. Объяснение необходимости, метода, хода предстоящего вмешательства или диагностической процедуры; возможных ощущений (в том числе и неприятных) во время проведения; ожидаемых результатов; возможных альтернатив, рисков и осложнений, а также последствий возможного отказа должно производиться на понятном для пациента языке, желатель-

но без использования специальных терминов. Очень часто пациент понимает лишь часть предложенной ему информации. Наилучшим способом узнать, что и сколько понял пациент — это попросить его описать своими словами предстоящую процедуру. Этот момент важен для создания приемлемого для пациента плана обучения.

При обследовании медсестра должна быть ориентирована на специальные нужды хирургических пациентов и возможные послеоперационные осложнения.

Преыдушие заболевания могут повлиять на анестезиологическое пособие, само хирургическое вмешательство и послеоперационный период.

Переживания прошлых хирургических вмешательств могут свидетельствовать о физических и психологических ответных реакциях на те или иные процедуры и ориентировать медсестру на специальные нужды и факторы риска.

Такие пережитые опасные осложнения, как анафилаксия и злокачественная гипертермия могут потребовать профилактических мероприятий и даже специального оборудования. Сильнейшая тревога вследствие негативного опыта предыдущих хирургических вмешательств может потребовать дополнительной эмоциональной и психотерапевтической поддержки.

Понимание пациентом и его близкими сущности вмешательства

Пациент и его семья могут не отдавать полного отчета в необходимости того или иного вмешательства, что может создать этические, психологические и организационные трудности в работе медсестры хирургического отделения.

Конечным результатом первого этапа сестринского процесса является документирование полученной информации и создание базы данных о пациенте. Собранные данные записываются в сестринскую историю болезни по определенной форме. Цель сестринской истории болезни — контроль деятельности медсестры, выполнения ею плана ухода и рекомендаций врача, анализ качества оказания сестринской помощи и оценка профессионализма медсестры. И, как итог, — гарантия качества оказания помощи и ее безопасности.

Второй этап сестринского процесса —

УСТАНОВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА И ФОРМУЛИРОВКА СЕСТРИНСКОГО ДИАГНОЗА.

Поскольку у пациента в большинстве случаев несколько проблем, связанных со здоровьем, сестра не может приступить к их решению одновременно. Поэтому она рассматривает их с учетом приоритетов. Приоритеты классифицируются как первичные, промежуточные и вторичные. Проблемы пациента, оказывающие непосредственное (и даже пагубное) влияние на состояние пациента, обусловленные его заболеванием, обладают первичным приоритетом. Проблемы пациента с промежуточным приоритетом не связа-

ны с экстремальными или опасными для жизни ситуациями, наступающими в связи с заболеванием. Проблемы вторичного приоритета – потребности пациента, которые не имеют прямого отношения к заболеванию или прогнозу (Гордон, 1987).

Американская ассоциация медицинских сестер дала следующее определение деятельности медсестры:

«Деятельность медсестры представляет собой установление сестринского диагноза и осуществление лечения реакций человека на фактически существующие или возможные проблемы, связанные со здоровьем» (1980 год). Диагноз медицинской сестры – неотъемлемая часть ее деятельности, компонент аналитической ступени.

«Сестринский диагноз – состояние здоровья пациента (нынешнее или потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны сестры» (Карлсон, Крафт, Макгюре, 1982). В хирургической практике встречаются практически все те же сестринские диагнозы, что и в других областях медицины. Однако существующие или потенциальные проблемы, связанные с тяжелым соматическим состоянием, и проблемы психологического генеза будут доминировать.

Третий этап сестринского процесса:

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ.

План ухода координирует работу сестринской бригады, сестринский уход, обеспечивает его преемственность, помогает поддерживать связи с другими специалистами и службами, что особенно важно в операционном и послеоперационном периоде, а также после выписки хирургического пациента из стационара. План должен обязательно предусматривать участие пациента и его семьи в процессе ухода. Он включает критерии оценки ухода и ожидаемых результатов.

Четвертый этап сестринского процесса –

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПЛАНА СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

Цель этого этапа: обеспечение соответствующего ухода за пациентом; обучение и консультирование пациента и членов его семьи (близких ему людей).

Независимое сестринское вмешательство в хирургической практике будет, прежде всего, направлено на обучение пациента и консультирование его и членов его семьи по поводу режима, а также на вопросы психологической поддержки и, при необходимости, психокоррекции пациента и его близких.

Зависимое сестринское вмешательство, как и в других областях медицины, в хирургии выполняется на основании предписаний врача и под его наблюдением. Оно требует не только общемедицинских знаний и умелого выполнения обычных процедур, но и приобретения и совершенствования специальных знаний и навыков, специ-

фичных для специализированных отраслей хирургии (операционная сестра, анестезистка, сестра отделения интенсивной терапии).

Взаимозависимое сестринское вмешательство осуществляется медсестрой во взаимодействии с другими членами междисциплинарной бригады. Моральный климат, слаженность действий, равноправность (в рамках профессиональной компетентности) всех членов бригады в хирургической практике чрезвычайно важны, так как от эффективности ее работы часто зависит не только здоровье пациента, но и его жизнь.

Проводя четвертый этап сестринского процесса, медсестра осуществляет динамический контроль за реакциями пациента на назначения врача, обязательно фиксируя все полученные данные. Динамический мониторинг во время операционного и послеоперационного периода требует от хирургической медсестры высокого профессионализма, навыков работы со сложными электронными приборами, честности и умения принимать правильные решения в условиях дефицита времени и необходимости анализа большого количества параметров. Медсестра также контролирует и документирует реакции пациента на выполнение сестринских действий по уходу. Поскольку ведение пациента в стационарной хирургической практике производится не только разными сестрами одного отделения, но и сестрами различных служб (оперблок, отделение реанимации) преемственность играет очень важную роль в оказании качественного, эффективного и безопасного для пациента ухода. Отсюда проистекают повышенные требования к четкости, своевременности и полноте ведения документации.

Заключительный этап сестринского процесса — ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ.

Цель этого этапа: оценка реакций пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов. Особенностью данного этапа сестринского процесса в хирургии является то, что оценка частично проводится без участия пациента. Это относится, прежде всего, к сестринскому процессу в операционном периоде при применении общей анестезии, а также к раннему послеоперационному периоду. Отсюда проистекают повышенные требования к стандартизации ухода и ведению документации.

Важная роль в оценке эффективности и качества ухода отводится взаимодействию старших сестер различных отделений. Целесообразным представляется введение должности сестры-координатора, оценивающей сестринский процесс на всех этапах ведения хирургического пациента. Как и в других областях медицины, в хирургии планы сестринских мероприятий могут пересматриваться, прерываться либо кардинально меняться в зависимости от состояния пациента, достижения или недостижения поставленных целей и особенностей лечебного процесса.

Организация сестринского процесса в предоперационном периоде

Факторы риска хирургического пациента.

Основное заболевание, требующее планового хирургического вмешательства, обычно детально исследуется на амбулаторном этапе. При исследовании пациента в предоперационном периоде основное внимание уделяется состоянию жизненно важных систем органов и оценке факторов риска. Риск хирургического вмешательства возрастает в зависимости от целого ряда факторов и условий, знание которых позволяет медсестре вносить необходимые изменения в план работы. (См. таблицу № 1) – Патологии, увеличивающие степень риска хирургического вмешательства.

Возраст. Особому риску хирургического вмешательства подвергаются дети, пациенты пожилого и старческого возраста из-за незрелости функциональных систем организма или возрастных деструктивных изменений.

У детей важным показателем является температура тела, которая должна постоянно поддерживаться в нормальных пределах. Это связано с тем, что у детей отношение площади поверхности тела к массе существенно больше, чем у взрослых; кроме того, у них менее выражен жировой слой. Все это приводит к высокому риску термических повреждений, в том числе переохлаждения во время операции. Анестетики, используемые во время операции, не только являются вазодилататорами, но и подавляют дрожание, которое служит естественным физиологическим механизмом, поддерживающим нормальную терморегуляцию. Во время хирургического вмешательства, детский организм может испытывать трудности в поддержании ОЦК. Даже малая потеря крови для ребенка может быть весьма опасной и приводить к дегидратации и к гипоксии тканей. Особую важность приобретает мониторинг баланса потери/получения жидкости, т. к. быстрое введение объемов жидкости может привести к гиперволемии.

У пациентов пожилого возраста поддержание баланса жидкости может быть затруднено из-за часто присутствующей почечной и сердечной патологии. Для пожилых пациентов важным является снижение возможности противостоять стрессу. Несмотря на все описанные риски большинство пациентов, подвергающихся хирургическому вмешательству – это люди пожилого возраста. (См. таблицу № 2) – Физиологические факторы, увеличивающие степень риска хирургического вмешательства для пожилых пациентов.

Питание. Нормальный процесс заживления операционной раны и возможность противостоять тем или иным инфекциям в большой степени зависит от правильности, сбалансированности и достаточ-

ности питания. Особого внимания требуют истощенные пациенты. Чаще всего истощение — результат длительного хронического заболевания, поэтому полное восстановление питательного статуса в предоперационном периоде невозможно. Существенно улучшить состояние пациента перед операцией позволяет дополнительное питание продуктами с высокой энергетической ценностью и увеличенным содержанием белка. Частым вариантом является назначе-

Таблица № 1

Патологии, увеличивающие степень риска хирургического вмешательства

Вид патологии	Причины риска
Нарушения свертывающей системы (тромбоцитопения, лейкемия, депрессия красного костного мозга после радиотерапии)	Повышают риск кровотечения во время и после операции (Murgej, 1992)
Заболевания сердца («свежий» ОИМ, аритмии, сердечная недостаточность)	Стресс от хирургического вмешательства приводит к возрастанию потребности миокарда в кислороде для поддержания адекватного сердечного выброса; повышается риск несостоятельности венечных сосудов (Detsky, 1986)
Хронические респираторные заболевания (эмфизема, бронхит, астма)	Повышается риск гиповентиляции и спазма бронхов или гортани; снижается способность пациента компенсаторно поддерживать КЩР (Boysen, 1992)
Декомпенсированный диабет	Снижается сопротивляемость к инфекции, ухудшается заживление раны за счет нарушения метаболизма глюкозы и нарушения микроциркуляции, высокий или низкий сахар крови может привести к ухудшению деятельности ЦНС во время хирургического вмешательства (включая ОНМК). (Sieber and Tound, 1989)
Заболевания печени	Извращается метаболизм и элиминация лекарств, назначаемых во время проведения хирургического пособия. Возникает недостаточность функции печени в послеоперационном периоде
Заболевания почек	Возрастает риск смерти, вызванной кровотечением, нарушениями со стороны ССС; предрасполагают к гиповентиляции, изменениям АД, дисбалансу жидкости и электролитов, развитию инфекционных осложнений. (Pinson et al, 1986)
Нескорректированная гипертензия	Повышается риск гипотензии во время операции, что может повлечь за собой повреждения сердца и почек (Hulyalkar and Miller, 1992)
Респираторная инфекция в течение последних 4 недель	Повышается риск бронхоспазма, ларингоспазма, гиповентиляции (Hinkle, 1989)

Физиологические факторы, увеличивающие степень риска хирургического вмешательства для пожилых пациентов

Возрастные особенности	Риски	Сестринские вмешательства
<i>Сердечно-сосудистая система</i>		
Дегенеративные изменения миокарда и клапанов	Приводит к функциональной несостоятельности	Оценивать витальные функции. Принимать участие в экстренных действиях при выходе параметров за установленные пределы
Ригидность стенок артерий и ухудшение симпатической и парасимпатической иннервации сердца	Предрасполагающий фактор для послеоперационных кровотечений и подъема систолического и диастолического АД	МС обучает пациента специальным физическим упражнениям для ног и правильной смене положения в постели
Повышение количества кальция и холестерина в артериолах. Истончение артериальных стенок	Предрасполагающий фактор к тромбозу сосудов нижних конечностей	
<i>Дыхательная система</i>		
Ригидность грудной клетки. Уменьшение грудной клетки в размерах	Снижение ЖЕЛ	МС обучает пациента правильным техникам дыхательных упражнений, кашля
Уменьшение экскурсии диафрагмы	Повышение остаточного объема легких и снижение за счет этого количества кислорода, поступающего при дыхании	
Ригидность ткани легкого. Образование обширных воздушных полостей	Ухудшение оксигенации крови	
<i>Мочевыделительная система</i>		
Снижение почечного кровотока	Возрастает опасность шока в случае кровопотери	МС мониторит диурез постоянно
Снижение уровня клубочковой фильтрации и времени экскреции	Ограничивается возможность выведения лекарственных препаратов и токсинов из организма	
Уменьшение емкости мочевого пузыря	Возрастает частота опорожнения мочевого пузыря. Большое количество мочи остается в мочевом пузыре после опорожнения	

Возрастные особенности	Риски	Сестринские вмешательства
<i>Нервная система</i>		
Сенсорная депривация, включающая снижение тактильной чувствительности и повышение толерантности к боли	Пациент менее способен обратить внимание на ранние предупреждающие симптомы хирургических осложнений	МС ориентирует пациента на окружающую обстановку. МС обращает повышенное внимание на невербальные знаки боли
Увеличение времени реакции	Пациент с трудом приходит в себя после анестезии.	
<i>Система гуморального метаболизма</i>		
Снижение уровня метаболизма в преморбиде	Понижение общего уровня потребления кислорода	
Снижено количество эритроцитов и гемоглобина	Снижение возможности транспорта кислорода к тканям	Назначение необходимых препаратов крови. Рациональная оксигенотерапия
Изменения в общем количестве калия плазмы крови в ОЦК	Возрастание риска водно-электролитного дисбаланса	Непрерывный мониторинг и коррекция дисбаланса

ние питательных смесей, вводимых в организм через зонд. Некоторым категориям пациентов назначается полное парентеральное питание. Это необходимо в случаях, когда прием пищи через рот нежелателен или невозможен. Поэтому показаниями к его назначению являются следующие:

- Предоперационная подготовка больных после голодания (потеря веса более 10% за полгода);
- Все состояния, сопровождающиеся нарушениями всасывания питательных веществ в ЖКТ: профузный понос, неукротимая рвота, острый панкреатит и др.;
- Лечение пациентов с гиперкатаболическими состояниями: инфекционные заболевания, сепсис, тяжелые травмы и ожоги;
- Лечение кишечного свища и длительной (механической и паралитической) непроходимости кишечника;
- Консервативное лечение хронических воспалительных заболеваний кишечника (болезнь Крона, язвенный колит);
- Применение у пациентов, неспособных удовлетворять пищевые потребности *per os*: непроходимость пищеварительного тракта, синдром короткой кишки (в результате резекции тонкого кишечника);

- Химиотерапия (высокие дозы противоопухолевых препаратов) и лучевая терапия онкозаболеваний у истощенных больных (лучевой энтерит).

Особое внимание обращается на авитаминоз и гиповитаминоз, прежде всего витаминов группы В, витамина С (нормализуют обмен веществ, способствуют заживлению ран) и витамина К (участвует в синтезе ряда факторов свертывания), а также на дефицит микроэлементов (может привести к нарушению толерантности к глюкозе, плохому заживлению раневой поверхности).

В случаях экстренных и плановых операций, питание может быть с легкостью сбалансировано до операции. В случаях экстренных операций, все усилия по нормализации питания прикладываются в послеоперационном периоде.

Ожирение. Значительно увеличивает риск оперативного вмешательства. Для тучных пациентов обычны нарушения дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Они испытывают трудности в поддержании нормальной жизненной активности. Избыточный вес является предрасполагающим фактором для развития пролежней после операции. Обычно у этих пациентов заживление раневой поверхности замедлено и часто развивается ее инфицирование, что связано с низким фактором гуморального иммунитета в жировой ткани. Особенности жировой ткани приводят к тому, что необходимые для заживления раны ферменты, питательные вещества и антитела медленнее транспортируются к раневой поверхности. Риском является и то, что увеличенный жировой слой затрудняет ушивание раны и дальнейшие процедуры перевязок. У тучных пациентов высок риск расхождения швов.

Радиотерапия. Очень часто используется до хирургического вмешательства у онкологических пациентов с целью уменьшения размера опухоли. Радиационное облучение приводит к нежелательным последствиям для кожных покровов, которых невозможно избежать — утончению кожных покровов, деструкции коллагена, повреждению васкуляризации тканей. В идеальном случае, радиотерапия отменяется за 4–6 недель до операции. В противном случае пациент столкнется с серьезными проблемами в послеоперационном периоде, связанными с заживлением раны.

Баланс жидкости и электролитов. Любое хирургическое вмешательство является травмой для организма. Ответом адренокортикальной системы на стресс является задержка натрия и воды при одновременной потере калия в последующие 2–5 дней после операции. Потеря белков плазмы крови приводит к отрицательному азотистому балансу. Тяжесть нарушения баланса жидкости и электролитов зависит от степени серьезности стресса. Пациент в гиповолемии, с серьезными электролитными нарушениями подвергает-

ся серьезнейшему риску во время и после операции Избыток или снижение натрия и калия приводит к развитию риска аритмий. Причиной обезвоживания и дефицита электролитов нередко являются: парентеральное питание, терапия диуретиками, подготовка кишечника к хирургическому вмешательству, потери жидкости через ЖКТ, секвестрация жидкости в «третье пространство». При наличии почечной, гастроинтестинальной и кардиоваскулярной недостаточности, а также сахарного диабета риск оперативного вмешательства чрезвычайно возрастает.

Свертывающая система крови. Ведущей причиной тромбообразования являются нарушения свертывающей системы, повреждение сосудистой стенки, водно-электролитный дисбаланс, влияние лекарственных веществ (кортикостероиды, антикоагулянты) и анестетиков, гипоксия, кровопотеря. Риск оперативного вмешательства велик у пациентов, имеющих в анамнезе тромбозы, эмболии, заболевания, осложнения после прерывания беременности, нарушения жирового обмена, варикозное расширение вен, злокачественные новообразования, принимающих оральные контрацептивы, у пациентов преклонного возраста.

Для оценки риска часто используется схема Доманига. См. таблицу № 3. Сумма баллов, равная или превышающая 11, говорит об опасности тромбоза. Для специфической профилактики тромбо-

Таблица № 3

Схема Доманига

Факторы, оказывающие влияние на свертывающую систему	Оценка в баллах	Факторы, оказывающие влияние на свертывающую систему	Оценка в баллах
Возраст, годы:		Тяжесть заболевания:	
20—50	2	Легкое	1
51—90	3	Средней тяжести	2
Пол:		Тяжелое	3
Мужской	1	Варикозное расширение вен	2
Женский	2	Вид операции:	
Конституция:		Абдоминальная	1
Астеническая	1	Торакальная	2
Нормостеническая	2		
Адипозная	3		

емблических осложнений назначают подкожные инъекции гепарина (по 5 000 ед каждые 12 часов). Любым пациентам необходимо проводить мероприятия по неспецифической профилактике тромбобразования. Важным моментом является скрининг свертывающей системы крови.

Госпитальная инфекция. Риск госпитальной инфекции существует всегда, даже при тщательном соблюдении мер инфекционной безопасности. Организм пациента, ослабленный воздействием стресса операционной травмы, обладает пониженной резистентностью к инфекционным агентам. Предрасполагающие факторы:

- сахарный диабет,
- злокачественные новообразования,
- предшествующие инфекционные заболевания,
- снижение/увеличение массы тела,
- авитаминоз,
- анемия,
- применение цитостатиков и кортикостероидов,
- радиотерапия,
- длительное пребывание в стационаре до операции,
- инструментальные методы исследования,
- ошибки антибиотикотерапии.

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

I этап. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Сбор субъективных данных.

Если пациент не в состоянии отвечать на вопросы, то медсестра может проинтервьюировать его родственников. Алгоритм ее действий следующий:

- Прежде всего, медсестра определяет наличие боли, дискомфорта или изменений функций органов у пациента в связи с наличием заболевания. Это необходимо для идентификации дискомфорта. Если пациент испытывает неудобства, медсестра должна по возможности их устранить для продолжения расспроса, с тем, чтобы пациент мог в полной мере участвовать в диалоге.
- С целью определения информированности пациента о своем заболевании, медсестра расспрашивает его о причине хирургического вмешательства, о длительности существования заболевания.
- Медсестра расспрашивает пациента о наличии других, не связанных с хирургическим заболеванием, проблем со здоровьем и перенесенных заболеваниях. Это позволяет уточнить историю болезни и в последующем более корректно составить план сестринского ухода.

- Медсестра уточняет, когда и какие хирургические болезни пациент перенес в прошлом, наличие осложнений и другие проблем, связанных с предыдущими хирургическими вмешательствами. Это необходимо для уточнения хирургического анамнеза, а также ориентирует медсестру на потенциальные проблемы пациента.
- Медсестра тщательно собирает аллергологический анамнез так как возможные пищевые и медикаментозные аллергены могут ухудшить исход хирургического вмешательства.
- Медсестра уточняет, какие лекарственные препараты принимает пациент, включая аспирин, оральные контрацептивы и другие лекарства, отпускаемые без рецепта. Это, с одной стороны, идентифицирует потребность в дальнейшей лекарственной терапии, с другой – возможные осложнения во время операции (при даче анестезиологического пособия) и послеоперационного периода.
- Медсестра выясняет у пациента, принимает ли он лекарственные вещества с целью решения проблем, не связанных с лечением заболеваний. Это предупреждает медсестру о возможности лекарственной зависимости и возможных осложнениях и проблемах, связанных с анальгезией.
- Медсестра расспрашивает пациента о его питании, характере пищи, калорийности, качестве и количестве пищи, о пищевых привычках и пристрастиях, уточняет, находится ли пациент на специальной диете и с какой целью, а также иные моменты, связанные с религиозными, социальными и культуральными особенностями приема пищи конкретным человеком. Целью является облегчение адаптации пациента к условиям стационара, определение для пациента и членов его семьи приемлемых и предпочтительных продуктов для употребления в связи с наличием того или иного заболевания. Может потребоваться консультация диетолога.
- Медсестра расспрашивает пациента о курении, и если пациент курит, то какое количество сигарет в день. Уточняет анамнез курения. Эта информация необходима для идентификации риска развития респираторных осложнений. Кроме того, заядлым курильщикам предстоят дополнительные диагностические процедуры (анализ газов крови, исследования функций внешнего дыхания).
- Медсестра расспрашивает пациента о приеме алкоголя, о его частоте и количестве. Это делается для выявления возможных заболеваний печени, в случае алкоголизма. Кроме того, у злоупотребляющих алкоголем возможны проблемы с анальгезией в послеоперационном периоде.

- Медсестра отмечает наличие протезов: протезов конечностей, зубных протезов, контактных линз, так как перед операцией их будет необходимо снять.
- Медсестра отмечает все имеющиеся дисфункции (мышечная слабость, потеря слуха, снижение остроты зрения). Это делается для идентификации существующих проблем и уточнения плана ухода и обучения пациента. Если эти вопросы не прояснены, то послеоперационные осложнения могут быть не выявлены.
- Медсестра просит пациента рассказать о том, как он понимает хирургическое вмешательство, тем самым выявляя ключевые моменты для обсуждения во время обучения. Неправильная информация должна быть скорректирована, неполная — дополнена.
- Медсестра спрашивает пациента о его взаимоотношениях с родственниками (партнер, родители, дети, другие родственники). Идентификация тех, кто может быть включен в процесс обучения, а также к кому обращаться в экстренном случае.
- Медсестра уточняет, с кем пациент проживает дома. Идентификация человека, который может оказать поддержку в послеоперационном периоде.
- Медсестра предлагает пациенту встретиться с адвокатом и уладить возможные юридические проблемы, а также осуществить волеизъявление.
- Медсестра выясняет у пациента религиозную конфессию, к которой он, возможно, принадлежит. Идентификация еще одного возможного источника поддержки. Целесообразно узнать о желании пациента встретиться со священником. В случае высказывания такого пожелания медсестра связывается с религиозной организацией и организует такую встречу.

При сборе объективных данных:

- Медсестра выявляет симптомы возможной тревожности пациента, исследует, насколько он ориентируется в окружающей обстановке, тем самым устанавливая уровень сознания.
- Медсестра следит за тем, как говорит пациент (наличие/отсутствие внятной речи и заикания). Она должна убедиться, что он способен на вербальное выражение своих чувств.
- Медсестра устанавливает у пациента возможность реагировать на вопросы, заданные нормальным тоном голоса. Идентификация нормального слуха. В случае нарушений слуха придется использовать альтернативные методики обучения.

- Медсестра устанавливает у пациента возможность реагировать на вопросы, когда лица спрашивающего он не видит. Идентификация потери слуха, скомпенсированной умением читать по губам.
- Медсестра устанавливает у пациента возможность реагировать на жесты. Установление степени остроты зрения.
- Медсестра отмечает готовность пациента к обучению. Это необходимо для успешности обучения.
- С целью установления базовых параметров для дальнейшего сравнения медсестра измеряет и регистрирует витальные функции пациента. В случае повышения температуры необходимо немедленно поставить об этом в известность хирурга. Речь идет о возможном наличии инфекции и возрастании риска хирургического вмешательства. (См. таблицу № 4) – «Предоперационное физикальное обследование».
- Медсестра измеряет и документирует антропометрические показатели с целью установления базовых параметров для дальнейшего сравнения.
- Медсестра отмечает возможные нарушения моторной деятельности (мышечная слабость, параличи и парезы, невозможность самостоятельно передвигаться). Это важная информация для плана сестринского ухода и постоперативного обследования.
- Медсестра выявляет мрачные предчувствия, неуверенность, страх или беспокойство, что проявляется нервозностью, паникой, тревожностью, напряжением лицевой мускулатуры и мускулатуры тела, тремором конечностей, учащением дыхания. Медсестра отмечает у пациента поведенческие реакции, указывающие на уровень тревожности: постукивание пальцами по столу, курение сигарет, стереотипные движения, заикание или быстрая речь. Это позволит ей идентифицировать наличие и уровень тревоги.

II этап. УСТАНОВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА И ФОРМУЛИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДИАГНОЗА

Если пациент не может говорить внятно, заикается или демонстрирует трудности с вербальным выражением своих чувств, то сестринский диагноз будет звучать как **НАРУШЕННАЯ ВЕРБАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ**.

Если у пациента имеется нарушение слуха или остроты зрения, то сестринский диагноз будет звучать как **ИЗМЕНЕНИЕ ВОСПРИЯТИЯ: ЗРИТЕЛЬНОГО ИЛИ СЛУХОВОГО**.

Если пациент имеет спутанное сознание, дезориентирован или находится в коме, то сестринский диагноз будет звучать как **ИЗМЕНЕННЫЕ МЫСЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ**.

Предоперационное физикальное обследование

Системы	Наблюдения, тесты, процедуры
Сердечно-сосудистая	Подсчет пульса и его характеристика; тоны сердца. Артериальное давление. Электрокардиограмма (если у пациента в анамнезе заболевание сердца или он старше 35 лет). Периферический пульс, цвет кожных покровов и тактильная чувствительность. Электролиты плазмы крови
Респираторная	Частота и характеристика дыхания, аускультация легких. Рентген легких. Газы артериальной крови (если у пациента в анамнезе респираторные заболевания). Функциональные тесты (если в анамнезе – курение или заболевания респираторной системы)
Кровеносная	Клинический анализ крови (включая гематокрит). Группа крови, Rh-фактор. Протромбиновое время (в анамнезе эпизоды кровотечений или терапия антикоагулянтами)
Мочевыделительная	Анализ мочи. Остаточный азот. Уровень креатинина крови. Оценка диуреза
Иммунологическая	Температура тела. Лейкоцитарная формула
Пищеварительная	Объем потребляемой жидкости. Исследования функции печени
Метаболизм	Вес. Сахар крови
Кожа	Целостность, тургор

Если пациент демонстрирует мрачные предчувствия, неуверенность, страх или беспокойство, или у него отмечается возбужленность, повышенная потливость, тремор конечностей или дрожь, если он неуверенно оглядывается вокруг, то сестринский диагноз будет звучать как **ТРЕВОГА, ИМЕЮЩАЯ ОТНОШЕНИЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ИЛИ СВЯЗАННАЯ С ДЕФИЦИТОМ ЗНАНИЙ.**

Поскольку пациент будет подвергаться хирургическому вмешательству, то сестринский диагноз будет звучать как **ВЫСОКИЙ РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ, СВЯЗАННЫЙ С ИНВАЗИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ.**

Если пациент получает седативные препараты в предоперационном периоде, то сестринский диагноз будет звучать как **ВЫСОКИЙ РИСК ПОВРЕЖДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЙ С НАРУШЕНИЕМ СЕНСОРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ.**

Если пациент будет подвергаться хирургическому вмешательству по поводу ампутации или резекции органа, то сестринский диагноз будет звучать как **РЕАКЦИЯ ГОРЯ, СВЯЗАННАЯ С НАРУШЕНИЕМ СХЕМЫ ТЕЛА.**

Если пациент демонстрирует неуверенность в возможности поддерживать привычные социальные связи, проявляет признаки аутизма, отказывается от получения информации, избегает свиданий с близкими, друзьями и коллегами, то сестринский диагноз будет звучать как **НАРУШЕНИЕ РОЛЕВОЙ ФУНКЦИИ.**

Если пациент выражает беспокойство по поводу возвращения домой или его семья не проявляет интереса к его состоянию, не навещает его или визиты носят формальный характер, если члены семьи отказываются от обучения и/или участия в лечебном процессе или в противоположность этому проявляют повышенное беспокойство, демонстрируя его пациенту, или заведомо уверены в неблагоприятном исходе хирургического вмешательства, то сестринский диагноз будет звучать как **НЕЭФФЕКТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ В СЕМЬЕ.**

Если пациент демонстрирует защитные формы поведения и данные подтверждаются физиологическими, эмоциональными и духовными показателями стресса, то сестринский диагноз будет звучать как **ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ НЕЭФФЕКТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ.**

Если пациент демонстрирует неуверенность в своем решении подвергнуться хирургическому вмешательству, то сестринский диагноз будет звучать как **КОНФЛИКТ ВЫБОРА (РЕШЕНИЯ).**

Если пациент (или члены его семьи) не может своими словами описать предстоящее хирургическое вмешательство, его последст-

вия, послеоперационный прогноз и другие аспекты, связанные с хирургическим вмешательством, или описывает вышесказанное искаженно или неуверенно, то сестринский диагноз будет звучать как **ДЕФИЦИТ ЗНАНИЙ**.

Если пациент имеет проблемы (связанные с хирургическим заболеванием или с иной сопутствующей патологией), препятствующие адекватному самообслуживанию, то сестринский диагноз будет звучать как **БЕСПОМОЩНОСТЬ**.

Если пациент имеет проблемы, связанные с иной нехирургической сопутствующей патологией, то эти проблемы обязательно учитываются при составлении плана сестринского ухода. Особую значимость, связанную с предстоящим анестезиологическим пособием, имеет следующая тетрада:

Дефицит объема жидкости (и высокий риск), проявляемый признаками обезвоживания.

Измененное питание: ожирение/дистрофия, подтверждаемое изменением ростовесовых индексов.

Высокий риск аллергических реакций, подтверждаемый аллергологическим анамнезом и результатами аллергологических проб и тестов.

Нарушенный газообмен, подтверждаемый субъективными жалобами, физикальным обследованием, лабораторными данными.

III этап. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

Идентификация ожидаемых результатов следующая:

- Пациент понимает причины вмешательства, процедуру и ожидаемые исходы хирургического вмешательства, что подтверждается возможностью правильно объяснить все это;
- пациент способен совладать с чувством тревожности, что подтверждается субъективным ощущением комфорта, уменьшением/исчезновением деструктивных механизмов совладания со стрессом и возможностью самостоятельно спать без ночных пробуждений и иных нарушений сна;
- пациент понимает необходимость послеоперационной дыхательной физиотерапии и упражнений ЛФК, что подтверждается возможностью рассказать об этом;
- пациент в состоянии продемонстрировать дыхательные упражнения и упражнения ЛФК;
- кожные покровы пациента подвергались гигиенической обработке не ранее чем за 12 часов до хирургического вмешательства или иначе, согласно внутренним инструкциям стационара или особенностям операции;
- пациент выдерживает предписанное голодание и ограничение жидкости в течение последних 8 часов перед операцией, что подтверждается наблюдениями медсестры;

- пациент получил необходимую премедикацию в назначенное врачом время;
- пациент получил все необходимые медикаменты, и были проведены все предоперационные исследования, назначенные врачом, что подтверждается соответствующими записями в истории болезни;
- пациент или лица его заменяющие дали письменное информированное согласие на вмешательство.

IV этап. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПЛАНА СЕСТРИНСКИХ ВМЕЩАТЕЛЬСТВ

I. Обучение пациента и членов его семьи.

II. Подготовка пациента накануне операции (если пациент госпитализирован в плановом порядке или операция не является экстренной). (См. таблицу № 5) — «Предоперационная физиологическая подготовка».

1. С целью согласования и утверждения плана предоперационной подготовки медсестра должна проконсультироваться с лечащим врачом и получить необходимые назначения.

2. Медсестра согласовывает с пациентом удобное для него время предоперационных процедур.

3. Медсестра предлагает пациенту провести время с близкими для упорядочивания межличностных отношений и получения психологической поддержки. Это также может послужить возможному снижению тревожности.

Таблица № 5

Предоперационная физиологическая подготовка

Системы тела	Вмешательства	Цели
Кожа	Применение антисептического мыла. Обработка будущего оперативного поля (мытьё щетками); бритьё	Снижение количества микроорганизмов на поверхности кожи, уменьшение контаминации операционной раны
Пищеварительная	Запрет приема пищи и жидкости за 8 часов до анестезии	Предупредить рвоту во время вмешательства, способную повлечь аспирацию рвотными массами и аспирационную пневмонию в последующем
	Подготовка кишечника: слабительные. Продолжительная предоперационная диета. Предоперационная антибиотикотерапия	Удаление каловых масс и газов из кишечника с целью предотвращения возможной контаминации стерильного операционного поля. При хирургическом вмешательстве на ЖКТ подготовка расширяется
	Постановка назогастрального зонда	Декомпрессия желудка и удаление его содержимого при операциях на ЖКТ
Нервная	Предоперационная седатация	Расслабление тела, подготовка к анестезии, оптимизация психоэмоционального статуса

4. После окончания свидания медсестра проделывает все необходимые приготовления, согласно плану подготовки:

- сверяется с листом назначений перед каждой процедурой,
- подготавливает кишечник,
- подготавливает операционное поле.

5. Медсестра поощряет высказывания пациента о предстоящей операции. Это помогает ей оценивать уровень тревожности пациента, а также, возможно, снизить тревожность.

6. Медсестра должна дополнительно уточнить объем знаний пациента о предстоящей операции; спросить, имеет ли пациент какие-то вопросы, и при необходимости ответить на них. Уточнение и прояснение вопросов пациента также служит снижению тревожности.

7. С целью создания и поддержания психотерапевтической среды медсестра демонстрирует эмпатию и чувство поддержки при всех проявлениях тревожности или страха у пациента.

8. Медсестра контролирует проведение гигиенических процедур и при необходимости помогает пациенту. Гигиенические процедуры способствуют снижению бактериального обсеменения кожи и тем самым уменьшают вероятность возникновения раневой инфекции.

9. Медсестра постоянно контролирует возможное нарастание уровня тревожности.

10. Медсестра выполняет все медикаментозные назначения в соответствующее время, согласно плану предоперационной подготовки.

11. Медсестра должна создать комфортную обстановку в палате, согласно лечебно-охранительному режиму отделения, с тем чтобы способствовать отдыху и релаксации пациента

III. Подготовка операционного поля. (См. таблицу № 6) — «Подготовка кожных покровов».

1. Медсестра должна проконсультироваться с врачом и уточнить область оперативного поля для подтверждения правильности подготовки.

2. Медсестра объясняет смысл процедур пациенту, добивается понимания. Объяснение поможет кооперации и снизит тревожность.

3. Медсестра обеспечивает конфиденциальность процедуры.

4. Техника манипуляции:

- Тщательно помыть руки.
- Подстелить дополнительную простынь.
- Положить пациента таким образом, чтобы поверхность была доступна для процедуры.
- Добиться достаточной освещенности.
- Надеть стерильные перчатки.
- Пропитать губку антисептическим раствором.
- Протереть губкой обрабатываемую поверхность круговыми движениями от центра к периферии.

Подготовка кожных покровов к хирургическому вмешательству

Область подготовки	Область бритья	Тип хирургического вмешательства
Брюшная стенка и бедра	От уровня сосков до середины бедра: вся лобковая область	Разрезы брюшной полости ниже бедра
Брюшная стенка	От 2-го межреберья до начала бедер, вся лобковая область	Вмешательство на брюшной полости выше пупка
Шейный отдел позвоночника	На 2,5 см выше наружного затылочного выступа до среднепоясничной области и латеральных отделов боковых поверхностей грудной клетки	Хирургия шейного отдела позвоночника
Грудной и поясничный отделы позвоночника	От линии волос до ягодичной складки и латеральные отделы боковых поверхностей грудной клетки	Хирургия задней поверхности грудной клетки и поясничной области
Область почек	От линии, отстоящей на 5 см от средней линии живота, в сторону, противоположную вмешательству, до линии, отстоящей на 5 см от остистых отростков позвоночника, в сторону, противоположную вмешательству. От уровня сосков до лобка	Хирургия почек и уретры
Грудная клетка	От среднеключичной линии на стороне, противоположной вмешательству, до остистых отростков. От надплечья до пупка. Плечо на пораженной стороне до локтевого сустава	Хирургия грудной клетки и легких
Туловище	От подбородка до середины бедра, обе подмышечные области, верхние конечности до локтевого сустава	Операции на сердце
Промежность	От пупка по внутренней поверхности бедра до колен	Хирургия прямой кишки, влагалища, простаты и других тазовых органов с оперативным доступом через промежность

- С целью снижения концентрации загрязняющего агента на поверхности губки выжимать губку после каждого протирания.
- Натягивая кожу свободной рукой, сбривать волосы с поверхности кожи от центра к периферии, учитывая направление роста волос. Это поможет предотвратить порезы и присоединение инфекции.
- Использовать одноразовые лезвия, меняя их по мере необходимости (предотвращение порезов).
- После окончания бритья снова протереть губкой с антисептиком обрабатываемую поверхность от центра к периферии, выжимая губку после каждого протирания.
- Обмыть поверхность кожи чистой теплой водой и протереть стерильным полотенцем.
- Утилизировать использованные перчатки, лезвия и волосы, согласно действующим правилам утилизации медицинских отходов (инфекционная безопасность).
- Снять дополнительную простынь с постели, помочь пациенту надеть чистую одежду.
- Вымыть руки.

IV. Подготовка пациента непосредственно перед операцией.

1. Медсестра консультируется с врачом по поводу предоперационных назначений с тем, чтобы удостовериться, что назначения выполнены в полном объеме.

2. Медсестра просматривает историю болезни с целью подтверждения того, что вся значимая информация зафиксирована:

- Данные врачебного обследования.
- Сестринская документация.
- Данные анализов крови и мочи.
- Групповая и Rh-совместимость крови.
- Rn-граммы и ЭКГ.
- Необходимые диагностические тесты.
- Лист назначений.
- Данные аллергологического анамнеза.

3. Медсестра подтверждает наличие письменного информированного согласия пациента на оперативное вмешательство с целью юридической защиты пациента, врача, медицинского учреждения.

4. Идентификация пациента.

5. Мониторинг и документирование витальных функций.

6. Медсестра инструктирует пациента снять весь макияж и лак с ногтей, при необходимости оказать помощь. Макияж не позволяет оценить истинный цвет кожи, что может затруднить оценку газообмена (цианоз).

7. Медсестра предоставляет пациенту свежее белье.

8. Медсестра просит пациента снять все драгоценности и передает их родственникам или сдает под охрану. Если пациент не

может снять кольцо с пальца, заклеивает его лейкопластырем, так как металлические драгоценности повышают риск поражения электрическим током в операционной. Помещение драгоценностей под охрану предотвращает потерю или кражу.

9. Медсестра контролирует возможное нарастание уровня тревожности; при необходимости отвечает на вопросы. Тем самым она проводит подготовку сотрудничества после операции.

10. При необходимости вводится назогастральный зонд, устанавливаются периферический и мочевого катетеры. Эти процедуры способствуют оптимальному физиологическому функционированию во время операции. Они могут быть сделаны и после начала анестезии.

Перед премедикацией

11. Необходимо опорожнить мочевой пузырь пациента. Опорожнение мочевого пузыря предотвращает повреждение или перерастяжение его во время операции.

12. Необходимо снять все протезы:

- очки или линзы,
- зубные протезы,
- протезы конечностей.

Это предупреждает их повреждение или потерю во время операции. Слуховой аппарат, контактные линзы могут быть сняты непосредственно перед операцией для облегчения идентификации пациента и сохранения им чувства комфорта.

13. Необходимо поместить снятые протезы под охрану с обязательным указанием их принадлежности.

14. Медсестра выполняет медикаментозную премедикацию, готовя пациента к анестезии.

15. В целях психологической безопасности пациента необходимо объяснить пациенту, что он может почувствовать сонливость и сухость слизистых.

16. Медсестра должна удостовериться в доступности и исправности сигнальной аппаратуры для вызова медперсонала.

17. Медсестра предоставляет возможность пациенту пообщаться с семьей до момента транспортировки.

V. Транспортировка пациента в операционную.

1. Медсестра просматривает лист назначений с тем, чтобы убедиться, что все назначения выполнены.

2. Предупреждает родственников, что настало время прощания.

3. Младший медперсонал под руководством медсестры перекладывает пациента с постели на каталку или усаживает в кресло с соблюдением необходимых предосторожностей.

4. Медсестра сопровождает пациента в операционную.

5. По возвращении медсестра провожает семью в зону ожидания, по возможности обеспечивает семью психотерапевтической поддержкой на время операции.

V этап. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Установить путем дополнительного обследования, были ли достигнуты ожидаемые результаты. (См. таблицу № 7 – Возможные проблемы и пути их решения):

- возможность пациента правильно объяснить причины хирургического вмешательства, его процедуру и ожидаемые исходы,
- пребывание пациента в состоянии определенного психологического комфорта; отсутствие деструктивных паттернов поведения, сохранение физиологической формулы сна, эффективный контроль предоперационной тревожности,
- возможность пациента правильно объяснить необходимость выполнения упражнений ЛФК,
- пациент правильно демонстрирует необходимые упражнения ЛФК,
- подтверждение пациентом и наблюдение медсестрой необходимого голодания (за 8 часов до операции),
- выполнение премедикации в назначенное врачом время,
- наличие в истории болезни всех результатов предоперационных лабораторных исследований и подтверждения всех лечебных мероприятий,
- наличие подписанного пациентом информированного согласия на операционное вмешательство.

Таблица № 7

Возможные проблемы и пути их решения

Возможные проблемы	Пути решения
1. Даже после интенсивного обучения пациент не в состоянии назвать ключевые моменты предоставленной информации о хирургическом вмешательстве	Пересмотр стратегии обучения и поиск иных методов обучения. Учитывая, что тревожность может значительно снизить обучаемость, поиск новых путей для снижения тревожности
2. Пациент не в состоянии продемонстрировать упражнения ЛФК	Повторное обследование пациента на предмет идентификации сенсорных нарушений или наличия тревожности. Демонстрировать навыки и добиваться, чтобы пациент практиковался до достижения необходимого уровня
3. Пациент выражает и демонстрирует сильную тревожность перед операцией, он напуган до такой степени, что думает о возможной смерти	Тщательный расспрос пациента для идентификации источника тревоги. Снижение уровня тревожности, если возможно. Если пациент испытывает страх смерти, проинформировать хирурга и анестезиолога. Занести данные о переживании пациента в историю болезни. Пригласить для консультации психотерапевта и/или психиатра

Возможные проблемы	Пути решения
4. Пациент демонстрирует чрезмерный уровень стресса	Выяснить у пациента и его родственника возможные причины. Рассмотреть вопрос применения расширенного спектра релаксационных методик. Проконсультироваться с врачом на предмет назначения транквилизаторов. Познакомить пациента с другим пациентом, перенесшим аналогичную операцию. Пригласить для доверительной беседы хирурга, который будет производить операцию, и/или анестезиолога
5. История болезни неполна	Если информация доступна, то восстановить ее; если она утеряна — проинформировать врача
6. Не подписано информированное согласие	Немедленно проинформировать врача, отменить все предоперационные назначения
7. Пациент отказывается дать информированное согласие	Попытаться найти причину, немедленно проинформировать хирурга, помнить о праве пациента на отказ от проведения операции, проявлять эмпатию
8. Перед операцией выявлены значимые нарушения витальных функций или отклонения в лабораторных данных	При необходимости начать мероприятия экстренной помощи, известить врача, пригласить лаборанта для повторного лабораторного исследования
9. Кожа операционного поля имеет порезы и кровотоцит	Остановка кровотечения, наложение повязки, задокументировать в истории болезни
10. Пациент не может помочь перед операцией	Исключить олигоурию, вызванную дегидратацией, использовать рефлекторную технику («льющаяся вода»), при отсутствии эффекта произвести катетеризацию. В любом случае сделать запись в истории болезни
11. Пациент отказывается ехать в операционную без зубных протезов	Продемонстрировать эмпатию, оставить протезы во рту пациента до анестезии

Организация сестринского процесса в операционном периоде

Сестринские роли во время операции

Сестринский персонал выполняет в операционной 2 основные роли:

- операционная сестра,
- анестезистка.

Хирургическая сестра во время операции в большей мере занята непосредственно ходом операции и выполняет функции ассистента хирурга. Необходимость постоянно концентрироваться на задачах, требующих быстрых действий, существенно снижает ее возможности принимать участие в проведении сестринского процесса. Кроме того, на хирургическую сестру возложена ответственность за оборудование и оснащение операционного блока, не связанные с выполнением анестезии.

Таким образом, основная нагрузка в проведении сестринского процесса ложится на анестезистку.

Исходя из сказанного обязанности во время операции распределяются следующим образом:

Хирургическая сестра:

- ассистирует хирургу,
- отвечает за инфекционную безопасность,
- отвечает за инструментарий и неанестезиологическую аппаратуру,
- отвечает за наличие и учет медикаментов,
- учитывает все перевязочные, шовные материалы и инструменты, которые использовались во время операции.

Анестезистка:

- реализует план сестринского ухода во время оперативного вмешательства,
- выполняет роль ассистента анестезиолога, выполняет непосредственно манипулятивные вмешательства, ассистирует при интубации, осуществляет динамический мониторинг (АД, ДО, кардиомониторинг, учет потери крови, диурез),
- отвечает за процесс гемотрансфузии,
- по окончании операции сопровождает пациента в палату послеоперационного наблюдения и предоставляет необходимую информацию палатной сестре.

ПРОВЕДЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

I этап. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Медсестра проводит специализированное обследование, чтобы удостовериться в том, что пациент готов к хирургическому вмешательству:

- проверка всей документации (добровольное информированное согласие, лабораторные данные, история болезни). Несмотря на то, что эти данные неоднократно проверялись в предоперационном периоде, контроль непосредственно перед началом вмешательства необходим, так как любая ошибка в оформлении документации может привести не только к нарушению хода операции, но и к юридическому преследованию медицинского персонала;

- идентификация пациента (особенно находящегося без сознания). Ошибки в идентификации пациента встречаются чрезвычайно редко, но абсолютно недопустимы в лечебной практике;
- проверка проб на совместимость крови;
- проверка аллергологического анамнеза. В случае наличия в анамнезе аллергических проблем, непосредственно перед операцией целесообразно обсудить эту информацию со всеми членами операционной бригады для исключения использования препаратов, способных вызвать аллергию;
- краткое, но тщательное обследование сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, мышечной систем. Следует помнить, что острое (в том числе катастрофическое) состояние, связанное с патологией органов, не пораженных вследствие основного заболевания, может развиться в любой момент времени, вплоть до момента транспортировки пациента в операционную;
- обследование оперативного поля;
- специальное внимание уделяется психологическому комфорту пациента.

II этап. УСТАНОВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА И ФОРМУЛИРОВКА СЕСТРИНСКОГО ДИАГНОЗА

К сестринским диагнозам, установленным в предоперационном периоде, добавляются новые диагнозы, имеющие отношение непосредственно к оперативному вмешательству, с учетом специфики каждого конкретного случая. Совокупность полученных данных служит основой для создания в последующем более корректного плана послеоперационного ухода.

Если в процессе обследования выявлены нарушения в деятельности мочевыделительной системы, объективно диагностированы отеки и существует высокий риск нарушений мочевыделения в операционном и раннем послеоперационном периоде, то сестринский диагноз будет звучать как **НАРУШЕННЫЕ ПАТТЕРНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ**.

Если объективное обследование пациента показало существующие вследствие наличия сопутствующих заболеваний или возрастных изменений нарушения перфузии крови в тканях и органах пациента, то сестринский диагноз будет звучать как **НАРУШЕННАЯ ТКАНЕВАЯ ПЕРФУЗИЯ**.

Если объективное исследование подтверждает признаки обезвоживания, возникшего вследствие кровопотери, длительного изнуряющего заболевания или иных состояний, сопровождающихся потерей жидкости (профузный понос, многократная рвота), то сестринский диагноз будет звучать как **ДЕФИЦИТ ОБЪЕМА ЖИДКОСТИ**.

Если пациент получал пищу менее чем за 8 часов до начала операции, или оборудования и оснащения операционной недостаточ-

но для проведения полноценной санации верхних отделов ЖКТ, или патологический процесс связан с обильным попаданием в ротоглотку инородных тел (в том числе крови, слизи и т. д.), или патологический процесс связан с угнетением защитного кашлевого рефлекса, то сестринский диагноз будет звучать как **ВЫСОКИЙ РИСК АСПИРАЦИИ**.

Если пациент имеет нарушения кожного покрова к моменту начала операции или существует значимый риск таких нарушений в операционном и раннем послеоперационном периоде (например, вследствие нарушения трофики периферических тканей), то сестринский диагноз будет звучать как **НАРУШЕННАЯ ЦЕЛОСТНОСТЬ КОЖИ (ВЫСОКИЙ РИСК)**.

Если причиной операционного вмешательства явился септический процесс или инфицированная рана или значимо выражены факторы риска присоединения хирургической инфекции, то сестринский диагноз будет звучать как **ВЫСОКИЙ РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ**.

Если существует достоверный риск повреждения кожных покровов, превышающий среднестатистические показатели, характерные для данного вмешательства, вследствие тяжести основного или сопутствующего патологического процесса или особенностей конкретного вмешательства (длительная фиксация пациента; риск проведения травматичных процедур), то сестринский диагноз будет звучать как **ВЫСОКИЙ РИСК ПОВРЕЖДЕНИЙ (РАЗРЫВЫ, ОШИБКИ В ТЕХНИКЕ ОПЕРАЦИИ, НЕЗАПЛАНИРОВАННОЕ РАСШИРЕНИЕ ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ)**.

Если пациент в предоперационном периоде имеет задокументированные нарушения газообмена или присутствуют мотивированные подозрения, что такое нарушение может явиться следствием оперативного вмешательства, то сестринский диагноз будет звучать как **НАРУШЕННЫЙ ГАЗООБМЕН**.

Если в предоперационном периоде диагностированы нарушения терморегуляции пациента или существует значимый риск декомпенсации процесса терморегуляции во время операции (например, при операциях в условиях гипотермии) или обследование выявило риск развития злокачественной гипертермии (эпизоды в анамнезе, болезнь родственников, страбизм и т. д.), то сестринский диагноз будет звучать как **НЕЭФФЕКТИВНАЯ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИЯ**.

III этап. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

Основано на поставленных сестринских диагнозах. Хотя большинство приготовлений продельвается в предоперационном периоде, возможны изменения во время операции, которые повлекут соответствующие изменения в планах сестринского ухода. Некоторые цели предоперационного ухода имеют значение и во время операции. В первую очередь, к этим целям относятся:

- предотвращение инфицирования,
- создание психологического и физического комфорта.

Дополнительными целями и ожидаемыми результатами являются:

- поддержание целостности кожи (целостность кожи вне зоны оперативного вмешательства не повреждена вследствие реанимационных мероприятий — дефибрилляция, интубация, катетеризация), без гиперемии и следов давления вследствие фиксации;
- температура тела пациента поддерживается в физиологических пределах (отсутствие признаков гипо- и гипертермии);
- поддержание водного и электролитного баланса (отсутствие признаков гипо- и гиперволемии; стабильность витальных функций);
- поддержание адекватного газообмена (отсутствие признаков гипо- и гипервентиляции);
- предупреждение осложнений, связанных с ожидаемой и незапланированной кровопотерей (кровопотеря не превышает запланированной, а при превышении будут приняты меры к адекватному восполнению);
- предупреждение осложнений, связанных с гемотрансфузией (будет соблюдена инфекционная, биологическая и психосоциальная безопасность);
- обеспечение психотерапевтической поддержки семье в зоне ожидания;
- поддержка коллег по междисциплинарной команде.

IV этап. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПЛАНА СЕСТРИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Основной задачей и целью сестринского вмешательства является предотвращение повреждений и предупреждение осложнений, относящихся к анестезиологической и хирургической помощи, а также расположению пациента на операционном столе и использованию оборудования. Медсестра в процессе операции выступает «адвокатом» пациента, оценивая вероятность и проводя профилактику рисков, выходящих за рамки оперативного вмешательства, а также представляя личностную позицию пациента в вопросах, связанных с изменением хода операции. Это обстоятельство предъявляет чрезвычайно высокие требования к сестринской деятельности в предоперационном периоде. Теряя, вследствие проведения анестезии, способность непосредственно принимать участие в лечебном (оперативном) процессе, пациент делегирует свои полномочия медсестре, ответственной за проведение сестринского процесса во время операции. Очевидно, что это обстоятельство предполагает, как минимум, установление подлинно доверительного рапорта в предоперационном периоде и, как максимум, детальную проработку

ку всех потенциально возможных отклонений в ходе операции с тем, чтобы пациент мог высказать свое согласие (или несогласие) на проведение любых процедур, выходящих за рамки запланированного вмешательства.

Физиологические приготовления

После того, как предприняты меры по обеспечению безопасности пациента, медсестра приступает к ФП:

- мониторинг функций (манжета АД, электроды монитора, оксиметры).

Психологические приготовления

- Психологическая поддержка – пребывание в операционной – серьезнейший стресс для пациента. Медсестра устанавливает доверительный рапорт и использует доступные ей методики психокоррекции для кризисного вмешательства до наступления 2 фазы наркоза. Если анестезия не общая и пациент во время операции находится в сознании, то такая поддержка продолжается в течение всей операции.
- Помимо этого медсестра контролирует психотерапевтическую поддержку, предоставляемую членам семьи и близким пациента.

Расположение пациента на операционном столе

Обуславливается видом операционного пособия. В идеальном случае положение пациента на операционном столе предоставляет удобный доступ к зоне вмешательства и позволяет поддерживать адекватную циркуляторную и респираторную функцию. Такое положение не должно травмировать скелетно-мышечную систему и ткани пациента.

При выборе наиболее подходящего положения пациента на операционном столе принимают во внимание 3 принципа:

- удобство работы хирурга и анестезиолога;
- безопасность пациента;
- комфорт пациента.

В случае общего наркоза расположение пациента производится после введения его в наркоз. В связи с расслаблением скелетной мускулатуры телу пациента можно придать такое положение, какого он не мог бы поддерживать в течение длительного времени самостоятельно.

Поскольку пациент находится в состоянии анестезии, обычные защитные механизмы не эффективны и возможно ятрогенное повреждение мышц, костей, суставов, нервных стволов и т. д. Контроль за безопасностью положения пациента должен осуществляться в течение всего хода операции. Медсестра должна предупреждать сдавление тканей, образования потертостей и других повреждений

кожных покровов. В процессе проведения длительных нарушений возникает риск статических трофических нарушений (позиционный синдром).

Любое позиционирование не должно нарушать работу диафрагмы и нормальную циркуляцию крови.

Фиксаторы не должны нарушать циркуляцию и повреждать кожные покровы.

Профилактика инфицирования

Инфекционная безопасность — важнейшая задача персонала операционной. Все медсестры обязаны следить за строгим соблюдением персоналом правил асептики и антисептики. Целью всех этих мер является обеспечение безопасности пациента и персонала.

Профилактика повреждений

Перед началом и по окончании операции медсестра пересчитывает инструментарий и расходные материалы.

Повреждения могут наступить в результате использования дополнительного оборудования (лазер, коагуляторы, дефибриллятор). Определенную пожаро- и взрывоопасность представляют и некоторые анестетики.

В случае использования лазерной техники необходимо предохранять от прямого воздействия сетчатку глаз и иметь в виду повышение температуры в зоне воздействия. Электроприборы создают высокий риск поражения электрическим током и риск падений персонала из-за проводов, проложенных по полу.

Поддержание водного и электролитного баланса

Мониторингирование всех выделительных функций и кровопотери. В случае длительного воздействия мониторингирование лабораторных показателей. Могут быть назначены переливания жидкости, препаратов крови и реинфузия крови.

Температурный контроль

У пациента, находящегося под общим наркозом, снижаются возможности к терморегуляции. Предрасполагающими моментами к гипотермии являются:

- вазодилатация;
- воздействие анестетиков на центры терморегуляции головного мозга;
- отсутствие одежды;
- возможный длительный контакт с влажными простынями;
- обездвиженность и отсутствие мышечной дрожи (подавлена миорелаксантами);
- методы криохирургии;
- температура воздуха в операционной;
- перепад температур за счет нагревания операционного поля лампой.

Экстренные ситуации

Во время проведения ЛЮБОГО оперативного вмешательства возможно возникновение экстренных ситуаций. Частично о них можно предполагать, исходя из анамнеза и предоперационных рисков:

- нарушения функционирования дыхательной системы (в результате внезапно развившихся осложнений или поломок аппарата ИВЛ или наркозной аппаратуры);
- развитие аритмий;
- злокачественная гипертермия;
- острая кровопотеря;
- клиническая смерть.

Документация

Помимо описания хода операции, которую производит хирург, обязательно производится описание анестезиологического пособия с поминутным указанием параметров. В карте анестезиологического пособия необходимо указать:

- Вид анестезии и анестетик.
- Продолжительность наркоза по стадиям.
- Показатели гемодинамики.
- Показатели системы дыхания, если используется аппаратное дыхание, параметры работы аппаратуры (МОД, ЧДД, вид контура, состав дыхательной смеси).
- Количество кровопотери, состав переливаемой жидкости, диурез.
- Все особенности операции, экстренные ситуации.
- Лабораторные параметры.

Карта анестезиологического пособия сопровождает пациента в послеоперационную палату.

V этап. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

В конце хирургического вмешательства медсестра проводит краткое послеоперационное обследование пациента, сравнивая показатели с аналогичными, полученными до начала операции, и оценивая эффективность вмешательств, проводимых во время операции.

Цель и результат. (Повторное обследование)

1. Целостность кожных покровов вне оперативного поля не нарушена. Кожа пациента без гиперемии и следов сдавления. Обследовать кожу, обращая внимание на зоны риска.

2. Поддержание температуры тела в физиологических пределах. Температура тела соответствует нормальным показателям либо ожидаемым изменениям. Измерение температуры тела до операции, в момент ее проведения и сразу после окончания.

3. Поддержание водного и электролитного баланса. У пациента отсутствуют признаки гипо- и гиперволемии; витальные функции стабильны.

4. Поддержание адекватного газообмена. У пациента отсутствуют признаки гипо- и гипервентиляции.

5. Предупреждение осложнений, связанных с ожидаемой и незапланированной кровопотерей. Кровопотеря не превышает запланированную, а при превышении были приняты меры к адекватному ее восполнению.

6. Предупреждение осложнений, связанных с гемотрансфузией. Соблюдена инфекционная, биологическая и психосоциальная безопасность.

Принципы послеоперационного ухода. Мониторинг витальных функций

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

I этап. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Принимая пациента, поступившего из операционной, медсестра заводит на него сестринскую историю болезни или продолжает историю, начатую в предоперационном периоде (плановая операция). В зависимости от традиций стационара медсестра либо вклеивает в историю болезни карту анестезиологического пособия, либо переносит из нее данные, имеющие значение для составления плана ухода.

Для наиболее полного сбора информации целесообразно придерживаться следующего алгоритма:

- Отметьте в сестринской истории (карте реанимационного больного) характер, объем и продолжительность хирургического вмешательства и анестезиологического пособия. Все перечисленные параметры вмешательств во время операции определяют особенности ведения пациента в послеоперационном периоде.
- Отметьте осложнения, проведенную терапию и ожидаемый прогноз хирургического заболевания. Это позволяет медсестре оценить опасность осложнений, необходимость дифференцированного мониторинга отдельных функций; уточняет план послеоперационного сестринского ухода.
- Отметьте локализацию операционного разреза, тип повязки и особенности ухода за операционной раной; отметьте наличие дренажей, их количество, дренируемую область, тип дренажа (активный или пассивный, открытый или закрытый). Отметьте наличие назогастрального зонда, других зондов, катетеров периферических и центральных вен, мочевого катетера. Возможно, потребуется уточнение плана послеоперационного ухода, необходимых мероприятий по уходу за дренажами и потребуется дополнительное оборудование.

- Установите и задокументируйте первоначальный объем отделяемого из раны и/или дренажей, цвет, консистенцию, наличие примеси крови и другие особенности.
- Расспросите пациента (если он в сознании) о наличии дискомфорта и/или боли, установите меры по их устранению. При выявлении боли и дискомфорта потребуются неотложные сестринские вмешательства по их устранению.
- Отметьте наличие тошноты и рвоты как во время операции, так и после нее, а также время последнего эпизода. Эти данные информируют медсестру о возможных проблемах и дискомфорте пациента и предупреждают о возможных осложнениях после операции.
- Отметьте медикаменты, которые получает пациент, и реакцию на них.
- Отметьте наличие отхождения газов и дефекации как указание на восстановление перистальтики кишечника. Это необходимо уточнить до назначения орального питания и приема пищи.
- Отметьте характер поступления пищи и жидкости у пациента (энтеральное или парентеральное питание); внутривенные вливания (тип, объем, скорость и т. д.) для идентификации диеты пациента и инфузионной терапии.
- Отметьте дополнительные терапевтические техники, которые получает пациент (оксигенация, ЛФК и др.), и реакцию на них.
- Для уточнения состояния мочевыделительной системы зафиксируйте диурез. Отметьте изменения, произошедшие после хирургического вмешательства. Изменения диуреза могут свидетельствовать о возможных осложнениях.
- Отметьте, в состоянии ли пациент глубоко дышать, правильно откашливать мокроту, пользоваться спирометром.
- Для идентификации возможных осложнений отметьте наличие и характер мокроты, а также ее количество; способен ли пациент откашливать ее самостоятельно.
- Отметьте жалобы пациента на слабость, головокружение или проблемы с дыханием. Возможно, это симптомы постуральной гипотензии или перегрузки миокарда, обусловленной продолжительной обездвиженностью или хирургической травмой.
- Отметьте выражение пациентом растерянности, страха, мрачных предчувствий или высказываний по поводу процесса послеоперационного выздоровления. Это послужит основой для идентификации эмоционального статуса пациента.
- Отметьте имеющиеся или возможные изменения схемы тела у пациента, связанные с хирургическим вмешательством. Возможна потенциальная проблема горя.
- Отмечайте дни, прошедшие после хирургического вмешательства, для уточнения динамики изменений состояния пациента.

- Отмечайте изменение физической активности пациента во время восстановительного периода. Идентификация изменений, которые могут потребовать дополнительного обучения и реабилитации.
- Отметьте предполагаемый день выписки для выделения в плане сестринского ухода времени для обучения членов семьи пациента.

II этап. УСТАНОВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА И ФОРМУЛИРОВКА СЕСТРИНСКОГО ДИАГНОЗА

Поскольку пациент недавно перенес хирургическое вмешательство, то сестринский диагноз будет звучать как **ВЫСОКИЙ РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ**.

Если у пациента имеется боль или он невербально демонстрирует наличие дискомфорта, то сестринский диагноз будет звучать как **БОЛЬ**.

Если у пациента кашель с отделением или без отделения мокроты, патологические дыхательные шумы или изменения в частоте и глубине дыхания, нарушения газов крови или цианоз, то сестринский диагноз будет звучать как **НЕЭФФЕКТИВНАЯ ОЧИСТКА ВОЗДУХОПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**.

Если у пациента имеются нарушения ритма, частоты или характера дыхания, то сестринский диагноз будет звучать как **НАРУШЕННЫЕ ПАТТЕРНЫ ДЫХАНИЯ**.

Если пациент испытывает симптомы потери жидкости или не может принимать жидкость, то сестринский диагноз будет звучать как **ДЕФИЦИТ ОБЪЕМА ЖИДКОСТИ**.

Если пациент не может менять положение тела в постели из-за хирургической травмы или слабости, то сестринский диагноз будет звучать как **НАРУШЕННАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ**.

Если пациент не может помочиться самостоятельно или выделяет мочу маленькими порциями, то сестринский диагноз будет звучать как **НАРУШЕНИЕ ПАТТЕРНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ**.

Если у пациента отмечаются абдоминальная боль, колики, не отходят газы или отсутствует стул, то сестринский диагноз будет звучать как **ЗАПОР**.

Если пациент выражает мрачные предчувствия, неуверенность, страх, демонстрирует симптомы дистресса или тревожности по поводу послеоперационного восстановления или других факторов, то сестринский диагноз будет звучать как **ТРЕВОЖНОСТЬ**.

Если пациент демонстрирует симптомы изменения «Я-концепции» (имеющиеся или предполагаемые изменения схемы тела), связанные с хирургическим вмешательством, то сестринский диагноз будет звучать как **НАРУШЕННАЯ СХЕМА ТЕЛА**.

Если пациент не может говорить внятно или демонстрирует трудности с вербальным выражением своих чувств, то сестринский диагноз будет звучать как **НАРУШЕНИЕ ВЕРБАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ**.

Если пациент после операции демонстрирует неуверенность в способности поддерживать привычные социальные связи, проявляет признаки аутизма, отказывается от получения информации, отказывается от свиданий с близкими, то сестринский диагноз будет звучать как **НАРУШЕНИЕ РОЛЕВОЙ ФУНКЦИИ**.

III этап. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

Идентификация ожидаемых результатов

- Операционная и внутрибольничная травматизация пациента будут сведены к минимуму.
- Послеоперационная боль контролируется до такой степени, что пациент способен активно участвовать в послеоперационном лечебном процессе.
- У пациента не отмечается послеоперационное инфицирование, что подтверждается данными термометрии, отсутствием гнойного отделяемого по дренажам и отсутствием признаков пневмонии.
- У пациента отсутствует послеоперационный тромбофлебит, что подтверждается отсутствием лихорадки, болей в конечностях.
- Все биологические системы пациента возвращаются к нормальному уровню, что подтверждается нормализацией витальных функций.
- Пациент проявляет физическую активность на дооперационном уровне или с прогнозируемыми изменениями.

IV этап. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПЛАНА СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

1. Обследование пациента в палате послеоперационного наблюдения (отделения реанимации).

1. Идентификация неотложных мероприятий по купированию боли. Зарегистрируйте субъективный уровень боли и мероприятия по ее устранению на момент исследования.

2. Отметьте в сестринской истории общий вид больного, habitus, положение, наличие гипергидроза, цвет кожных покровов. Наличие нарушений потребует принятия незамедлительных мер.

3. Оцените alertность и уровень сознания пациента. Пациент должен полностью осознавать происходящее, находясь в сознании, за исключением изменений сознания, вызванных применением анальгетиков (наркотических), предшествующего сниженного уровня сознания, продленной анестезии или осложнений после анестезии.

4. Исследуйте у пациента пульс и АД; сравните с предшествующими данными. Зарегистрируйте значимые отклонения. Сравнение необходимо для обнаружения симптомов возможных осложнений, в частности падения АД, свидетельствующего о гиповолевемическом шоке.

5. Проведите термометрию. Зарегистрируйте значимое снижение или повышение температуры. Это позволяет оценить ответные на операцию реакции пациента. Температура тела часто незначительно повышается в первые 24–48 часов после операции. Если температура повышается выше 37,5°C, необходимо заподозрить наличие инфекции.

6. Идентифицируйте респираторный статус; дыхание должно быть ровным и спокойным. Исследуйте частоту, глубину и качество дыхания пациента; сравните с предшествующими данными.

7. Проаускультуйте легкие пациента для идентификации появления жидкости или констрикции бронхов.

8. Проинспектируйте внутривенное введение растворов (тип растворов, емкость флаконов, необходимые дополнительные лекарственные вещества, скорость введения в каплях/мин либо данные инфузатора). Тщательно осмотрите место внутривенного введения для обнаружения симптомов осложнений (покраснения, припухлости, потери чувствительности). Проверьте соответствие инфузионной терапии предписаниям врача. Измерьте и залокументируйте ЦВД (центральное венозное давление). В последующем проводите эти измерения регулярно и при подозрении на нарушение водного баланса.

9. Проинспектируйте операционную рану (если снята повязка). Отметьте состояние и сопоставление краев раны, состояние швов и близлежащих тканей; при наличии отделяемого раны — количество, цвет и консистенцию. В идеале сопоставление краев раны хорошее, отделяемое из раны отсутствует, швы интактны. Помните, что в раннем послеоперационном периоде часто отмечаются незначительные серозно-кровянистые выделения из раны. Это не является патологией.

10. Проинспектируйте повязку и отделяемое из раны более подробно. Посмотрите, не затекает ли отделяемое под пациента. Отметьте чем-либо зону отделяемого на повязке и позднее сравните, не увеличилась ли она. В идеальном случае повязка сухая и не повреждена. Даже небольшое количество серозно-кровянистого отделяемого должно быть отмечено с тем, чтобы увеличение количества его не осталось незамеченным.

11. Мониторинг дренажей. Проверьте все дренажи на нормальную проходимость. Отметьте количество, цвет и консистенцию отделяемого по дренажам.

- Дренажи из раны;
- Дренажи грудной клетки;
- Назогастральный зонд (НГЗ);
- Кишечный зонд;
- Дренажи из желчевыводящих путей и печени;
- Мочевой катетер.

По дренажам из раны оттекает серозно-кровянистая жидкость или чистая жидкость. По грудным дренажам — отделяемое соответ-

ствуется целям их постановки. НГЗ дренирует содержимое желудка в случае, если операция была не на желудке. При операции на желудке первые 12 часов — кровянистое отделяемое, которое затем меняется на серозно-кровоянистое, смешанное с желудочным соком. По дренажам из желчевыводящих протоков и печени отделяется желчь. По мочевому катетеру выделяется моча, если операция не на мочевом пузыре, в противном случае моча с примесью крови.

12. Обеспечение дополнительных возможностей для мониторинга и терапии. Отметьте наличие других приспособлений, таких как: система для оксигенации, оборудование для постоянного мониторинга, и проверьте правильность их функционирования.

13. Мониторинг периферического кровообращения. Тщательно осмотрите и пропальпируйте кожные покровы туловища и конечностей пациента, отмечая их температуру и влажность. Это особенно важно при операциях на сосудах и ортопедических операциях.

14. Исследуйте периферический пульс, если пациент перенес операцию на сосудах или конечностях.

Целесообразно повторять вышеописанные мероприятия по следующему расписанию: 4 раза через каждые 15 минут, 4 раза через каждые 30 минут, 4 раза через час, затем через каждые четыре часа в случае, если пациент стабилен.

II. Осуществление послеоперационного ухода

1. Отрегулируйте внутривенное введение жидкости (количество, скорость введения) для поддержания достаточного поступления жидкости в организм и предупреждения гиперволемии. Особое внимание обратите на биологически активные вещества (кровь и ее компоненты), а также растворы, используемые для парентерального питания. При необходимости тщательного соблюдения скорости введения подключите к системе внутривенного введения дозаторы (инфузаторы). Постоянно контролируйте их работу. Оценивайте состояние внутривенных катетеров и мест введения.

2. Для обеспечения адекватного дренирования и руководствуясь указаниями хирурга, подсоедините дренажи к емкости для сбора отделяемого или к активному аспиратору.

3. Осуществите перевязку. В обычной практике медсестра не меняет хирургическую повязку до тех пор, пока хирург не осмотрит операционную рану и не сделает соответствующих распоряжений. Промокшую повязку можно подбинтовывать дополнительным абсорбирующим материалом. Предупредите врача об этом, действуйте согласно полученным инструкциям. Промокающая повязка говорит о чрезмерном отделяемом. Она нуждается в замене, так как является питательной средой для микроорганизмов. Врач может провести ревизию раны для выявления причины либо дать указание медсестре произвести перевязку.

4. Проинструктировать пациента глубоко дышать и откашливать мокроту: это способствует улучшению воздухопроводимости, улуч-

шает газообмен, предотвращая закупорку бронхиол и альвеол. Проверьте, был ли пациент обучен дыхательным упражнениям во время предоперационной подготовки. При необходимости проведите обучение. Обмотайте на выдохе грудную клетку пациента полотенцем или простынею. Обматывание грудной клетки минимизирует дискомфорт пациента, позволяя осуществлять форсированный и более эффективный кашель.

5. Предложите пациенту помочиться, если у пациента нет мочевого катетера. Анестезия подавляет процесс выведения мочи из организма. Ухудшается способность к спонтанному опорожнению мочевого пузыря. Застой мочи вызывает дискомфорт и повышает риск развития урогенитальной инфекции. Нарушение диуреза способствует кумуляции в организме вводимых водорастворимых лекарственных препаратов.

6. Установите, какое положение является для пациента безопасным. Если пациент alertен и в сознании и нет противопоказаний, придайте ему комфортное положение. В противном случае установите, какое положение является наиболее безопасным.

7. Поднимите ограничители кровати и проконтролируйте работу доступной пациенту системы экстренного вызова.

8. Постоянно контролируйте качество анальгезии. Поощряйте пациента сообщать о появлении болевых ощущений. Боль может иметь непосредственное отношение к дыхательной гимнастике, мочеиспусканию и изменению положения тела в постели.

9. Сообщите значимым для пациента людям о том, что пациент переведен из операционной в отделение (либо в отделение реанимации). Пригласите их посетить пациента, если это позволяет его состояние и желание. В случае если пациент переведен в отделение реанимации, разъясните родственникам, что такова обычная практика раннего послеоперационного периода в данном лечебном учреждении и посещение пациента будет возможно при переводе его в хирургическое отделение. Предоставьте семье эмоциональную поддержку: это снижает тревожность семьи в отношении состояния здоровья пациента.

10. Обеспечьте пациенту возможность полноценного отдыха, тщательно спланировав все вмешательства.

III. Обучение пациента и лиц, предоставляющих уход, навыкам ухода в домашних условиях (после выписки)

В течение всего сестринского процесса в послеоперационном периоде медсестра осуществляет подготовку пациента к выписке. Учитывая, что организм пациента в большей или меньшей степени страдает от хирургического вмешательства, необходимо заранее определить круг лиц, которые будут оказывать помощь пациенту в амбулаторных условиях. Чаще всего этими людьми являются члены семьи, хотя в ряде случаев круг участников сестринского процесса

будет расширяться за счет друзей, волонтеров, работников социальных служб и т. д. Для полноценного ухода необходимо к моменту выписки определить перечень навыков, необходимых для усвоения самим пациентом и его близкими, и предоставить достаточную помощь в обучении. Кроме того, целесообразно определить ту медицинскую структуру, которая будет оказывать пациенту медицинскую помощь после выписки (поликлиника, офис семейного врача), связаться с будущим куратором для передачи информации и обеспечения преемственности сестринской помощи.

Ниже перечислены те темы, которые необходимо вводить в план обучения.

1. Мониторирование температуры и пульса. Следует помнить, что тахикардия может быть признаком кровотечения. Определение признаков лихорадки, свидетельствующих об инфекции.

2. Поощрение глубокого дыхания и кашля через регулярные интервалы времени для предупреждения накопления мокроты, развития застойных явлений.

3. Регулярный осмотр повязки. Предложите пациенту очертить зону, пропитанную отделяемым; если зона пропитывания через час увеличилась, необходимо немедленно связаться с куратором.

4. Мониторирование выделения мочи. Оказывающий помощь должен связаться с куратором, если пациент не может помочиться в течение согласованного с врачом времени, зависящего от характера вмешательства.

5. Контроль процесса нормализации работы кишечника.

6. Постепенное увеличение потребления пищи и жидкости. Обучение симптомам готовности к увеличению рациона и симптомам потенциальной гастроинтестинальной блокады. Предложите пациенту проконсультироваться с медсестрой, компетентной в области диетологии. Предупреждение гастроинтестинальной обструкции в случае нарушения нормальной перистальтики (парез кишечника).

7. Расширение двигательного режима. Предупреждение осложнений, связанных с неподвижностью, возвращение к нормальной жизни.

8. перевязки и контроль процесса заживления раны.

9. Помощь пациенту в возвращении к независимому самообслуживанию во всех сферах жизни в максимально возможной степени. Установление и подкрепление позитивной Я-концепции.

IV. Оценка

Установить в ходе дополнительного обследования, были ли достигнуты ожидаемые результаты.

- Отсутствие незапланированных повреждений на госпитальном этапе.
- Адекватный контроль боли.
- Отсутствие гипертермии, гнойного отделяемого из раны или легочных осложнений, свидетельствующих об отсутствии инфекции.

- Отсутствие лихорадки, боли в ногах, судорог мышц и отрицательный симптом Гоманса, свидетельствующие об отсутствии послеоперационного тромбоза.
- Нормальные показатели клинических исследований, свидетельствующие о том, что все биологические системы функционируют нормально.
- Возможность проявлять физическую активность в повседневной жизни в пределах, обусловленных характером хирургического вмешательства.
- Психологический статус пациента не претерпел серьезных деструктивных изменений. Пациент демонстрирует позитивные механизмы совладания. (См. таблицу № 8 – Возможные проблемы и пути решения).

Таблица № 8

Возможные проблемы и пути решения

Проблема	Пути решения
1. Уровень сознания и активность пациента снижены по сравнению с предоперационным уровнем	Установите время последней анальгезии, так как наркотики и некоторые другие препараты действуют седативно и угнетают высшую нервную деятельность. Если проблемы не связаны с этими причинами, обследуйте ментальный статус пациента более тщательно. Обо всех значимых изменениях немедленно сообщите врачу. Результаты обследования задокументируйте
2. Развиваются тахикардия и гипотензия	Обследуйте хирургическую рану или повязку на предмет кровотечения. Оцените другие симптомы гиповолемии (ЦВД), поместите пациента горизонтально и сообщите хирургу
3. Развивается брадикардия ниже 12 дыхательных движений в минуту. Дыхание становится поверхностным	Помните, что наркотики подавляют дыхательный центр, установите последнюю дозу наркотика. Мониторинг ЧДД каждые 15 минут до учащения ЧДД свыше 12 в 1 минуту. Отмена наркотика до возвращения нормальных показателей. Если ЧДД ниже 10, немедленно сообщите врачу: может потребоваться введение наркотических антагонистов
4. Гипертермия выше 37,5°C (нормального послеоперационного уровня)	В течение первых 48 часов подъем температуры возможен из-за развития послеоперационной пневмонии. Аускультуйте легкие на предмет появления патологических дыхательных шумов. Укоротите интервал между дыхательными упражнениями. Контролируйте температуру каждые 2 часа. Если температура продолжает подниматься или присоединяются симптомы интоксикации, немедленно сообщите врачу
5. Во время аускультации в легких выслушиваются влажные хрипы	Влажные хрипы говорят о накоплении жидкого секрета. Интенсифицируйте методы дренирования мокроты. Если шумы не исчезают, тщательное мониторирование температуры. Задокументировать и поставить в известность врача, если температура повышается

Проблема	Пути решения
6 Пациент не может помочиться самостоятельно после хирургического вмешательства	Пропальпируйте мочевой пузырь. Если пузырь напряжен, использовать рефлекторные техники. Если эти меры неэффективны, сообщить врачу, когда уровень вводимой жидкости достигнет 800–1000 мл с момента последнего мочеиспускания. Это означает, что в мочевом пузыре содержится не менее 500 мл мочи, что может осложниться атонией мочевого пузыря. Если мочевой пузырь не напряжен, установите объем жидкости, введенной с момента последнего мочеиспускания. Возможно, пациент не получает достаточного количества жидкости и дегидратирован. Если объем достаточен, а мочевой пузырь не напряжен, дегидратация возможна вследствие дефицита введения жидкости в предоперационном периоде. Оцените возможность развития почечной недостаточности, связанной с ренальной гипоксией во время операции
7. Количество выделяемой жидкости ниже нормы (30 мл/час)	Уточните объем введенной жидкости и ЦВД, учитывая возможность дегидратации (см. выше). Мониторите выделение жидкости за 12 и 24 часа. Если он ниже нормы, а введение жидкости достаточно, немедленно сообщите врачу, который может назначить почечные пробы. Это состояние может быть признаком ОПН
8. Повязка пациента пропитана отделяемым в течение первых 24 часов после хирургического вмешательства	Подбинтовать и тщательно мониторировать. Если повязка продолжает промокать в течение часа или ранее, обследовать витальные функции, немедленно сообщить врачу: возможно развитие кровотечения
9. Операционная рана имеет признаки инфекции	Немедленно сообщите врачу, соберите отделяемое из раны для лабораторного исследования, проконсультируйтесь с хирургом по поводу специфической обработки раны
10. Несмотря на получение предписанных доз анальгетиков, пациент жалуется на боль	Уточните предоперационный вес пациента и соотнесите с назначенной дозой, при несоответствии немедленно сообщите врачу. Учтите возможность низкой толерантности к боли, что потребует увеличение дозы анальгетика. Используйте как можно больше средств для уменьшения боли
11. Несмотря на отсутствие приема пищи через рот пациент жалуется на тошноту	Возможно, это реакция организма на анестезию и лекарственные препараты. Просмотрите послеоперационные назначения. Определите, назначены ли препараты, подавляющие тошноту (антимеметики). Старайтесь вводить такие препараты одновременно с анальгетиками. Если такие препараты не назначены, обсудите проблему с врачом. Измените положение пациента в постели. Посоветуйте пациенту технику глубокого дыхания
12 Живот пациента вздут, и кишечные шумы отсутствуют	Это может быть связано с гастроинтестинальной депрессией из-за анестезии. Способствуйте увеличению движений пациента в постели. Если вздутие продолжается на 2–3 день, поставьте в известность врача. Возможно, развился парез кишечника, это может потребовать введение НГЗ. Введение зонда предотвратит рвоту и аспирацию содержимого желудка

Сестринский уход за пациентами, испытывающими боль в хирургической практике

Боль является одним из самых распространенных симптомов заболеваний и одной из основных причин обращения за медицинской помощью. Особое значение играет боль в хирургической практике, так как ее возникновение неизбежно в связи с хирургической патологией и хирургическими вмешательствами. Оставаясь частью естественной защитной реакции, боль принуждает людей стремиться избавиться от нее. Она становится серьезной проблемой, когда начинает влиять на способность человека заниматься обычной деятельностью, профессиональными обязанностями или когда человек считает ее непереносимой или слишком длительной. Боль определена ВОЗ в качестве одной из первоочередных задач научных исследований в области сестринского дела и его развития.

Боль — это нечто большее, чем просто чувство, вызванное специфическим раздражителем. Это сложное явление, включающее как когнитивный, так и аффективный компонент. Единственным экспертом ее является человек, переживающий боль. Боль не может быть выражена в объективных характеристиках, поэтому для медсестры важно, как пациент ощущает боль, а также его поведение. Для того, чтобы облегчить боль, медсестра должна поверить в ее существование. «Боль — это то, что человек, испытывающий ее, говорит о ней. Она существует тогда, когда об этом говорит сам испытывающий ее человек» (МакКеффри). Выдающийся отечественный диагност С. П. Боткин до конца своих дней не мог простить себе, что из-за отсутствия каких-либо объективных данных не поверил жалобам на упорные головные боли юноши-фельдшера, поступившего в клинику вновь после выздоровления от брюшного тифа. Юноша был выписан с пометкой в истории болезни «симуляция», а на следующий день умер. При вскрытии был обнаружен абсцесс мозга. Признание и принятие особенностей и субъективности боли стали существенным шагом вперед в понимании медсестрами этого явления и реакций людей на боль.

Боль является защитным физиологическим механизмом, результатом действия повреждающего для организма агента (стрессора). В нормальном состоянии человек не испытывает боли. Именно на устранение боли и направлена оказываемая пациенту медицинская помощь. Однако у пациентов с повреждением центральной и периферической нервной системы возможно искажение, ослабление или даже прекращение действия болевого импульса. Пациент, находящийся без сознания, не может проявлять защитные реакции на болезненные раздражители (это, кстати, является одним из диагностических критериев степени угнетения сознания). Парализованный в результате травмы спинного мозга человек может не воспринимать болевые импульсы в органах, расположенных ниже уровня повреждения. Отсутствие боли в этих и подобных им случаях может стать источником еще большей опасности, чем сама боль.

Реакцией на боль являются физиологические и поведенческие изменения в организме, происходящие в ответ на ее восприятие.

Физиологические реакции

Как только болевые импульсы проходят через спинной мозг в ствол головного мозга и таламус, стимулируется вегетативная нервная система (ответ на стресс). Боль от низкой до умеренной интенсивности «запускает» механизм «бежать или драться» общего адаптационного синдрома, то есть стимулируется симпатический отдел вегетативной нервной системы. Если боль является сильной и глубокой, затрагивает в большинстве случаев висцеральные органы — стимулируется парасимпатическая нервная система. Длительная физиологическая реакция на боль может серьезно навредить организму. За исключением случаев сильной травматической боли, которая может привести пациента к шоку, большинство пациентов адаптируются к боли, и их физиологические реакции приходят в норму. Поэтому у пациента с болевым синдромом могут отсутствовать физиологические проявления боли. (См. таблицу № 9 — Физиологические реакции на боль).

Таблица № 9

Физиологические реакции на боль

Реакция	Эффект
<i>Стимуляция симпатической нервной системы (боль от слабой до умеренной по интенсивности и поверхностная)</i>	
Расширение бронхиол и учащение дыхания	Обеспечение повышенного потребления кислорода
Учащение сердечных сокращений	Обеспечение увеличения транспорта кислорода
Периферическая вазоконстрикция (бледность, повышение АД)	Перемещение масс крови от периферии и висцеральных органов к скелетным мышцам и головному мозгу.
Повышение уровня сахара крови	Обеспечение дополнительной энергии
Диافорез (гипергидроз)	Терморегуляция во время стресса
Увеличение напряжения мышц	Подготовка мышц к действию
Расширение зрачка	Увеличение поля и остроты зрения
Снижение секреции ЖКТ	Высвобождение энергии для немедленных действий
<i>Стимуляция парасимпатической нервной системы (боль сильная по интенсивности и глубокая)</i>	
Бледность	Вызвана централизацией кровообращения
Напряжение мышц	Результат усталости
Снижение ЧСС и АД	Результат стимуляции вагуса
Частое нерегулярное дыхание	Является причиной ослабления защитных механизмов в результате длительного стресса или боли
Тошнота и рвота	Является причиной активизации функции ЖКТ
Слабость или изнеможение	Результат перерасхода физической энергии

Поведенческие реакции

Выделяют следующие фазы переживания боли:

- Фаза ожидания;
- Фаза ощущения;
- Фаза последствий.

В фазе ожидания, которая предшествует боли, пациент знает, что боль должна наступить. Роль сестры очень важна в этой фазе, так как пациент может получить представление о боли, которая его ожидает, а также о методах ее облегчения. Например, перед инъекцией медсестра объясняет пациенту характер и продолжительность боли от пункций иглой. Объяснение поможет пациенту контролировать тревожность. В случае если пациент слишком напуган, ожидание боли может усиливать ее ощущение.

Фаза ощущения возникает при наличии боли. Люди реагируют на болевые импульсы по-разному. Толерантность к боли — это качество, имеющее отношение к тому, как пациент переносит сильную и/или продолжительную боль. Толерантность зависит от целого ряда факторов и, в частности, от окружения, мотивации и личностных ценностей (психологические факторы). Боль всегда затрагивает физиологическое состояние человека. Однако пациент может не выражать ощущения боли в тех случаях, когда он считает, что такое выражение может причинять беспокойство окружающим или свидетельствовать о потере им самоконтроля. Пациент с высокой толерантностью не требует от сестры оценки его состояния и способен переживать сильную боль в течение продолжительного времени. Часто медсестре приходится убеждать его предпринимать меры по облегчению боли. Напротив, пациент с низкой толерантностью может требовать мероприятий по облегчению боли еще до того, как она наступила. Медсестра зачастую лучше относится к пациентам с высокой толерантностью к боли. Однако совершенно неправильно игнорировать нужды пациента, который с трудом переносит даже слабую боль. Низкую толерантность к боли чаще всего проявляют пожилые пациенты и дети.

О наличии боли могут говорить типичные движения тела человека и выражение его лица. К ним относятся: стиснутые зубы, прижатие руки к области боли, вынужденное, напряженное положение тела, гримаса на лице. Пациент может плакать или стонать, быть беспокойным, часто звать к себе медсестру. Но отсутствие невербального выражения боли еще не означает, что пациент ее не ощущает. Медсестра должна помогать пациенту в выражении чувства боли. Понять, какую боль может переживать пациент, медсестре помогает знание характера заболевания.

Фаза последствий наступает, когда боль перестает ощущаться или исчезает. Даже если источник боли находится под контролем,

пациент может все еще требовать внимания медсестры. В этой фазе у пациента могут быть озноб, тошнота, рвота, чувство подавленности или агрессивность. Если пациент испытывает боль снова и снова, эти реакции могут создавать серьезные проблемы и требовать соответствующих сестринских вмешательств.

Острая и хроническая боль

Боль можно подразделить на: острую, хроническую злокачественную и хроническую незлокачественную.

Острая боль возникает вследствие травмы, внезапного заболевания, при некоторых видах хирургического вмешательства и имеет острое начало, различную интенсивность (от слабой до сильной), имеет разную продолжительность. Особенности острой боли являются (Мельзак и Дэннис):

- Она прекращается после заживления повреждения, т. е. имеет предсказуемое окончание.
- Ее продолжительность не превышает 6 месяцев.

Физиологическая функция острой боли – предупредить организм о травме или заболевании. Пациент, переживающий острую боль, напуган, тревожен и ждет быстрого ее облегчения.

Медики предпочитают лечить такую боль быстро и эффективно. Тем не менее, может возникнуть конфликт между медсестрой и пациентом в случае, если медсестра не сможет быстро купировать такую боль. Острая боль серьезно затрудняет выздоровление, так как снижает возможность пациента проявлять физическую активность в полной мере и быть вовлеченным в процесс ухода. Например, наличие боли в раннем послеоперационном периоде заставляет пациента прекратить откашливать мокроту, что может повлечь за собой развитие осложнений со стороны дыхательной системы. Если острая боль не контролируется, то реабилитация затягивается и продлевается госпитализация. Достижение прогресса в физиологическом состоянии невозможно, пока существует боль, так как пациент сфокусирован на ее переживании. Поэтому все усилия по обучению пациента и мотивации его к выздоровлению могут оказаться бесполезными.

Хроническая боль продолжительна, обычно ее длительность составляет более полугода, различна по интенсивности. Хроническая боль, вызванная онкологическим заболеванием или его лечением, либо другим прогрессирующим заболеванием называется некупируемой болью (злокачественной болью). Она может продолжаться до смерти пациента.

Хроническая незлокачественная боль является результатом прогрессирующего заболевания или повреждения восстановившейся

ся ткани. Такая боль становится образом жизни и часто не поддается лечению. Очень часто причина такой боли неизвестна. Ярким примером такой боли в хирургической практике является фантомная боль в культе конечности после ампутации. При хронической боли часто нарушается метаболизм эндорфинов.

Медицинские работники лечат хроническую боль не столь активно как острую. Часто онкологические больные или их родственники отказываются применять наркотические анальгетики, опасаясь побочных эффектов и/или привыкания. У пациентов с хронической болью могут отмечаться ремиссии (частичное или полное исчезновение симптомов) и периоды обострения (возрастание интенсивности боли). Непредсказуемость наступления этих периодов фрустрирует пациентов, часто приводя их к депрессии. Хроническая боль — это основная причина психологических и физиологических нарушений, приводящих к таким проблемам как, например, потеря работы, невозможность выполнять обычную домашнюю работу, сексуальная дисфункция, социальная изоляция. Поэтому необходимо проводить целостную оценку состояния таких пациентов с целью установления всего комплекса проблем. Пациенты с хронической болью часто не предъявляют явных симптомов и не адаптируются к боли, но с течением времени страдают все больше и больше. Это связано с физическим и психическим переутомлением и истощением резервов организма. Симптомы хронической боли включают в себя усталость, инсомнию, анорексию, потерю веса, сниженное настроение, чувство безнадежности, гнев. Уход за пациентами, страдающими хроническими болями, — это тяжелая работа. Медсестра не должна быть фрустрирована сама и не должна подавать ложных надежд. Основная ее задача — минимизировать для пациента ощущение боли.

Боника разделял боль на полезную, бесполезную и опасную. Острая боль обычно полезна в качестве биологического механизма защиты. Хроническая боль — бесполезна. Опасна или потенциально опасна боль в тех случаях, когда она не имеет защитных функций и может способствовать развитию опасных патологических реакций организма. Примером является болевой шок, который может привести к смерти человека. Чрезмерная боль после серьезной травмы, ожога или хирургической операции — это опасная боль, которая должна быть незамедлительно купирована во избежание серьезных осложнений.

Факторы, влияющие на боль. На ощущение боли влияют как личностные, культуральные и религиозные факторы, так и биологические процессы. (См. схему № 1 — Факторы, влияющие на ощущение боли).

Факторы, влияющие на ощущение боли



Выражение пациентом чувства боли

Очень часто пациенты не могут описать боль или обсудить эту проблему с медсестрой. Научный и клинический опыт показывает, что пациенты либо вообще не сообщают о боли, либо делают это неадекватно. Медсестры же, напротив, часто переоценивают действие анальгетиков и занижают уровень боли, испытываемой пациентом. Хотя медсестра подразумевает, что пациент, который испытывает боль, сообщит ей об этом, тем не менее, она должна спрашивать о наличии боли регулярно. Пациент должен доверять медсестре и знать, что медсестра готова прийти ему на помощь и до того, как он открыто начнет с ней обсуждать проблему боли. Медсестра должна хорошо знать вербальные и невербальные способы выражения пациентом чувства дискомфорта. Пациенты, у которых отсутствует эффективная коммуникация, требуют особого внимания. К таким специальным группам пациентов относятся дети, умственно неполноценные, психически больные, пожилые пациенты с деменцией или прогрессирующим атеросклерозом сосудов головного мозга.

При оценке потребностей в помощи, ее планировании и оказании, а также при анализе ее эффективности, необходимо учитывать как определяющие субъективные ощущения пациента. Описание человеком боли и наблюдение за его реакциями на нее являются двумя основными методами сестринской оценки боли. Эффективная оценка боли — необходимое условие борьбы с ней. Устранение

болевого синдрома служит важной составной частью сестринской помощи. Цель оценки — выявление всех физических, эмоциональных, когнитивных и иных факторов, влияющих на восприятие боли. В настоящее время разработан ряд методов, помогающих оценить боль и проводить динамическую оценку эффективности мероприятий по ее купированию. Одним из таких эффективных методов оценки и мониторинга является применение «карт оценки боли». Карты оценки боли особенно полезны в ситуациях, когда человек способен принимать активное участие в сестринском процессе и применение различных мероприятий существенно облегчает боль. Малоэффективны они в случаях хронических злокачественных болей. Методы оценки боли должны отвечать конкретным потребностям различных групп пациентов и соответствовать разным типам боли. Поэтому карта оценки боли, предназначенная для пациентов с хронической болью, будет непригодна для оценки послеоперационных болей.

Оценка боли включает в себя определение следующих характеристик боли:

Характеристики боли могут быть детализированы только самим пациентом.

- Начало и продолжительность.

Медсестра задает пациенту соответствующие вопросы. Это может помочь установить причину боли, а также предпринять необходимые меры до того, как боль возникнет или усилится.

- Локализация.

(См. таблицу № 10. Классификация боли по локализации)

- Интенсивность.

Пожалуй, наиболее субъективная характеристика боли — ее интенсивность. Пациента часто просят охарактеризовать боль как слабую, умеренную или сильную, но значение этих терминов может сильно различаться у сестры и пациента. Поэтому для описания боли используют различные шкалы: нумерологическую, описательную, визуально-аналоговую.

- Качество.

Другой субъективной характеристикой боли является ее качество. Для более полного обследования пациенту следует задавать открытые вопросы, предоставляя термины для описания лишь в случае, когда пациент не в состоянии описать качество боли. Пациенты описывают боль при некоторых заболеваниях примерно одинаково, что может служить косвенным диагностическим критерием.

- Паттерны боли.

На боль влияют многие факторы, которые могут как облегчить, так и усилить ее. Медсестра должна расспросить пациента о физической активности, приеме алкоголя или употреблении кофе, акте мочеиспускания, глотания либо эмоциональных стрессах. Она так-

Классификация боли по локализации

Дефиниция	Характеристики	Примеры
<p>Поверхностная (кожная) Боль, возникающая в результате воздействия на кожу</p>	<p>Боль краткой продолжительности и имеет четкую локализацию. Часто бывает острой.</p>	<p>Укол иглой; незначительный надрез.</p>
<p>Глубокая (висцеральная) Боль в результате стимуляции внутренних органов</p>	<p>Боль разлитая. Может мигрировать и иррадиировать. Продолжительность различна, но продолжительнее, чем поверхностная. Боль может быть острой, тупой или не соответствовать тому органу, который затронут.</p>	<p>Боли сжимающего характера (стенокардия); жгучего характера (язва желудка).</p>
<p>Отраженная (реперсуссионная) Частый феномен, связанный с висцеральной болью в органах, не имеющих болевых рецепторов. Вхождение сенсорных нейронов от затронутого органа в тот же сегмент спинного мозга, что и нейронов из области, где ощущается боль; перцепция боли в незатронутом органе</p>	<p>Боль ощущается в части тела, не зависимой от источника боли, и может иметь любые характеристики.</p>	<p>Острый инфаркт миокарда, который может иррадиировать в левую руку, левое плечо, челюсть, шею; камни почек, которые могут иррадиировать в паховую область.</p>
<p>Иррадиирующая Чувство боли простирается от места ее образования до другой части тела</p>	<p>Боль ощущается так, как будто она мигрирует в нижележащую или другую часть тела. Может быть перемежающейся или постоянной.</p>	<p>Боли в пояснице в результате поврежденного межпозвоночного диска сочетаются с болью в ноге за счет вовлечения седалищного нерва.</p>

же может попросить пациента продемонстрировать действия, которые вызывают боль, покашлять или принять определенное положение тела. Идентификация специфических факторов поможет лучше спланировать вмешательства, направленные на облегчение боли. В клинической практике очень часто возникает порочный круг, при котором боль приводит к стрессу, а стресс усугубляет негативное восприятие боли. Некоторые пациенты испытывают страдание от предстоящей боли до ее наступления. Страх боли может проявляться симптомами беспокойства, скованности, раздражения, а также такими физическими симптомами, как диарея, рвота, мышечные боли.

- Меры по ослаблению боли.

Медсестра должна знать — использует ли пациент эффективные способы облегчения боли. К ним относятся: перемена положения тела, ритуальные движения, еда, применение тепла или холода.

- Сопутствующие симптомы.

Сопутствующими симптомами часто являются тошнота, головная боль, головокружение, трудности с мочеиспусканием, запоры и беспокойство. Эти симптомы могут быть столь же значимой проблемой для пациента, как и сама боль.

- Наличие боли в анамнезе.

Знание анамнеза боли позволяет медсестре идентифицировать защитные механизмы пациента и его собственные стратегии совладения с болью.

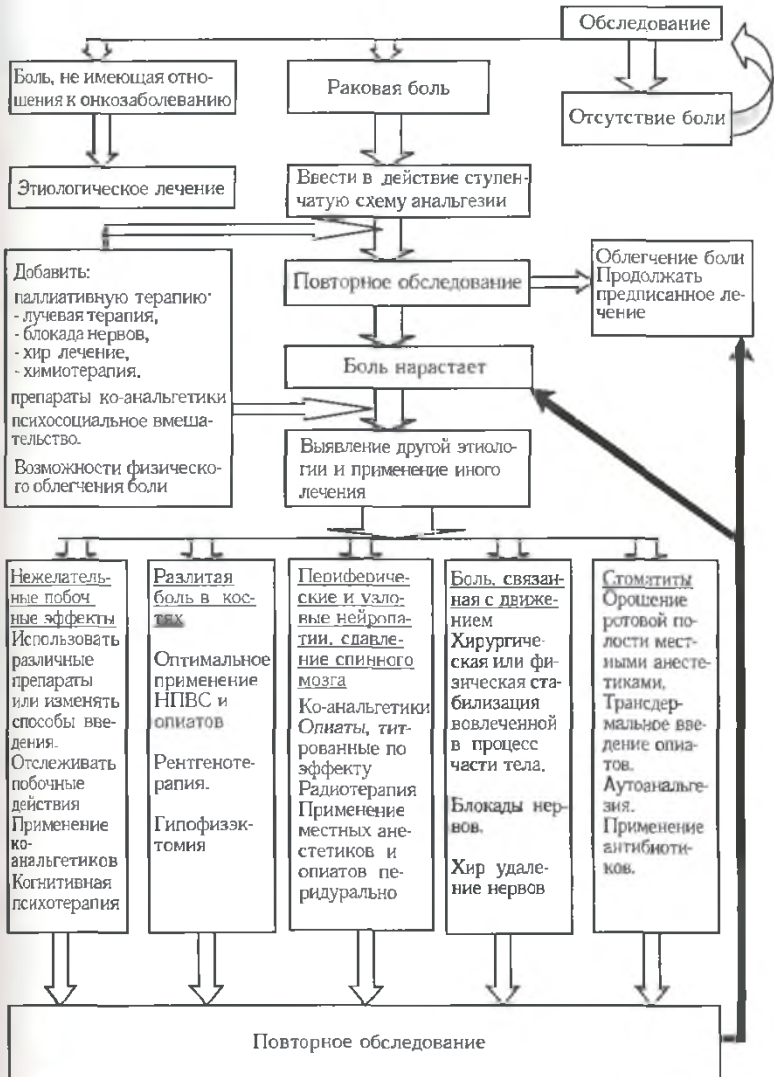
При устранении боли определение целей и достижение желаемых результатов будет зависеть от типа боли. В частности, полное устранение хронической боли иногда труднодостижимо (онкологические заболевания). (См. схему № 2 — Контроль боли у онкологических пациентов).

В таких ситуациях рекомендуется поэтапная постановка целей. Примером может служить постановка целей, связанных со временем суток и ежедневной жизненной активностью пациентов (Ханкс). Целью в отношении потенциально опасной или опасной боли, например, в послеоперационном периоде или при тяжелой травме является немедленное купирование боли с целью профилактики болевого шока. (См. схему № 3 — Лечение боли в послеоперационном периоде).

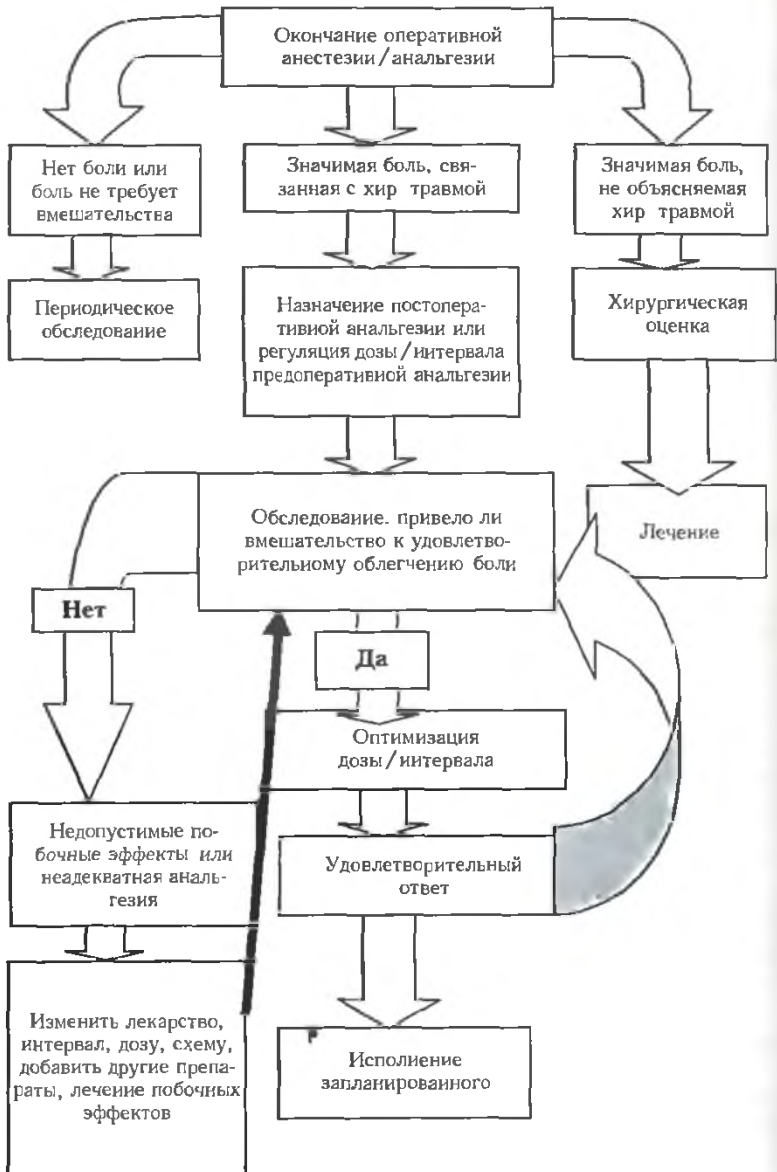
ПРИНЦИПЫ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛИ

- **Использовать различные типы мероприятий по облегчению боли.** Это играет дополнительную роль в облегчении состояния и позволяет изменить характер боли.
- **Превентивно проводить облегчающие боль процедуры.** Легче предупредить возникновение сильной боли, чем купировать ее.
- **Использовать те мероприятия, в эффективность которых верит пациент.** Вера пациента может сделать терапию более успешной, поэтому целесообразно включать такие мероприятия в план лечения, если они не приносят вреда.

Контроль боли у онкологических пациентов



Лечение боли в послеоперационном периоде



- **Уточнять возможности или желание пациента участвовать в мероприятиях, облегчающих боль.** Пациентам, не способным активно участвовать в терапии из-за утомления или снижения уровня сознания, предлагать мероприятия, требующие небольших физических усилий. Не следует форсировать участие таких пациентов в терапии.
- **Выбор облегчающих боль мероприятий** делается исходя из поведения пациента, которое свидетельствует об интенсивности боли. Никогда не следует назначать мощный анальгетик при слабой боли. Только пациент может оценить эффективность терапии.
- **Если терапия вначале оказалась неэффективной, предложить пациенту попробовать ее еще раз до отмены.** Тревожность пациента или его сомнения могут помешать облегчению боли. Возможен вариант, когда данное мероприятие требует дополнительной оценки, либо должно применяться неоднократно.
- **Пути достижения облегчения боли могут быть разными.** Не следует отвергать нетрадиционные способы облегчения боли. Это приводит к недоверию. Важное требование к такой терапии – ее безопасность для пациента.
- **Продолжать попытки купировать боль.** Когда попытки облегчить боль не удались, не следует обвинять в этом пациента. Надо переоценить ситуацию и найти альтернативные способы.
- **Защищать пациента.** Купирование боли не должно приводить к большему дистрессу, чем сама боль. Медсестра должна купировать боль, не принося дополнительных эмоциональных, физических или ментальных страданий.
- **Обучать пациента всему, что связано с болью.** Медсестра должна объяснять причину боли, время приема анальгетиков или схему их назначения, противопоказания к их использованию, возможность кумуляции и взаимодействия препаратов разных групп, а также альтернативные методики.

ПЛАНИРОВАНИЕ МЕР СЕСТРИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ И/ИЛИ УСТРАНЕНИЯ БОЛИ

1. Оценка ситуации и степени участия пациента в мероприятиях по устранению боли.

2. Применение анальгетиков и препаратов других фармакологических групп (ко-анальгетиков, синергистов) по назначению врача. (См. таблицу № 11. Анальгетики.)

3. Поддержка методов борьбы с болью, обычно применяемых самим пациентом:

- Внешние отвлекающие факторы, такие как: покачивание, потирание, «бегство в работу», поиск собеседников;

Анальгетики

<i>Группа лекарственных препаратов</i>	<i>Показания к применению</i>
<i>Ненаркотические анальгетики</i>	
<ul style="list-style-type: none"> •Ацетоминофен (тайленол) •Ацетилсалициловая кислота (аспирин) •Анальгин 	Постооперативная боль Ревматоидные и неревматоидные воспаления Лихорадка Альгодисменорея Головные боли сосудистого ге- неза
<i>НПВС</i>	
<ul style="list-style-type: none"> •Ибупрофен •Напроксен •Индометацин •Пироксикам 	
<i>Наркотические анальгетики</i>	
<ul style="list-style-type: none"> •Меперидин (демерол) •Метилморфин (кодеин) •Морфин-сульфат (морфин) •Фентанил 	Послеоперационная боль Ярко выраженная травматическая боль Боль, связанная с онкологичес- ким заболеванием (за исключе- нием меперидина) ОИМ
<i>Синергетики</i>	
<ul style="list-style-type: none"> •Амитриптилин •Кофеин •Хлорпромазин •Диазепам 	Тревожность Депрессия Тошнота Рвота

- Внутренние отвлекающие факторы, такие как: концентрация внимания при бодрствовании, фантазирование;
- Стратегии избегания, такие как: принятие определенной позы, неподвижность, сон.

4. Обучение пациента стратегиям преодоления и помощь в овладении ими. Методы отвлечения внимания, такие как: целенаправленное воображение, концентрация внимания, методы релаксации.

5. Применение методов неинвазивной физиотерапии. К ним относятся, например, кожная стимуляция, такая как давление, массаж, вибрация, применение тепла или холода.

6. Применение внешней анальгезии или чрескожной нервной стимуляции.

В качестве примера приведем вам особенности течения сестринского процесса при назначении наркотических анальгетиков.

I этап. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Субъективные и объективные данные.

- Медсестра отмечает сообщение пациента о наличии боли; отмечает начало, локализацию, качество и продолжительность боли. Это необходимая и важная информация для оценки эффективности после проведения терапии.

- Медсестра наблюдает за поведением пациента, связанным с болевым синдромом. Необходимо обследовать окружающую обстановку в поисках факторов, которые могут воздействовать на перцепцию боли. Это необходимо с целью идентификации факторов, которые могут изменить план сестринского ухода.
- Медсестра отмечает эффективность предшествующей терапии наркотическими анальгетиками с целью выяснения типа облегчения, который можно ожидать.
- Медсестра оценивает последнюю полученную пациентом дозу анальгетика и особенности его применения по истории болезни. Идентификация времени, когда может быть введена следующая доза.

II этап. УСТАНОВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА И ФОРМУЛИРОВКА СЕСТРИНСКОГО ДИАГНОЗА

Если пациент утверждает, что у него возникла боль или дискомфорт, либо демонстрирует паттерны поведения, свидетельствующие о боли (защитные механизмы, выражение и мимика лица, измененный тонус мышц), либо у пациента имеются симптомы, обусловленные болевой стимуляцией вегетативной нервной системы (потливость, частый пульс, подъем АД, изменения частоты дыхания), то сестринский диагноз будет звучать как **БОЛЬ**.

Если пациент ощущает боль более 6 месяцев, то сестринский диагноз будет звучать как **ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ**.

Если пациент сообщает о том, что он ощущает боль, чувство страха, дистресс, и демонстрирует симптомы поверхностной вазоконстрикции, расширение зрачка, беспокойство, мышечное дрожание или другие симптомы тревожности, то сестринский диагноз будет звучать как **ТРЕВОЖНОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ БОЛЬЮ**.

III этап. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

Идентификация ожидаемых результатов.

Боль купирована или интенсивность боли пациента снижена до приемлемого уровня, что подтверждается вербальными и невербальными признаками.

IV этап. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПЛАНА СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

До того как у пациента возникнет боль, у медсестры должно быть приготовлено все необходимое для анальгезии.

1. Медсестра должна удостовериться в назначениях врача, уточнить название препарата, дозу, способ введения и его интервалы. Это делается с целью обеспечения правильности выполнения процедуры и безопасности пациента.

2. Если информация о лекарстве недостаточно известна, то медсестра выясняет его действие, эффекты, в том числе — побочные. Обеспечение безопасности пациента.

3. Медсестра уточняет в листе назначений дату и время последнего введения препарата. Идентификация последней дозы, предотвращение передозировки препарата.

4. Для установления времени инъекции необходим мониторинг поведения пациента, касающегося ощущения боли.

5. Медсестра производит инъекцию, когда поведение пациента говорит о следующем:

- Боль возвращается после периода облегчения. Необходимо предотвратить возникновение такого уровня сильной боли, при котором назначенный препарат не принесет облегчения.
- Уровень боли — от умеренной до сильной. Идентификация боли, которая требует препарата для облегчения.

6. Медсестра должна обязательно пронаблюдать за наступлением эффекта от препарата.

7. Медсестра документирует произведенную инъекцию согласно общим правилам в истории болезни и листе назначений с целью обеспечения безопасности пациента. Необходимо соблюдение правил учета и контроля расходования наркотических препаратов.

8. Медсестра мониторирует ЧДД и функции дыхания, по крайней мере, один раз в час. Урежение дыхания и снижение уровня сознания говорит о высоком содержании препарата в крови и возможной передозировке.

У этап. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Установить путем дополнительного обследования — были ли достигнуты ожидаемые результаты:

Вербальное и невербальное подтверждение пациентом того, что боль купирована или находится на приемлемом для него уровне. (См. таблицу № 12. Возможные проблемы и пути их решения).

Таблица № 12

Возможные проблемы и пути их решения

Возможные проблемы	Пути решения
После применения наркотического анальгетика ЧДД снизилась с 16–14 до 10–8 в мин.	Тщательный мониторинг. Это признак угнетения ЦНС. Сообщить врачу, так как может потребоваться введение наркотических агонистов.
Пациент заявляет о наличии сильной боли до наступления времени следующей инъекции.	Попробовать методы, не связанные с введением наркотических препаратов. Если боль уменьшилась, посоветоваться с врачом по поводу увеличения дозы или уменьшения временного интервала между инъекциями.

Типичные послеоперационные осложнения и их профилактика

Эффективность интенсивной послеоперационной терапии при условии полноценного оперативного вмешательства определяется организацией постоянного динамического мониторинга, полноценного ухода за больным, адекватной терапевтической схемой, проводимой междисциплинарной бригадой специалистов, а также профилактикой, ранней диагностикой и интенсивным лечением возможных осложнений.

Главное содержание послеоперационной терапии — ее профилактическая направленность. Несостоятельность компенсаторных реакций ослабленного организма требует усилий, направленных на стабилизацию защитных сил, а при необходимости и на искусственное их замещение.

К основным компонентам послеоперационной терапии относятся:

- Адекватная анальгезия.
- Поддержание или коррекция газообмена.
- Обеспечение адекватного кровообращения.
- Коррекция нарушений метаболизма.
- Комплекс мероприятий, направленных на устранение симптомов основного заболевания.
- Поддержка адаптации пациента к изменившейся жизненной ситуации.
- Психотерапевтическая поддержка пациента и его семьи.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Обоснование.

Расстройства дыхания в раннем послеоперационном периоде могут быть вызваны: особенностями анестезии, характером хирургического вмешательства, основным патологическим процессом и сопутствующими заболеваниями. В последующие сутки осложнения, как правило, вызываются легочными осложнениями на фоне гиповолемических, микроциркуляторных, воспалительных и метаболических расстройств.

I. Расстройства центральных механизмов регуляции дыхания

Причинами центральных нарушений дыхания является депрессия дыхательного центра под воздействием наркотических анальгетиков, препаратов, используемых для анестезии, и некоторых других лекарственных средств. Кроме того, нарушения дыхания могут быть связаны с метаболическим или травматическим повреждением головного мозга. Глубокое угнетение дыхательного центра приводит к значительной гиповентиляции, расстройству газообмена (гипоксия, гиперкапния), развитию ОДН и расстройству крово-

обращения. Профилактика начинается во время операции, путем адекватного подбора параметров ИВЛ.

II. Расстройство периферических механизмов регуляции дыхания

Основной причиной этой группы осложнений является остаточная миорелаксация и рекурарезация, которые, в отсутствие должного наблюдения, быстро приводят к расстройству газообмена и остановке сердца.

Другими причинами могут быть: высокий спинальный блок, скрытая миастения, миопатия, несостоятельность дыхательной мускулатуры (утомление дыхательных мышц на фоне расстройств метаболизма).

Эти осложнения чаще наблюдаются у ослабленных и истощенных пациентов (онкологические больные, больные с патологией печени, почек, кишечника, белковым истощением), а также на фоне электролитных нарушений и введения в брюшную полость больших доз антибиотиков.

В план терапии помимо профилактических мер входит назначение антихолинэстеразных препаратов (прозерин, метацин, калимин) и динамическое наблюдение за их эффективностью.

III. Ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки

Основной причиной, ограничивающей подвижность грудной клетки, является боль в области оперативного вмешательства, особенно после операций на органах грудной и брюшной полостей.

Боль приводит к гиповентиляции легких, ограничению кашля, нарушению дренажной функции бронхов, что в конечном счете приводит к образованию ателектазов и пневмонии. Высокий риск ограничения экскурсии грудной клетки имеют больные с ожирением, парезом и атонией кишечника, при нефизиологическом положении больного в кровати, при наличии повреждения ребер, кифоза, деформации грудной клетки.

IV. Ограничение подвижности грудной клетки

Развивается в связи с возникновением закрытого или клапанного пневмоторакса, гемоторакса или гидроторакса. Компрессия легочной ткани приводит к уменьшению поверхности диффузии, гипоксии, перегрузке правых отделов сердца. Другой причиной может быть повреждение легочной ткани при неудачной пункции или катетеризации подключичной вены.

В момент операции необходимы тщательное зашивание плевральной полости, ее дренирование и полное расправление коллабированного легкого.

V. Нарушение проходимости дыхательных путей

Возникает вследствие западения языка у гиперрелаксированных пациентов, скопления в легких крови, гноя, мокроты, попадания в трахеобронхиальное дерево желудочного содержимого при регургитации.

Кроме того, важную роль играет изменение сурфактанта, ухудшение функционального состояния мерцательного эпителия трахеи и бронхов под воздействием сухих газонаркотических смесей, средств премедикации (атропин, морфин), барбитуратов, кислорода в высоких концентрациях.

Другими причинами могут быть дополнительное осеменение слизистой оболочки трахеобронхиального дерева и травматизация ее при инструментальных вмешательствах

VI. Расстройства дыхания, связанные с послеоперационными легочными осложнениями

- Ателектазы.
- Пневмонии, отек легких.
- Эмболии легочной артерии.

Грозные осложнения послеоперационного периода, которые потребуют дополнительных усилий всей междисциплинарной бригады и, в частности, консультации медсестры, специализирующейся в области терапии.

Вмешательства

1. Ознакомиться с анестезиологической картой; оценить характер анестезии; вид и дозы используемого анестетика.

2. Проконсультироваться с анестезиологом/анестезисткой по поводу использовавшихся во время операции режимов ИВЛ.

3. Изучить историю болезни, анализируя операционную и сопутствующую патологию, создающую высокий риск дыхательных нарушений.

4. Совместно с врачом определить параметры ИВЛ на время раннего послеоперационного периода.

5. Придать больному оптимальное положение в кровати, ориентируясь на природу заболевания и особенности хирургического вмешательства.

6. При наличии в просвете трахеобронхиального дерева жидкостей, тканевых фрагментов и т. д. информировать врача, обсудить с ним вопрос о проведении бронхоскопии, ассистировать во время процедуры.

7. Контролировать состояние спонтанного дыхания не реже 1 раза в 30 минут, определяя показания к экстубации.

8. Мониторировать показатели гемодинамики и дыхательной системы каждые 15 минут до полной стабилизации.

9. Мониторировать температуру тела не реже 1 раза в час (при нормотермии допустимо реже).

10. При несостоятельности периферических механизмов регуляции дыхания производить массаж верхних и нижних конечностей (улучшение периферического кровотока и уменьшение нервно-мышечного блока).

11. При нарушении оттока мокроты использовать приемы вибрационного и перкуссионного массажа, если они не противопоказаны.

12. Стимулировать использование упражнений ЛФК, изученных в предоперационном периоде; при проведении операции без подготовки обучить пациента соответствующим упражнениям.

13. С момента прихода пациента в сознание установить доверительный контакт с пациентом. Согласовать критерии оценки болевых ощущений для разработки адекватной схемы анальгезии.

14. Убедить больного сообщать о появлении признаков удушья, нехватки воздуха и т. д.

15. Поощрять больного кашлять.

16. Контролировать количество и качество отходящей мокроты; при нарушении оттока применять ингаляции растворов, разжижающих мокроту, аэрозольную ингаляционную терапию.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Обоснование

В ближайшем послеоперационном периоде острые нарушения гемодинамики могут быть вызваны волемической, сосудистой и сердечной недостаточностью, а также внезапной остановкой сердца.

I. Послеоперационная гиповолемия

Причиной послеоперационной гиповолемии являются:

- невосполненная во время операции кровопотеря,
- продолжающееся кровотечение (внутреннее или наружное),
- экссудация жидкости через серозные оболочки и ткани в зоне оперативного вмешательства,
- наружные потери жидкости (через органы дыхания, мочеполовые органы, кожу, кишечные свищи, дренажи, обширные раневые поверхности, с рвотными массами),
- образование «третьего пространства».

Организм значительно хуже переносит гиповолемию, нежели анемию. Снижение объема циркулирующей плазмы (ОЦП) на 20% сопровождается падением систолического давления АД до 80 мм рт. ст., тогда как снижение объема циркулирующих эритроцитов (ОЦЭ) на те же 20% компенсируется легко.

Вмешательства

Рассмотрены в разделе «Анестезиологическое пособие».

II. Сосудистая недостаточность

Сосудистая недостаточность токсического, нейрогенного, токсико-септического, аллергического генеза может стать одной из общих причин развития шокового состояния. К наиболее частым причинам развития сосудистой недостаточности относятся анафилактический и септический шоки.

Анафилактический шок

Анафилаксия отражает повышенную чувствительность организма на введение аллергена и в той или иной форме встречается у 10% больных, находящихся в стационаре (материалы ВОЗ, 1973 год).

Наиболее вероятной причиной развития анафилаксии является введение:

- белковых препаратов (гидролизин, аминокровин, сыворотки, вакцины, донорская кровь),
- лекарственных препаратов (антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, рентгеноконтрастных веществ, местных анестетиков).

Вмешательства

1. Тщательно собирать аллергологический анамнез.

2. Проводить аллергологические пробы перед использованием препаратов риска. Необходимо помнить, что проба на чувствительность к препарату должна проводиться всегда, когда есть подозрение на гиперчувствительность, а не только в традиционных случаях (антибиотики, контрастные вещества). В тяжелых случаях анафилаксии в анамнезе постановки предварительной пробы может потребоваться даже постановка горчичников.

3. При развитии анафилактического шока приступить к оказанию реанимационного пособия с использованием стандартной укладки, одновременно подав сигнал тревоги способом, предусмотренным на отделении.

4. Проконсультироваться с врачом по поводу аллергобезопасности разработанного плана лечебного процесса.

5. Исключить контакт пациента с внутрибольничными аллергенами (в том числе с дезинфектантами).

6. В случае первичного диагностирования анафилаксии инструктировать пациента и его близких при выписке по правилам аллергологической безопасности.

Септический шок

Септический (бактериемический, токсико-инфекционный) шок может быть определен как состояние, связанное с неадекватной тканевой перфузией, вследствие бактериемии и проявляющееся картиной острой сосудистой недостаточности. В отличие от других видов шока при септическом шоке клеточные повреждения первичны и клетка теряет способность утилизировать кислород раньше, чем возникают гемодинамические нарушения.

Септический шок может возникнуть у хирургических пациентов на фоне послеоперационных гнойных осложнений (нагноение послеоперационной раны, перитонит, абсцесс, эмпиема плевры, медиастенит, остеомиелит) и быть причиной летального исхода.

Факторы риска развития септического шока.

- Широкое и неадекватное использование антибиотиков.
- Иммуносупрессивная терапия.
- Кортикостероиды.
- Катетеризация мочевого пузыря.
- Долгое пребывание в стационаре.
- Хирургические манипуляции у ослабленных больных (цирроз, лейкемия, лимфома, диабет).

Как правило, возбудителем септического шока является грамотрицательная флора.

Сердечная недостаточность

Наиболее частой причиной острой сердечной недостаточности является острый инфаркт миокарда, возникающий вследствие несоответствия потребности миокарда в кислороде и возможностей коронарного кровотока. Особенности сестринского процесса при инфаркте миокарда рассматриваются в терапевтическом курсе.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА

Обоснование

У хирургических больных основными причинами нарушения водно-электролитного баланса являются наружные или внутренние потери воды и электролитов, причем внутренние потери обусловлены не только патологическим разделением жидкости между водными секторами, но и феноменом секвестрации в «третье пространство» (патологически раздутый желудок, кишечник, брюшную полость). Вместе с тем, нарушения водно-электролитного гомеостаза могут носить ятрогенный характер, вследствие чрезмерной и неконтролируемой регидратации. Максимальные сдвиги водно-электролитного баланса наблюдаются на 3–4 сутки послеоперационного периода.

Другими причинами нарушения водно-электролитного баланса могут быть: рвота, понос, раневая экссудация, наружные потери воды с потом (в результате гипер- и тахипноэ, гиперкатаболизма, гипертермии).

Вмешательства

1. Оценить по имеющимся документам состояние водно-электролитного баланса и функциональное состояние выделительной системы при поступлении больного после операции.

2. Проконсультироваться с анестезиологом/анестезисткой по поводу параметров периферической крови и диуреза в предоперационном и операционном периодах.

3. Установить (если не установлен ранее) мочевого катетер и немедленно приступить к контролю диуреза.

4. Проконсультироваться с врачом по поводу водной нагрузки и необходимого лабораторного мониторинга.

5. Мониторировать диурез и параметры гемодинамики.

6. Мониторировать ментальный статус больного.

7. Убедить пациента немедленно сообщить о появлении субъективных признаков обезвоживания: сухость слизистых, слабость, апатия, нарушения восприятия.

8. При признаках обезвоживания предлагать пациенту пить.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЯ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО РАВНОВЕСИЯ (КЩР)

Обоснование

В послеоперационном периоде самым частым нарушением КЩР является метаболический ацидоз, основной причиной которого служат гипоксия дыхательного, циркуляторного, анемического и гистотоксического генеза. При нарушениях доставки кислорода метаболизм клеток перестраивается на путь анаэробного гликолиза с внутриклеточным накоплением ионов H^+ .

Ослабление легочной вентиляции в послеоперационном периоде приводит к снижению оксигенации крови и накоплению углекислого газа.

Нарушение функции почек (снижение почечного кровотока, уменьшение диуреза), расстройства кровообращения (анемии, гиповолемия, изменение микроциркуляции), гиперкатаболизм как отражение реакции организма на операционную травму, повышение температуры тела создают условия для накопления ионов H^+ и нарушения КЩР.

У хирургических больных с избыточной потерей желудочного сока (частая рвота) может развиваться гипохлоремический, гипокалиемический, дефицитный алкалоз (алкалоз Дарроу). Он часто сочетается с дефицитом воды и сопровождается гемоконцентрацией, снижением ОЦК, ЦВД, МОК. В конечном счете развивается тканевая гипоксия.

Метаболический алкалоз может являться следствием циркуляторных и дыхательных расстройств. В основе этих процессов лежит гипоксия тканей, однако возможен вариант развития алкалоза за счет бесконтрольной инфузии растворов, содержащих натрий, на первоначальном этапе борьбы с метаболическим ацидозом.

Артифициальный алкалоз является искусственно созданным, как следствие избыточного введения щелочных растворов.

Вмешательства

1. Оценка параметров КЩР при поступлении больного из операционной.

2. Мониторинг КЩР до стабилизации показателей.

3. Использование методов экспресс-диагностики в острой ситуации.

4. Борьба с гиповентиляцией.
5. Рациональная оксигенотерапия.
6. Коррекция нарушения дыхания
7. Борьба с гиповолемией.
8. Контроль водно-электролитного баланса.

Основные синдромы в хирургии, принципы диагностики и лечения

СИНДРОМ «ОСТРОГО ЖИВОТА»

«Острый живот» — один из наиболее обобщенных клинических синдромов, широко распространенный в медицинской практике. В общих чертах он отражает клиническую ситуацию, связанную с острыми хирургическими заболеваниями или травмой органов брюшной полости, иными словами, с внезапно развившейся внутрибрюшной катастрофой.

Термин «острый живот» не следует рассматривать как медицинский жаргон. Он может быть вполне приемлем как сестринский диагноз, рабочая гипотеза, проблема пациента, особенно на догоспитальном этапе, так как всегда требует от медицинской сестры решительных действий — немедленной госпитализации больного в хирургический стационар, а также быстрой уточненной диагностики.

В основе синдрома «острого живота» чаще всего лежит патология, требующая хирургического лечения: перитонит, непроходимость кишечника, кровотечение в брюшную полость, нарушение кровоснабжения органов брюшной полости в результате сдавления или перекрута брыжейки, эмболии или тромбоза висцеральных сосудов.

Целесообразность выделения синдрома диктуется распространенностью заболеваний, сопровождающихся клинической картиной «острого живота». Среди контингента больных хирургических стационаров более 50% с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Послеоперационная летальность при этих заболеваниях, зависящая в основном от сроков диагностики и своевременности оперативного вмешательства, остается высокой и на протяжении ряда лет не имеет тенденции к снижению.

ДИАГНОСТИКА. *Анамнез* имеет важное значение в диагностике различных клинических форм «острого живота». У большинства больных он связан с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и пищеварительных желез. Следует обратить внимание на перенесенные заболевания и операции на органах брюшной полости; хронические заболевания, осложняющиеся различными формами «остро-

го живота» или предрасполагающие к возникновению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

При закрытой травме живота важное значение имеет выяснение механизма травмы, состояния органа в момент травмы. Возможность разрыва наполненного полого органа всегда более вероятна.

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости, за редким исключением, начинаются внезапно на фоне кажущегося полного благополучия.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА «острого живота» весьма разнообразна. Она зависит от характера заболевания или травмы, исходного состояния и возраста больного, реактивности организма, перенесенных и сопутствующих заболеваний, многих других факторов. Ряд жалоб, предъявляемых больными, имеют наибольшее значение.

Боль — постоянный симптом, встречающийся практически при всех острых хирургических заболеваниях и травмах органов брюшной полости. Необходимо выяснить первоначальный характер и локализацию боли, которая нередко меняется с течением времени.

Для перфорации полого органа типично внезапное появление очень сильной боли, которая затем принимает постоянный характер, усиливается при движении больного, любом физическом напряжении. Воспаление того или иного органа брюшной полости сопровождается сильной, постоянной, чаще локализованной болью.

Интенсивная схваткообразная боль возникает в результате резких мышечных сокращений полых органов при наличии препятствия на пути их опорожнения. При этом приступы боли могут чередоваться со светлыми промежутками различной длительности.

Важное значение в клинической картине «острого живота» имеет также иррадиирующая боль, т. е. ощущающаяся за пределами брюшной полости. Она бывает достаточно характерной для различных клинических форм острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. В связи с особенностями иннервации боль в животе, другие симптомы «острого живота» можно наблюдать и у больных с повреждениями и заболеваниями внебрюшных органов — «псевдоабдоминальный синдром».

Рвота — следующий по частоте симптом «острого живота». Она почти всегда появляется вслед за болью. Наличие и характер рвоты чаще не имеет самостоятельного диагностического значения, за исключением случаев высокой кишечной непроходимости, когда в рвотных массах очень быстро появляется кишечное содержимое.

Отсутствие стула и задержка газов — важные симптомы «острого живота», свидетельствующие о механической или функциональной (перитонит) кишечной непроходимости. Необходимо помнить, что при тонкокишечной непроходимости, особенно в начале заболевания, стул может быть нормальным, а при перитоните неред-

ко отмечают и поносы. Характер стула — черная или малиновая окраска кала, примесь свежей крови — имеет важное значение в диагностике желудочно-кишечных кровотечений.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Общее состояние и положение больного, его поза заслуживают пристального внимания. При перфорации полых органов, эмболиях висцеральных артерий и странгуляционной кишечной непроходимости, остром панкреатите больные в самом начале заболевания нередко находятся в состоянии болевого шока.

При перитоните они лежат на спине или на боку, часто с подтянутыми к животу ногами, избегают движений, которые приводят к усилению боли. Напротив, при интенсивной боли другой этиологии (острый панкреатит, кишечная непроходимость) больные беспокойны, часто меняют положение.

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЕ СИМПТОМЫ ПОЛУЧАЮТ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЖИВОТА. Брюшное дыхание может отсутствовать при ригидности мышц передней брюшной стенки, вздутии живота. Вздутие живота бывает равномерным (перитонит, парез кишечника) или асимметричным (отдельные виды кишечной непроходимости).

При наличии большого количества жидкости в брюшной полости живот как бы расплзается в стороны — «живот лягушки». Характерно исчезновение печеночной тупости при перфорации полого органа; высокий тимпанит при кишечной непроходимости; притупление перкуторного звука в отлогих местах живота при наличии жидкости в брюшной полости.

Отсутствие перистальтических шумов наблюдают уже в ранней стадии тромбоза или эмболии мезентериальных сосудов, при перитоните, парезе кишечника. Напротив, усиленные перистальтические шумы, шум «плеска» отмечают при кишечной непроходимости.

Ригидность мышц передней брюшной стенки, ограниченная или разлитая, — один из основных симптомов перитонита. Локализованное напряжение мышц часто соответствует положению пораженного органа.

Напряженность всей брюшной стенки отмечают при разлитом перитоните различной этиологии, особенно резко она выражена при перфорации полого органа. Степень напряженности мышц живота в значительной степени зависит от характера содержимого, попадающего в брюшную полость.

Наиболее резкое напряжение наблюдается при перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, когда в брюшную полость поступает кислое желудочное содержимое; значительно меньше напряжение мышц при наличии крови в брюшной полости,

перфорации опухоли желудка, даже при поступлении в брюшную полость содержимого тонкой или толстой кишки.

Болезненность при пальпации живота, ограниченная или разлитая, также является важным признаком «острого живота». Локализация максимальной болезненности с большой долей вероятности указывает на поражение органа, находящегося в этой области.

Пальцевое исследование прямой кишки и влагалищное исследование — обязательные компоненты обследования больных с синдромом «острого живота». При пальцевом исследовании прямой кишки обращают внимание на тонус сфинктера, наличие или отсутствие в ней темного кала или крови, болезненность передней стенки. Через прямую кишку можно прощупать воспалительные инфильтраты или опухоли, находящиеся в нижнем отделе брюшной полости, инвагинаты.

При вагинальном исследовании выясняют размеры матки и придатков, выявляют наличие крови или жидкости в полости малого таза, проявляющееся укорочением сводов влагалища; болезненность дугласова пространства при перитоните. Вагинальное исследование позволяет во многих случаях дифференцировать острые хирургические заболевания органов брюшной полости от гинекологических.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Необходимость клинических анализов крови и мочи, кислотно-щелочного состояния и т. д. не вызывает сомнений. Важно, однако, подчеркнуть, что диагностическое значение лабораторных методов исследования при «остром животе», за исключением острого панкреатита, довольно относительно.

Рентгенологическое исследование — один из важнейших компонентов обследования больного. При обзорной рентгеноскопии или на обзорных рентгенограммах брюшной полости выявляют свободный газ под диафрагмой при перфорации полого органа, жидкость в брюшной полости при перитоните или кровотечении, уровни жидкости в кишечнике (чаши Клойбера) при кишечной непроходимости.

В большинстве случаев синдрома «острого живота» на основании жалоб больного, анамнеза заболевания и объективного обследования, специальных методов исследования могут быть диагностированы перитонит, непроходимость кишечника или желчных путей, кровотечение. При травме органов брюшной полости нередко отмечают сочетание различной патологии, например, перитонита, кровотечения и шока. В зависимости от клинических форм синдрома на первое место выступают те или иные общие и местные признаки «острого живота» (См. таблицу № 13. Общие и местные признаки «острого живота»).

Общие и местные признаки «острого живота»

Характер патологии	Общие симптомы	Местные симптомы
Травма	Шок Кровотечение	Напряжение мышц и болезненность передней брюшной стенки
Перитонит	Интоксикация	То же
Кровотечение	Кровотечение	Мягкая, но болезненная передняя брюшная стенка; притупление в отлогих местах живота
Кишечная непроходимость	Дегидратация	Живот мягкий, вздутый, чаще локализованная болезненность

Проникающие ранения живота. Как правило, диагностика не представляет трудностей. Вид ранящего оружия, локализация и характер раны и ее краев, вид раневого отделяемого, предположение о возможной проекции раневого канала, предлежание к ране или выпадение какого-либо органа облегчают решение диагностических задач.

Манипуляции в самой ране (зондирование) с целью диагностики должны быть полностью исключены. Окончательный диагноз устанавливают в ходе лапаротомии.

Закрытая травма живота делится на две группы: *без повреждения органов брюшной полости* (повреждения брюшной стенки, забрюшинные гематомы) и *с повреждением органов брюшной полости* (паренхиматозных и полых органов).

Кроме этого выделяют изолированные повреждения живота и травмы, сочетанные с повреждением других частей тела.

Повреждение внутренних органов при закрытой травме живота более чем у 50% пострадавших сопровождается шоком, искажающим клиническую картину, создающим значительные трудности в диагностике. Диагностика трудна также при сочетанных повреждениях и у больных, находящихся в состоянии алкогольного опьянения.

При закрытой травме живота наиболее часто повреждаются печень, селезенка, тонкая кишка, реже толстая кишка. К редким относят повреждения желудка, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков.

Клиническая картина закрытой травмы живота переменчива, комбинации и степень выраженности отдельных симптомов различны. Все это нередко не дает опорных пунктов для диагностики повреждения того или иного органа.

Важное значение в диагностике имеют различные рентгенологические методы исследования: обзорные снимки грудной клетки и

брюшной полости в различных проекциях, экскреторная урография и ангиография. Эти методы позволяют выявить пневмо- и гемоперитонеум, забрюшинную гематому.

Кровотечение в брюшную полость. Спонтанные кровотечения в брюшную полость встречаются значительно реже, чем травматические. Наиболее частые их причины — нарушенная внематочная беременность и разрыв кисты яичника. Реже наблюдают спонтанные разрывы селезенки, висцеральных артерий, например, разрыв аневризмы селезеночной артерии.

Гемоперитонеум диагностируют на основании общих признаков кровопотери (бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления, анемия) и местных симптомов.

При внутрибрюшном кровотечении живот обычно мягкий, но болезненный при пальпации; симптом Щеткина — Блюмберга положительный. Определяют притупление в отлогах места живота. Отмечают признаки пареза кишечника — умеренное равномерное вздутие живота, отсутствие или ослабление перистальтических шумов. Диагноз подтверждают при обзорной рентгеноскопии (рентгенографии) брюшной полости и с помощью лапароцентеза.

ЛЕЧЕНИЕ. При малейшем подозрении на «острый живот» необходима немедленная госпитализация больного в хирургический стационар. Запрещается введение болеутоляющих средств, которые могут способствовать обманчивому улучшению самочувствия больного и тем самым затруднить диагностику. Введение наркотиков допустимо лишь в крайне редких случаях для уменьшения или профилактики шоковых явлений перед транспортировкой больных в стационар.

В хирургическом стационаре для уточнения диагноза используют все средства и способы клинического исследования, включая вспомогательные методы. Прогноз при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости зависит от своевременности оперативного вмешательства.

Поэтому если невозможно по тем или иным причинам установить точный диагноз, нужно решить дилемму — является ли заболевание хирургическим?

И только если все средства диагностики исчерпаны, показана диагностическая лапаротомия. Дальнейшее выжидание, динамическое наблюдение за больным может быть опаснее, чем пробное чревосечение.

Практически, если на протяжении 6 ч у прежде здорового человека продолжают сильные боли в животе, а точный диагноз установить не удастся, необходимо решить вопрос о диагностической лапаротомии. Ее выполняют после соответствующей предоперационной подготовки.

СИНДРОМ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

Почечная колика — это болевой синдром, возникающий при остром нарушении оттока мочи вследствие обтурации верхних мочевых путей конкрементом, сгустком крови, слизи или гноя, конгломератом мочевых солей, казеозными массами, отторгнувшимися некротизированными сосочками, в результате перегиба мочеточника или спазма почечной лоханки, мочеточника.

Почечная колика может наблюдаться при функциональных расстройствах верхних мочевых путей, нарушениях кровообращения в почках и мочеточниках, при лечении глюкокортикоидами, при аллергических и других заболеваниях.

Наиболее частой причиной почечной колики являются уролитиаз и мочекаменные диатезы. При камнях почек почечная колика наблюдается у 50% больных, при камнях мочеточников — у 95–98%.

Острое нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей приводит к переполнению чашечно-лоханочной системы мочой выше окклюзии, к повышению прилоханочного давления и расстройству кровообращения в почке.

Колика нарушает состояние почки и ее функции (уродинамику, гемодинамику, фильтрацию мочи и т. д.). Повышение внутрилоханочного давления может вызвать разрыв свода чашек и появление лоханочно-почечных рефлюксов.

Следствием этого является поступление (экстравазация) мочи в жировую клетчатку синуса, в околочашечковую, околопочечную и забрюшинную клетчатку. Мочевая инфильтрация жировой клетчатки приводит к развитию фиброзно-склеротических изменений в почечном синусе, в околопочечной жировой клетчатке.

В результате этого создаются неблагоприятные условия для нормальной сократительной деятельности чашечно-лоханочной системы.

Таким образом, почечная колика — это не просто болевой синдром, а серьезное нарушение многих функций почек, которые могут вызвать тяжелые осложнения, представляющие опасность для жизни больных (острый гнойный пиелонефрит, бактериемический шок, околопочечная флегмона).

Почечная колика возникает внезапно, без видимых причин, днем или ночью, в покое или при движении. Боли при этом носят приступообразный характер с периодами обострения и затишья. Продолжительность приступа — от нескольких минут до суток и более.

Боли настолько сильные, резкие, нестерпимые, что больной мечется, не находит себе места, принимает самые разнообразные позы для успокоения болей. Обычно он старается согнуться, кладя руку на поясничную область, где ощущает нестерпимые боли.

Для почечной колики характерна локализация болей по ходу мочеточника с иррадиацией в подвздошную, паховую и надлобковую области, внутренние поверхности бедер и наружные половые органы. Нередко колика сопровождается учащением мочеиспускания или болями в мочеиспускательном канале. После прекращения приступа почечной колики остаются тупые боли в поясничной области, но больные чувствуют себя лучше и возвращаются к обычной работе.

При пальпации поясничной области или при ее сотрясении у больных с почечной коликой на стороне поражения возникает боль.

Почечная колика — это сложный симптомокомплекс, представляющий собой реакцию всех систем организма. Наличие в симптомокомплексе почечной колики ложных перитонеальных симптомов создает определенные сложности при дифференциальной диагностике заболеваний почки, мочеточника с органами брюшной полости.

Почечной колике обычно сопутствуют тошнота, рвота, парез кишечника, позывы на дефекацию. Эти признаки обусловлены проникновением мочи в клетчатку почечного синуса, в околопочечную и забрюшинную клетчатку.

Перитониальная инфильтрация мочой рефлекторно вызывает раздражение брюшины. Остро возникшая экставазация мочи в околопочечную и забрюшинную клетчатку часто протекает с симптомокомплексом острого живота, что ведет к ошибочной диагностике ряда заболеваний органов брюшной полости (аппендицит, холецистит, перитонит, кишечная непроходимость и т. д.).

Дифференцированию этих состояний могут способствовать следующие признаки. Тошнота, рвота и боли при почечной колике возникают почти одновременно. При остром аппендиците рвота появляется спустя длительное время после возникновения болей.

Почечная колика справа приводит к усилению перистальтики конечного отдела тонкой кишки и начального отдела толстой кишки, сопровождающемуся их спастическим сокращением, что обуславливает рефлекторное развитие пареза кишечника. Это часто приводит к гипердиагностике острого аппендицита.

При почечной колике живот даже при парезе кишечника участвует в акте дыхания. Возможна тахикардия, бывает и нормокардия. На высоте почечной колики может иметь место умеренная артериальная гипертензия.

Изменения крови при почечной колике проявляются в виде лейкоцитоза ($9,8 \cdot 10^9 \dots 16,4 \cdot 10^9$ /л), увеличенной СОЭ (20–50 мм/ч), повышенного содержания мочевины.

У части больных с почечной коликой наблюдается повышение температуры тела, бывают ознобы. Подъем температуры тела до $38 \dots 39^\circ\text{C}$ длится 1–2 суток, с последующим литическим падением.

Изменения температуры тела больного, пульса, артериального давления, анализов крови не являются постоянными и могут также симулировать острые заболевания органов брюшной полости.

Более постоянны изменения в моче. Однако на высоте почечной колики патологические изменения в моче могут отсутствовать, так как в этот момент моча со стороны пораженной почки или мочеточника в мочевой пузырь не поступает.

После купирования почечной колики в моче можно выявить повышенное количество свежих эритроцитов, лейкоцитов, белка, наличие солей и слизи.

Почечная колика требует экстренной помощи и срочной госпитализации больного. Лечение в домашних условиях до выяснения причины болевого приступа противопоказано. Наличие острого болевого приступа требует от сестры быстрого распознавания почечной колики и принятия срочных мер. Исключение острого хирургического заболевания брюшной полости проводится специалистом в стационаре.

Проведение лечебных мероприятий при почечной колике в догоспитальном периоде допустимо лишь тогда, когда диагноз не вызывает сомнений. Начинается лечение со снятия болевого синдрома.

Это достигается применением спазмолитических, обезболивающих средств и тепловых процедур. На догоспитальном этапе можно применять тепло в виде грелок, нагретого песка, горячих ванн (температура 40...50°C).

В большинстве случаев эти простые мероприятия уменьшают или полностью снимают боли. Когда их применение неэффективно, используют медикаментозные препараты.

Начинают обычно с внутримышечного введения одного из спазмолитических (атропин 0,1% раствор — 1 мл, платифиллин 0,2% раствор — 1 мл, папаверин 2% раствор — 2 мл, но-шпа 2% раствор — 2 мл, магния сульфат 25% раствор — 10 мл) или обезболивающих средств (анальгин 50% раствор — 1 мл, промедол 1% раствор — 1 мл, омнопон 2% раствор — 1 мл).

Применение наркотиков при почечной колике допустимо только при исключении заболеваний органов брюшной полости. Чаще можно обойтись и без них. Одним из лучших препаратов для купирования боли следует признать баралгин (5 мл), оказывающий наиболее эффективное действие при внутривенном введении. Препарат противопоказан у больных с аллергической реакцией на анальгетики.

Для купирования почечной колики в стационаре предпочтительнее применение «литических смесей». Наиболее употребляемые смеси:

1) платифиллин (0,2% — 1 мл) + промедол (1% — 1 мл) + димедрол (1% — 1 мл);

2) папаверин (2% — 2 мл) + промедол (1% — 1 мл) + анальгин (50% — 1 мл) + пентамин (5% — 0,5—1 мл);

3) галидор (2,5% — 2 мл) + папаверин (2% — 2 мл) + димедрол (1% — 1 мл) + аминазин (2,5% — 1 мл);

4) но-шпа (2% — 2 мл) + пипольфен (2,5% — 2 мл).

С лечебной, а также дифференциально-диагностической целью можно провести блокаду семенного канатика у мужчин или круглой связки матки у женщин 10—30 мл 1% раствора новокаина. После новокаиновой блокады почечная колика через 15—20 мин затихает; при острых заболеваниях брюшной полости боли не уменьшаются. Иногда для снятия приступа почечной колики применяют паравертебральную блокаду хлорэтилом.

Оказание своевременной неотложной помощи больному с почечной коликой способствует быстрому восстановлению нарушенных функций органа и предотвращает возникновение тяжелых осложнений. Каждый больной после устранения почечной колики нуждается в детальном урологическом обследовании.

СИНДРОМ ГЕМАТУРИИ

Гематурия является одним из ведущих симптомов урологических заболеваний. Обычно под симптомом гематурии подразумевается визуально определяемая кровь в моче. Ее появление связано с повреждением кровеносных сосудов, сообщающихся с мочевыми путями.

Такое повреждение может произойти в любом органе мочевой системы и при ряде заболеваний, но особенно — при новообразованиях. Различают гематурию микроскопическую (видимую под микроскопом) и макроскопическую (видима невооруженным глазом).

Гематурию следует отличать от уретроррагии — выделения крови из уретры (кровотечение из нее) вне акта мочеиспускания. Это наблюдается при заболеваниях мочеиспускательного канала (травма, опухоли, колликулит).

Макрогематурия может быть инициальной (начальной), терминальной (конечной) и тотальной. Вид макрогематурии и источник кровотечения могут быть установлены с помощью трехстаканной пробы.

При инициальной гематурии примесь крови наблюдается в последней порции мочи, что указывает на патологический процесс в задней части уретры или в мочевом пузыре.

При тотальной гематурии окрашены все порции мочи. Это может быть обусловлено локализацией патологического процесса в почках, мочеточнике или мочевом пузыре.

Наиболее частыми заболеваниями, которые сопровождаются макрогематурией, являются опухоли, специфические и неспецифические воспалительные заболевания мочевых путей, мочекаменная болезнь, нефроптоз и травмы.

Почечная гематурия может также наблюдаться при гломеруло-нефрите, сердечно-сосудистой недостаточности III степени, при общих заболеваниях, протекающих с выраженным геморрагическим синдромом, при применении лекарственных препаратов (антикоагулянты, метициллин, ампициллин, уротропин).

Начальная и терминальная гематурия дает четкое представление об уровне кровотечения и относится целиком к компетенции уролога. Когда источник кровотечения не выяснен, то говорят об эссенциальной (невъясненной этиологии) гематурии.

Тотальная гематурия может быть односторонней или двусторонней. Двусторонняя почечная гематурия — это, как правило, проявление гломерулярных поражений. Она сочетается с цилиндрурией, протеинурией, характеризуется отсутствием кровяных сгустков.

Характерными особенностями гематурии при опухолях почек являются внезапное начало, профузность, наличие сгустков (бесформенные или червеобразные), интермиттирующий характер, нередко безболевого течения.

Червеобразная форма сгустков крови указывает на кровотечение из верхних мочевых путей и их формирование в мочеточнике. Однако при сильном почечном кровотечении таких сгустков может не быть, так как кровь не успевает свернуться в мочеточнике и свертывается в мочевом пузыре, где чаще образуются бесформенные сгустки.

При этом могут образовываться ограниченные по размеру сгустки, которые занимают значительный объем полости мочевого пузыря и обуславливают частичную или полную задержку мочи. Наступает так называемая **тампонада мочевого пузыря** сгустками крови.

Степень кровопотери нельзя оценивать по интенсивности окраски мочи, так как уже содержание 1 мл крови в 1 л мочи придает ей красный цвет. **Интенсивность кровотечения** определяется наличием кровяных сгустков, **степень кровопотери** — показателями гемоглобина и гематокрита.

Ярко-красный цвет мочи свидетельствует о продолжающемся кровотечении. Наличие кровяных сгустков указывает на значительное и свежее кровотечение. Когда моча приобретает темную окраску, следует считать, что кровотечение прекратилось.

НЕОБХОДИМО ПОМНИТЬ, что цвет мочи может меняться при приеме различных лекарственных препаратов (амидопирин, 5-НОК, ревень, фенолфталеин, марена красильная) и пищевых продуктов (свекла, цветной зефир и др.).

Красноватый цвет может наблюдаться при интенсивном выделении с мочой мочевой кислоты и ее солей (гиперурикурия, уратурия). При гемоглобинурии моча также окрашена кровью, но в ней нет эритроцитов.

Кровавая окраска (рубиново-красный цвет) зависит от распада эритроцитов (гемолиз) и выделения с мочой гемоглобина, который находится в ней в виде цилиндров.

При сдавлении и размождении тканей (синдром позиционного сдавления) моча приобретает красно-бурую окраску, что обусловлено наличием в ней гемоглобина.

Если у больного имеется непродолжительная, незначительная или умеренная макрогематурия, не вызывающая анемизации, то опасности для жизни она не представляет.

Значительная гематурия, носящая профузный характер, с большим количеством червеобразных или бесформенных сгустков, может в короткий срок привести к тяжелой анемии, что представляет непосредственную угрозу для жизни больного.

Следует помнить, что прежде чем приступить к крововосстанавливающим мероприятиям, необходимо установить причины и источник кровотечения.

НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ гемостатические препараты (дицинон, андроксоний, викасол и др.) и сердечные средства вводятся при выраженной гематурии, когда имеются признаки внутреннего кровотечения. Тогда же могут возникнуть показания к переливанию кровозаменителей и других препаратов.

В СТАЦИОНАРЕ урологом производится срочная цистоскопия, чтобы установить источник кровотечения (мочевой пузырь, правый или левый мочеточник).

При наличии макрогематурии больной подлежит срочной госпитализации. Больной с гематурией, в том числе и микроскопической, должен быть подвергнут тщательному урологическому обследованию для выявления или исключения опухоли почки. Больные с микрогематурией направляются для обследования к врачу в плановом порядке. При тампонаде мочевого пузыря в стационаре производится отмывание его от сгустков крови. При неуспехе проводится операция.

СИНДРОМ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ И АНУРИИ

Под задержкой мочи (ЗМ) понимают невозможность опорожнения переполненного мочевого пузыря. ЗМ необходимо отличать от анурии, при которой мочеиспускание не происходит из-за нарушенного мочеотделения или при обструкции почек. При задержке мочи у больного имеются сильные позывы к мочеиспусканию, а при анурии позывов нет.

Задержка мочи — одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации урологических больных. Больные, поступившие с ЗМ, составляют 7–8% от всех больных, нуждающихся в неотложной урологической помощи (220–230 больных в год).

ЗМ является осложнением многих заболеваний. Нарушение мочеиспускания наблюдается при патологических изменениях как самих мочеполовых органов, так и других систем.

Причины ЗМ делятся на 2 группы: 1) обусловленные поражением мочеполовых органов (заболевания почек, предстательной железы, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала); 2) не зависящие от состояния органов мочеполовой системы (заболевания ЦНС, рефлекторные функциональные причины, медикаментозная интоксикация).

В основе первого варианта ЗМ лежит механический фактор — закупорка уретры, мочевых путей изнутри или сдавление извне. К ней приводят такие заболевания, как камни почек и мочеточников, аденома или рак предстательной железы, травма уретры, камень мочевого пузыря, склероз шейки мочевого пузыря, опухоль уретры или шейки мочевого пузыря, острый простатит, фимоз, рак прямой кишки, опухоль шейки матки.

Второй вариант ЗМ вызывают опухоли и травмы спинного и головного мозга, *tabes dorsalis*, истерия, хирургические операции, роды, послеоперационный период, медикаментозная интоксикация, вынужденное длительное пребывание в постели. ЗМ второго вида наступает вследствие снижения тонуса детрузора.

Различают **частичную (неполную) и полную ЗМ**. Под частичной ЗМ понимают такое состояние, когда больной мочится самостоятельно, но мочевой пузырь полностью не опорожняется. Остающаяся моча называется остаточной. Если количество оставшейся мочи превышает 100 мл, то ее можно определить перкуторно над лобком, а в стационаре — путем катетеризации, а также с помощью экстренной уретероцистографии или радионуклидной цистографии.

ЗМ может быть **острой и хронической**. При полной ЗМ больной самостоятельно не мочится. ОЗМ может наступить внезапно, как бы среди полного благополучия, или может развиваться на фоне частичной хронической ЗМ. Иногда она развивается после физического или психического напряжения, после приема алкогольных напитков. Приступ ОЗМ сопровождается сильными болями над лобком, иррадиирующими в половой член.

Хроническая ЗМ может быть продолжением ОЗМ или развивается постепенно, без предшествующего острого периода. Если при

полной задержке не производится катетеризация мочевого пузыря, то наступает парез детрузора и сфинктера мочевого пузыря вследствие перерастяжения его стенок, и тогда моча начинает выделяться небольшими порциями или по каплям из мочеиспускательного канала.

Такое непроизвольное мочеиспускание при переполненном мочевом пузыре носит название **парадоксальной ишурии**. Хроническая ЗМ сопровождается учащенными позывами к мочеиспусканию, никтурией, истончением струи мочи и появлением чувства неполного опорожнения мочевого пузыря.

Наблюдается и **послеоперационная задержка мочеиспускания**. Она носит рефлекторный характер и наблюдается после различных операций на органах малого таза или других. **Механизм ее возникновения обусловлен отсутствием привычки к мочеиспусканию в положении лежа, болью в ране при напряжении мышц передней брюшной стенки, снижением тонуса детрузора после наркоза, спинномозговой анестезией.**

Объективным признаком ЗМ является тупость при перкуссии над лобком. При переполненном, растянутом мочевом пузыре верхняя граница тупости может доходить до мечевидного отростка грудины. В таких случаях при осмотре мочевой пузырь образует выпячивание округлой формы, эластической или плотноэластической консистенции; при надавливании на него больной мочится.

ОЗМ требует неотложной помощи в виде опорожнения мочевого пузыря и восстановления нарушенного оттока мочи. Опорожнение мочевого пузыря на догоспитальном этапе осуществляется путем катетеризации или надлобковой пункции его, а при рефлекторной ЗМ — при помощи медикаментозных средств.

Катетеризация мочевого пузыря производится резиновым нелатоновским катетером. Неудачи, связанные с катетеризацией, обуславливаются несоблюдением правил ее проведения.

Прежде всего нужно обратить внимание на состояние катетера. Порой многократно кипяченный катетер теряет эластичность и упругость, введение его в мочевой пузырь становится затрудненным. Необходимо обработать наружное отверстие мочеиспускательного канала каким-либо дезинфицирующим раствором (фурацилин 1:5000 или 2% раствор борной кислоты, или 3% раствор перекиси водорода).

Обработка проводится 1–2-кратным легким прижатием марлевого шарика, не втирая содержимого препуциального мешка в наружное отверстие уретры. Катетер должен быть обильно смочен стерильным глицерином или вазелиновым маслом.

Поступательное движение катетера должно производиться пинцетом «короткими шажками», в среднем на 1–1,5 см. Скорость

введения катетера должна непрерывно возрастать по мере приближения катетера к проксимальному отделу уретры. Этим удается преодолеть присасывающую силу просвета мочеиспускательного канала.

Пользоваться металлическим катетером медицинской сестре можно только в крайних случаях, когда не удается провести резиновый катетер. Грубое проведение металлического катетера может привести к образованию ложных ходов, кровотечению из уретры (уретроррагия), к уретральной лихорадке, а иногда — и к перфорации мочевого пузыря.

Если **ОЗМ вызвана травмой уретры**, то катетеризация мочевого пузыря противопоказана. В таких случаях необходимо производить надлобковую пункцию мочевого пузыря. После обработки кожи 5% спиртовым раствором йода инъекционной иглой в 15–20 см прокалывают переднюю брюшную стенку строго по средней линии на 2 см выше лобкового симфиза.

О попадании иглы в мочевой пузырь свидетельствует выделение мочи; на иглу надевается резиновая трубка. Больные с повреждениями мочеиспускательного канала вследствие перелома костей таза должны транспортироваться на щите с разведенными и слегка согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, с валиком под коленями.

Анурия — это одно из наиболее опасных для жизни больного осложнений, которое встречается в урологической практике. Она является клиническим признаком, свидетельствующим о тяжелом нарушении функции почек, первичным или вследствие обструкции мочевых путей.

Под анурией понимают отсутствие мочи в мочевом пузыре, подтвержденное катетеризацией. Диагноз анурии можно ставить **только тогда, когда отсутствие выделения мочи продолжается больше суток.**

В клинической практике различают **3 основные формы анурии**: преренальную, ренальную и постренальную. При первых двух формах анурии отсутствует секреция мочи (мочеотделение), они являются секреторными. Третья форма — экскреторная, т. е. моча выделяется почками, но не достигает мочевого пузыря вследствие обструкции верхних мочевых путей.

Преренальная анурия возникает вследствие недостаточности притоков крови к почкам (шок, сердечная недостаточность) или полного его прекращения (тромбоз аорты, нижней полой вены, почечных артерий или вен), а также в результате гипогидратации (кровопотеря, профузный понос, неукротимая рвота).

Ренальная анурия развивается в результате поражения почечной паренхимы (клубочкового и канального аппарата), в основе ко-

того лежит нарушение кровообращения (ишемия, гипоксия), обусловленное различными причинами (переливание несовместимой крови, отравление нефротоксическими ядами, синдром разможнения).

Наиболее частыми причинами **постренальной анурии** являются двусторонние камни почек, сдавление мочеточников опухолью извне, случайное наложение лигатур на мочеточник при гинекологических операциях, обтурация просвета мочеточника при мочекишечной кризе или сульфаниламидными солями.

Установить форму анурии можно на основании симптомов того заболевания, которое явилось ее причиной. Если у больного имеется прerenальная анурия на фоне сердечно-сосудистой недостаточности или коллапса, то лечение проводят сердечными средствами либо вазотоническими препаратами.

До инъекций больного нужно уложить в постель. Лучше такого больного госпитализировать в терапевтическое отделение. Транспортировка лежа на носилках. Если анамнестические данные и симптоматика указывают на наличие ренальной формы анурии (после отравления, переливания несовместимой крови, при анаэробном сепсисе, синдроме раздавливания), больного нужно срочно отправлять в отделение гемодиализа.

При **постренальной анурии** больной нуждается в экстренной госпитализации в урологическое отделение. Самой частой причиной такой анурии являются наличие камня в почке или мочеточнике. При боли в поясничной области показано назначение спазмолитических и обезболивающих средств.

СИНДРОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИПЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Кровотечение в просвет пищеварительного тракта — тяжелое осложнение большого числа заболеваний; в литературе их описано свыше 100.

Хроническое кровотечение, компенсируясь вначале за счет активации кроветворной системы, может проявляться затем медленно нарастающей анемизацией больного; при этом кровь в кале обнаруживают лишь с помощью бензидиновой пробы.

Острая кровопотеря сопровождается развитием характерного синдрома, основными симптомами которого являются черный или дегтеобразный кал (*melaena* — чернуха), рвота кровью (*haematemesis*) или «кофейной гущей».

Наличие и выраженность этих признаков кровотечения определяются локализацией его источника, объемом и скоростью кровопотери, скоростью пассажа крови по кишечнику, а также наличием соляной кислоты в желудке. Кровотечение в объеме 25–50 мл выявляют только бензидиновой пробой, в объеме 60 мл — может привести к появлению черного кала; истинная мелена — дегте-

образный жидкий стул — бывает при кровотечении в объеме примерно 500 мл.

КЛАССИФИКАЦИЯ. Существует терминологическая путаница в определении желудочно-кишечных кровотечений. Наряду с **острым** и **хроническим** выделяют кровотечения **массивные** и **немассивные**. Последний термин определяют редко. Однако и массивное кровотечение может быть и острым, и хроническим.

Под **профузным кровотечением** понимают одномоментное и быстрое поступление в просвет пищеварительного тракта большого количества крови (до 1 л), сопровождающееся развитием типичного симптомокомплекса: рвота кровью, мелена, коллапс.

Однако и эта характеристика не является достаточно объективной. В частности, развитие коллапса зависит от многих факторов — пола и возраста больного, наличия сердечно-сосудистых или других сопутствующих заболеваний, предшествующего уровня гемоглобина, длительности кровотечения.

Относительно медленная потеря до 500 мл крови может вообще не сопровождаться какими-либо сердечно-сосудистыми расстройствами. В то же время быстрая потеря 500 мл крови у больного в пожилом возрасте с сердечно-сосудистой недостаточностью может привести к геморрагическому шоку. Более важное значение для лечебной тактики, чем термины «острое», «массивное» или «профузное» кровотечение, имеет адекватная оценка тяжести кровопотери.

Объем кровопотери. Существуют различные критерии определения тяжести кровотечения, основанные на клинических и лабораторных тестах. При длительных кровотечениях картина анемии развивается соответственно величине кровопотери.

В хирургической практике наиболее удобно оценивать тяжесть кровотечения по клиническим данным и результатам исследования ОЦК, выделяя три степени кровопотери.

I СТЕПЕНЬ — легкая кровопотеря: общее состояние больного удовлетворительное, умеренная тахикардия (до 100 ударов в минуту), артериальное давление в норме, ЦВД 5–15 см вод. ст., диурез не снижен, содержание гемоглобина не ниже 100 г/л, дефицит ОЦК до 20% к должному.

II СТЕПЕНЬ — средняя кровопотеря: общее состояние больного средней тяжести, частота пульса до 110 ударов в минуту, систолическое артериальное давление не ниже 90 мм рт. ст., ЦВД меньше 5 см вод. ст., умеренная олигурия, содержание гемоглобина не ниже 80 г/л, дефицит ОЦК от 20 до 29%.

III СТЕПЕНЬ — тяжелая кровопотеря: состояние больного тяжелое, частота пульса более 110 ударов в минуту, систолическое артериальное давление ниже 90 мм рт. ст., ЦВД — 0, олигурия. ме-

таболический ацидоз, содержание гемоглобина ниже 80 г/л, дефицит ОЦК 30% и больше.

В зависимости от локализации источника и причин кровотечения выделяют:

а) кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта (пищевод, желудок и двенадцатиперстная кишка);

б) кровотечения из нижнего отдела пищеварительного тракта (источник кровотечения находится ниже дуоденального изгиба).

Реже кровотечениями в просвет пищеварительного тракта могут осложняться:

в) заболевания соседних органов (закрытая травма, опухоли или абсцессы печени, сопровождающиеся гемобилией, панкреатит);

г) заболевания крови и кровеносных сосудов, другие системные заболевания, а также метаболические расстройства.

Патофизиология. Реакция больного на кровопотерю в большинстве случаев не зависит от этиологии заболевания или источника кровотечения. Она определяется объемом и скоростью кровопотери, потерей жидкости и электролитов, а также возрастом больных, наличием сопутствующих, особенно сердечно-сосудистых заболеваний. Необходимо учитывать и индивидуальную переносимость кровопотери, эффект всасывания продуктов распада крови в кишечнике.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ. Распознавание острых желудочно-кишечных кровотечений, как правило, не представляет трудностей. Даже до появления классических признаков кровотечения — рвоты кровью и мелены — клинические признаки его достаточно ярки.

Чаще на фоне относительного благополучия появляются слабость, потливость, головокружение и «мелькание мушек перед глазами», сердцебиение, тошнота, жажда. Характерен внезапный позыв к стулу. Иногда, при тяжелой геморрагии, желудочно-кишечное кровотечение начинается с потери сознания.

Как правило, обморок развивается в момент или после акта дефекации. У некоторых больных он может наступить через несколько часов, а иногда на 2—3 день после начала кровотечения. Продолжительность коллапса различна.

Локализация источника кровотечения и интенсивность геморрагии определяют сроки появления мелены, ее характер и частоту, наличие рвоты алой кровью или сгустками, «кофейной гущей». Чем интенсивнее кровотечение, тем быстрее появляются признаки наружного кровотечения.

Для решения вопросов лечебной тактики важно не просто диагностировать желудочно-кишечное кровотечение. Необходимо ответить по крайней мере на три основных вопроса: 1) что послужило

источником кровотечения, 2) продолжается ли кровотечение и если да, то каковы темпы кровопотери, 3) какова тяжесть перенесенной кровопотери.

Ответить на эти вопросы можно на основании тщательного изучения клинической картины заболевания и оценки результатов вспомогательных методов исследования.

Анамнез, хотя и требует критической оценки, особенно у наиболее тяжелой категории больных и лиц пожилого возраста, имеет важное значение в распознавании некоторых причин желудочно-кишечного кровотечения.

Так, у значительного числа больных он оказывается типичным для язвенной болезни: боль в эпигастрии после еды и «голодные» ночные боли, изжога, тошнота и рвота, весенне-осенние обострения заболевания, рецидивы кровотечения в прошлом, перенесенные ранее операции, например ушивание перфоративной язвы.

Кровотечение нередко возникает на фоне обострения язвенной болезни, и тогда характерно исчезновение или уменьшение болей в эпигастрии в результате ощелачивания кислого желудочного содержимого. Однако даже при наличии у больного длительного язвенного анамнеза нельзя быть всегда уверенным, что источником кровотечения является сама язва.

Хорошо известен факт частичного сочетания хронической или кровоточащей дуоденальной язвы с диффузным кровотечением из слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной кишки при геморрагическом или эрозивном гастродуодените.

Не отрицая в целом важности тщательного изучения анамнеза, следует подчеркнуть, что этот метод диагностики нередко может ввести в заблуждение относительно истинной причины желудочно-кишечного кровотечения. Необходимо помнить, что у 15–30% больных желудочно-кишечное кровотечение является первым признаком заболевания. Еще более относительны данные анамнеза для оценки тяжести перенесенной кровопотери. Рассказы больных и их близких, как правило, преувеличивают объем кровопотери.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО имеет, безусловно, важное значение как для оценки тяжести перенесенной кровопотери, так и для распознавания причин желудочно-кишечного кровотечения, особенно неязвенного генеза. Окраска кожного покрова и видимых слизистых оболочек, иктеричность склер, акроцианоз, телеангиоэктазии и сосудистые звездочки, внутрикожные и подкожные кровоизлияния, расширение вен передней стенки живота позволяют высказать предположение о возможной причине кровотечения. Осмотр больного, исследование пульса и артериального давления дают основание для предварительной оценки тяжести кровопотери.

Более объективно о тяжести кровопотери позволяет судить простой тест с переводом больного из вертикального положения в горизонтальное. Медленный, в течение 3 минут, подъем больного из горизонтального положения на 75° при нарушении компенсаторных механизмов сопровождается учащением пульса, падением артериального давления. Учащение пульса в пределах 25 в 1 минуту свидетельствует об относительно компенсированной острой кровопотере, о кровотечении средней степени тяжести. При учащении пульса более чем на 30 в 1 минуту или развитии ортостатического коллапса имеет место тяжелое кровотечение.

Пальпация, перкуссия и аускультация имеют вспомогательное значение при распознавании причин желудочно-кишечного кровотечения. Перкуссия и пальпация позволяют в отдельных случаях обнаружить опухоль желудка или кишечника, увеличение печени и селезенки, асцит, увеличенные лимфатические узлы.

Пальцевое ректальное исследование — обязательный метод исследования больных с желудочно-кишечным кровотечением. По характеру каловых масс он дает возможность судить о характере кровотечения, диагностировать заболевания прямой кишки, которые могут явиться причиной кровотечения.

Зондирование желудка и промывание его холодной водой — важный компонент диагностики. По характеру аспирируемого желудочного содержимого, промывных вод можно получить общее представление о локализации источника и интенсивности кровотечения. Промывание желудка может способствовать остановке кровотечения. Все это дает основу для составления плана дальнейших диагностических мероприятий.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ. Клинический анализ крови в первые часы после начала кровотечения, количество эритроцитов, показатели гемоглобина и гематокрита остаются в пределах нормы. Затем в результате восполнения объема циркулирующей крови за счет межтканевой жидкости эти показатели снижаются. В зависимости от тяжести кровопотери они могут снижаться в течение нескольких дней, несмотря на остановку кровотечения и переливание крови.

В результате острой кровопотери и действия крови, излившейся в просвет пищеварительного тракта, нередко отмечают относительный лейкоцитоз, особенно при кровотечениях язвенной этиологии. Исследование лейкоцитарной формулы, количество тромбоцитов позволяет в ряде случаев диагностировать заболевания крови, которые могут быть причиной желудочно-кишечного кровотечения.

Объем циркулирующей крови и его компонентов (ОЦК, ГО, ОЦНВ) позволяет наиболее объективно оценить степень кровопотери. Самый простой и доступный метод определения ОЦК — красочный

с синим Эванса. Больных исследуют сразу после поступления в стационар и в динамике на 3, 5, 7–10 и т. д. сутки. Выделяют 3 периода изменения объемных компонентов крови после кровопотери: I период – первые 2 суток, гиповолемия обусловлена уменьшением глобулярного объема и объема плазмы; II период – 3–5 сутки, гиповолемия носит олигоцитемический характер, объем плазмы к этому времени обычно полностью восстанавливается; III период – с 6 суток – характеризуется медленным восстановлением глобулярного объема.

Состояние гемокоагуляции определяют по показателям коагулограммы и тромбозластограммы. Степень нарушений гемокоагуляции зависит от тяжести кровопотери и ее продолжительности. Так, при легкой и средней тяжести кровопотери наблюдают нормокоагуляцию или умеренную гиперкоагуляцию с укорочением времени свертываемости крови по Ли-Уайту до 3–4 минут, умеренным повышением уровня протромбина, фибриногена и фибринолитической активности.

Тяжелая кровопотеря приводит к снижению уровня протромбина и фибриногена, появлению положительной реакции на фибриноген Б, повышению фибринолитической активности. При тяжелой и длительной кровопотере развивается гипокоагуляция на фоне внутрисосудистого свертывания; время свертывания крови удлинено до 10 минут и более, содержание протромбина и фибриногена резко снижено, фибринолитическая активность резко повышена.

Возможен острый фибринолиз, при котором кровь не свертывается, уровень протромбина и фибриногена резко снижен, может быть афибриногемия, фибриноген Б резко положительный, фибринолитическая активность повышена до 100%.

Исследование гемокоагуляции позволяет в ряде случаев выяснить причину кровотечения. При гемофилии время свертывания крови удлиняется до 25 минут и более. Время кровотечения при болезни Верльгофа увеличивается до 20 минут, а при гемофилии остается в пределах нормы.

Биохимические показатели крови (общий белок и его фракции, остаточный азот, сахар крови, билирубин и холестерин), электролиты и данные КОС, полученные в динамике, необходимы с учетом данных клинического исследования для построения оптимальной схемы лечения больных с желудочно-кишечным кровотечением.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ желудочно-кишечных кровотечений в настоящее время широко распространены в клинической практике. По информативности они намного превосходят другие диагностические методы, позволяя выявить источник кровотечения у 95% больных.

Активная диагностическая тактика по отношению к больным с желудочно-кишечным кровотечением предусматривает необходимость неотложного эндоскопического исследования для установления источника кровотечения, его активности и возможной остановки путем воздействия через эндоскоп.

При активном кровотечении **абсолютные противопоказания** к эндоскопии ограничены — это выраженная сердечно-сосудистая декомпенсация, инфаркт миокарда и инсульт в острой стадии.

Относительные противопоказания: сердечно-легочная недостаточность, аневризма аорты, большой зоб, тяжелая гипертоническая болезнь и стенокардия, психические заболевания, острые воспалительные заболевания миндалин, глотки, гортани, острые заболевания органов брюшной полости с резким болевым синдромом и рвотой, резко выраженные искривления грудного отдела позвоночника, поздние сроки беременности.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ИССЛЕДОВАНИЮ. Больным с острым кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, особенно после рвоты кровью или «кофейной гущей», необходимо промыть желудок холодной водой через толстый зонд. Эта процедура способствует уменьшению или остановке кровотечения, удалению сгустков крови и повышает диагностические возможности эндоскопии.

За 20–30 минут до исследования больному вводят 1 мл 0,1% раствора атропина и 2% раствора промедола. Ослабленным и анемизированным больным дозу этих препаратов можно уменьшить или вообще отказаться от их применения. Местную анестезию слизистой оболочки ротовой полости, глотки и входа в пищевод осуществляют, как правило, 1% раствором дикаина, аэрозолем ксилокаина.

У тяжелобольных эндоскопическое исследование осуществляют на фоне переливания крови или кровезамещающих жидкостей.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки еще недавно считалась основным методом распознавания причины и локализации источника кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта, давая положительные данные у 80% больных.

Рентгеноскопия позволяет в большинстве случаев диагностировать язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли и полипы желудка, варикозное расширение вен пищевода и грыжу пищеводного отверстия диафрагмы.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ. Лечение должно начинаться на догоспитальном этапе. Первая врачебная помощь включает ряд простых, но обязательных мер: строгий постельный режим, пузырь со льдом или холодной водой на эпигастральную область, внутривен-

ное введение 10 мл 10% раствора хлорида кальция и внутримышечно 5 мл викасола.

Диагноз желудочно-кишечного кровотечения независимо от причины кровотечения и тяжести состояния больного предопределяет экстренную его госпитализацию в хирургический стационар. Тяжелобольных сразу же, нередко минуя приемное отделение, направляют в отделение реанимации и интенсивной терапии.

В машине скорой помощи необходимо начать внутривенное капельное вливание плазмозамещающей жидкости (солевые растворы, 5% глюкоза, полиглюкин, альбумин), гемостатических препаратов (хлорид кальция, викасол, эpsilon-аминокапроновая кислота), оксигенотерапия. На догоспитальном этапе следует по возможности воздержаться от введения средств, значительно повышающих АД и, следовательно, способствующих усилению геморрагии.

В стационаре последовательно проводят комплекс диагностических и лечебных мероприятий, направленных на установление причины и остановку кровотечения, восполнение кровопотери.

После выяснения причины желудочно-кишечного кровотечения решают принципиальные вопросы лечебной тактики (хирургическое или консервативное лечение). Большинство больных с неязвенными кровотечениями подлежат консервативному лечению. Исключение могут составить больные с портальной гипертензией и некоторыми заболеваниями крови (болезнь Верльгофа), у которых кровотечение продолжается, несмотря на проводимую терапию.

Больные со злокачественными и доброкачественными опухолями пищеварительного тракта подлежат операции в плановом порядке после остановки кровотечения и возмещения кровопотери. Плановым оперативным вмешательствам следует отдать предпочтение перед операциями на высоте кровотечения, после которых частота послеоперационных осложнений и летальность значительно выше независимо от причины кровотечения.

Основная цель **инфузионно-трансфузионной терапии** состоит в нормализации гемодинамики и обеспечении адекватной перфузии тканей. Она направлена на: восполнение объема циркулирующей крови, в том числе за счет включения в активный кровоток депонированной крови; воздействие на физико-химические свойства крови с целью улучшения капиллярного кровообращения, предупреждения внутрисосудистой агрегации и микротромбозов; поддержание онкотического давления плазмы; нормализацию сосудистого тонуса и сократимости миокарда; коррекцию водно-электролитного баланса, КОС и дезинтоксикацию.

Этому способствует принятая теперь при инфузионно-трансфузионной терапии тактика управляемой умеренной гемодилюции —

поддержание гематокрита в пределах 30%, Нв — около 100 г/л. Гемодилюция улучшает реологические свойства крови, уменьшает сопротивление току крови, облегчает работу сердца, улучшает микроциркуляцию. Проведя управляемую гемодилюцию, при определении показаний к переливанию крови следует ориентироваться на показатели гемоглобина и гематокрита.

Во всех случаях инфузионная терапия должна начинаться с переливания растворов реологического действия, улучшающих микроциркуляцию.

При малой кровопотере следует ограничиться инфузией реополиглокина, гемодеза в объеме до 400–600 мл в сочетании с солевыми и глюкозированными растворами.

При кровопотере средней тяжести рекомендуется переливать плазмозамещающие растворы в сочетании с донорской кровью. Общий объем инфузий можно определить из расчета 30–40 мл на 1 кг массы тела больного. Соотношение растворов и крови — 2:1. Полиглокин и реополиглокин вводят до 800 мл, увеличивается доза солевых и глюкозированных растворов.

У больных с тяжелой кровопотерей и геморрагическим шоком инфузионная терапия проводится при соотношении растворов и крови 1:1 и даже 1:2. Общая доза средств для инфузионной терапии должна превышать кровопотерю в среднем на 30–50%. Для поддержания онкотического давления крови необходимо использовать альбумин, протеин, плазму.

При необходимости гемотрансфузии более 1 л предпочтение отдают переливанию крови или консервированной крови не более 3 суток хранения, а также прямому переливанию. Эффективность гемотрансфузии возрастает при одновременном использовании гемодеза или реополиглокина. Избыток свободных кислот консервированной крови нейтрализуют переливанием 5% раствора гидрокарбоната натрия.

У больных со средней и особенно с тяжелой кровопотерей эффективное кровообращение обеспечивает сочетание инфузионной терапии с ганглиopleгией. Для снижения периферического сопротивления и улучшения перфузии тканей чаще используют гангиоблокаторы (пентамин) под контролем артериального давления и ЦВД, а также В-адреноблокаторы, кортикостероиды и декстраны. Активацию протеолитических ферментов и кининов блокируют антиферментной терапией.

Для остановки желудочно-кишечного кровотечения предложено большое число методов общего и местного воздействия на источник кровопотери. Гемостатическим эффектом обладают средства, повышающие активность свертывающей системы крови, — хлорид

кальция, Эпсилон-аминокапроновая кислота, дицинон и т. п. С этой же целью широко используют компоненты крови — фибриноген, тромбоцитную массу, антигемофильный глобулин.

Метод искусственно управляемой гипотонии получил положительную оценку при лечении желудочно-кишечных кровотечений. Введение ганглиоблокаторов (пентамин, арфонад) снижает артериальное давление и замедляет кровоток, усиливает приток крови в сосудистое русло. Все это повышает тромбообразование и ведет к гемостазу.

Среди методов местного воздействия на источник кровотечения широкое распространение получили: промывание желудка холодной водой, интрагастральное введение вазопрессоров, тромбина, ингибиторов протеолиза; раннее активное кормление — **диета Мейленграхта**, назначаемая с целью нейтрализации желудочного сока, уменьшения перистальтики желудка и введения в организм больного достаточно калорийной пищи, жидкости и витаминов. С первого дня назначают белый хлеб, масло, сметану, молоко, омлет, паровые котлеты, отварную рыбу, овсяную кашу, тушеные овощи, пудинги и компот. Интенсивное питание сочетают с приемом щелочей и препаратов железа.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ остановки кровотечения получили в последние годы широкое распространение при кровотечениях из верхнего отдела пищеварительного тракта различной природы. При кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода используют эндо- и перивазальное введение склерозирующих препаратов (варикоцид, тромбовар и т. п.), реже диатермокоагуляцию.

Локальная гипотермия желудка. Местное охлаждение желудка приводит к уменьшению секреции соляной кислоты и пепсина, снижению перистальтики, сокращению притока крови к желудку из-за спазма артериальных сосудов. Гипотермия желудка может быть достигнута двумя способами — открытым и закрытым.

Открытый способ, при котором охлаждающую жидкость, чаще раствор Рингера, вводят непосредственно в желудок, более прост. Однако в связи с опасностью регургитации, нарушения водно-электролитного баланса шире применяют закрытый способ.

В желудок вводят двухпросветный зонд с укрепленным на конце латексным баллоном, имеющим форму желудка. При этом жидкость (обычно раствор этилового спирта) охлаждается в специальном аппарате до температуры от 0 до 2°C и непрерывно циркулирует в замкнутой системе, не поступая в просвет желудка. Гемостатический эффект достигается при снижении температуры стенки желудка до 10–15°C.

СИНДРОМ ДИСФАГИИ

Дисфагия, или попросту «затрудненное глотание», может наблюдаться вследствие воздействия на акт глотания различных факторов, в том числе болезней, локализующихся на всем протяжении пищеварительного тракта от глотки до пищеводно-желудочного соустья. Дисфагия всегда связана с глотанием, а жалобы на затруднение глотания указывают на поверхностный или внутренний патологический процесс в глотке или пищеводе.

Дисфагия в зависимости от характера заболевания бывает различной интенсивности, и появление этого симптома при опухолях пищевода зависит от ряда причин — локализации опухоли и особенностей роста (эндофитная или экзофитная), воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода.

При таких заболеваниях, как кардиоспазм (или ахалазия), дисфагия *парадоксальная*, твердая пища свободно проходит по пищеводу, а жидкая задерживается. В ряде случаев дисфагия может быть обусловлена сдавливанием пищевода извне.

Анамнез болезни пищевода дает характерную симптоматику, что позволяет медицинской сестре правильно оценить заболевание и определить его локализацию. Подробно расспросив больного о течении заболевания, медицинская сестра может обнаружить один или чаще несколько симптомов, на основании которых болезнь может быть отнесена к одному из двух основных видов дисфагии: **нарушению поступления пищи или ее транспорта**. Дальнейшее уточнение диагноза становится возможным благодаря наличию симптомов, характерных для определенных состояний.

Симптомы нарушения поступления пищи в пищевод

Нарушение нормального поступления пищи из ротовой полости в верхнюю часть пищевода может привести к забросу в полость носа или рта, нередко с форсированным разбрызгиванием пищи изо рта.

Нередко наблюдается аспирация в верхнюю часть трахеи; большой давится, брызгает слюной, кашляет. Могут развиваться аспирационные пневмонии, которые бывают непосредственной причиной обращения к врачу. При глоточном типе дисфагии более вероятна аспирация жидкой, чем твердой пищи. Еще одним симптомом нарушения поступления пищи может быть явная невозможность глотания или необходимость предпринимать последовательные усилия для успешного проглатывания.

В случае выраженной глоточной дисфагии больные могут носить с собой чашку для сплевывания слюны. Болезнь приводит к уменьшению массы тела и истощению. У многих больных наличием основной нейромышечной или мозговой патологии, однако связь ее с дисфагией не всегда вовремя обнаруживают.

Больные с органическими поражениями мозга иногда не в состоянии правильно ответить на вопросы врача при сборе анамнеза, часто они обращаются за медицинской помощью лишь из-за выраженного похудания или аспирационной пневмонии, причем вначале ни сам больной, ни его семья не упоминают о затруднениях при глотании.

Симптомы нарушения прохождения пищи по пищеводу

Пищеводная дисфагия отмечается при нарушении продвижения проглоченной жидкой или твердой пищи по пищеводу в желудок. Акт глотания начинается нормально, но вскоре (через 2–5 с) пищевой комок «застревает», «не попадает, куда следует», возникает чувство «кола». Обычно больные жалуются на чувство распирания за грудиной, не сопровождающееся болевыми ощущениями, исключая случаи диффузного спазма пищевода, при котором боль — ведущий симптом.

Нарушения моторики. Обычно такие нарушения (типа ахалазии) вызывают дисфагию при приеме твердой и жидкой пищи. Больные с ахалазией не испытывают изжоги; однако при склеродермии изжога бывает выраженной и длительной. При нарушении моторики часто наблюдается регургитация. Больные обнаруживают ночью свою одежду или постельное белье испачканными пищей, съеденной много часов назад.

При ахалазии дисфагия становится все более сильной и может привести к аспирации и уменьшению массы тела. Колика пищевода, характерная для диффузного спазма пищевода, может ощущаться как сильное сдавливание или давящая боль за грудиной, напоминая боль при стенокардии или инфаркте миокарда.

По локализации, области иррадиирования и длительности пищеводная колика также сходна с болями сердечно-сосудистого происхождения. Диффузный спазм пищевода часто связан с едой и больные могут избегать определенных видов пищи, провоцирующих спазм, например, охлажденных коктейлей или газированных напитков. Еще одним предрасполагающим фактором может также быть стресс.

Механическое сужение. Нарушения проходимости пищевода при раке или стриктуре вызывают прогрессирующую дисфагию. Вначале больному трудно есть мясо, сухой хлеб и яблоки, затем дисфагия возникает при глотании любой твердой пищи. Для рака характерно довольно быстрое прогрессирование симптомов (от нескольких недель до нескольких месяцев), в то время как доброкачественная стриктура может развиваться настолько медленно, что больному бывает трудно вспомнить, когда появились первые симптомы заболевания.

Для дифференциальной диагностики очень важно расспросить больного об изжоге, так как она чаще отмечается у больных с пептическими стриктурами. Повышенная чувствительность к кислой пище и жидкостям, например к цитрусовым или томатному соку, характерна для больных с пептическим эзофагитом и обычно отсутствует при злокачественных новообразованиях. Уменьшение массы тела наблюдается при прогрессирующей дисфагии как доброкачественного, так и злокачественного происхождения, но более выражена у больных раком.

Периодически возникающая дисфагия при приеме только твердой пищи указывает на наличие кольца слизистой в пищеводе. В типичном случае симптомы появляются при глотании мяса, отсюда название «синдром бифштекса». Больной или больная жалуются на застревание пищевого комка в области ниже мечевидного отростка и стараются избавиться от обструкции: выпрямляются, запрокидывают голову, встают, пьют воду.

Если это не помогает, больной может выйти из-за стола, вызвать у себя рвоту и затем благополучно закончить еду. Могут пройти неделя или месяцы без каких-либо проявлений заболевания, а так как симптомы в этом случае появляются эпизодически, прогрессирующая дисфагия и похудание наблюдаются у больных с кольцами Schatzki крайне редко.

Когда приступы учащаются и нарушают нормальный образ жизни больного, он или она обращаются к медицинской сестре. Обычно такие больные внешне выглядят хорошо, но часто страдают канцерофобией. Дисфагия вследствие перепонки в пищеводе также проявляется периодически и возникает лишь при глотании твердой пищи.

Для инфекционного эзофагита из-за нарушения слизистой характерно болезненное глотание. Обычно заболевание начинается внезапно; боль от глотания твердой пищи сильнее, чем от жидкой, однако глотание вызывает такой дискомфорт, что больной может отказываться глотать что-либо вообще.

Это состояние делает пищевод особенно чувствительным к кислому. Хотя больные, принимающие антибиотики широкого спектра действия, предрасположены к кандидамикозному эзофагиту, внезапное появление дисфагии или одинофагии у больного, принимающего тетрациклин, может быть следствием не эзофагита, а язвы пищевода.

Имеются сообщения, что аскорбиновая кислота способна также вызвать изолированную язву пищевода, которая ведет к дисфагии и одинофагии. Почти во всех случаях, как было установлено, боль-

ные с медикаментозными язвами пищевода принимали таблетки лежа и почти не запивали водой, что приводило к замедлению прохождения раздражающего вещества по пищеводу и удлинению контакта со слизистой.

По трем признакам (дисфагия от приема жидкой или твердой пищи, периодические или прогрессирующие симптомы и наличие или отсутствие изжоги) часто можно найти наиболее вероятную причину пищеводной дисфагии. Более того, в случаях, когда больной точно указывает место задержки пищи вдоль грудины, можно коррелировать эти сведения с анатомической локализацией процесса.

При этом следует иметь в виду, что повреждения любой части пищевода могут иррадиировать в яремную ямку, и в таких случаях корреляции с местом обструкции может не быть.

Симптомы, не указывающие на заболевание пищевода

Многие симптомы из тех, которые больные описывают как затрудненное глотание, не связаны с заболеваниями пищевода. Наиболее распространенным из них является опухоль в горле, увеличивающаяся при глотании и известная как **истерический комок**.

Это ощущение присутствует постоянно, и поэтому нетрудно дифференцировать его со случаями, когда симптомы проявляются лишь при глотании или несколько секунд спустя.

Также маловероятно, что пищевод является причиной длительного ощущения комка за грудиной или в области мечевидного отростка, если оно не сопровождается дисфагией.

Чрезмерная отрыжка редко связана с эзофаго- или гастростазом и обычно бывает проявлением аэрофагии. Существует ряд других симптомов, которые больные склонны соотносить с желудочно-кишечным трактом, но которые не являются специфическими и обычно не имеют клинического значения. К ним относят усиленное слюноотделение, жжение языка, неприятный запах изо рта, а также **горечь во рту**.

Боль за грудиной чаще возникает при воспалительных заболеваниях (рефлюкс-эзофагит при недостаточной кардии), при кардиоспазме, злокачественных новообразованиях III–IV стадии.

Гиперсаливация характерна для рака пищевода, кардиоспазма и рефлюкс-эзофагита.

Регургитация типична для всех заболеваний пищевода при его непроходимости, а также при недостаточности кардии.

Осиплость голоса, похудание и слабость чаще встречаются в случае поздних стадий злокачественных новообразований, при полной непроходимости пищевода на почве ожоговой или пептической стриктуры пищевода.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Данные объективного исследования при заболеваниях пищевода скудны, что зависит от анатомического расположения органа. Наружному осмотру доступна шейная часть пищевода и только при некоторых заболеваниях.

Больного с дисфагией следует тщательно осмотреть, однако дифференциально-диагностическая ценность объективного осмотра не слишком высока. Общий вид и масса тела больного в сравнении с данными прежних исследований безусловно важны.

Медицинская сестра должна осуществлять тщательную пальпацию шейных и надключичных лимфатических узлов и щитовидной железы, проверить степень подвижности шеи. Аускультацией определяют наличие шумов на шее, а у лиц с симптомами, указывающими на нейромышечную этиологию дисфагии, исследуют лицевые мышцы и черепные нервы.

Важно осмотреть грудную клетку, чтобы исключить осложнения со стороны легких. При объективном осмотре больного с дисфагией необходимо проследить за актом глотания. При глоточной дисфагии достаточно дать больному глоток воды, однако если есть подозрение на пищеводную дисфагию, в целях диагностики следует попросить проглотить твердую пищу. Стул больного должен быть исследован на скрытую кровь.

При фарингоэзофагеальном дивертикуле на боковой поверхности шеи (чаще слева) можно прощупать опухолевидное выпячивание, которое при надавливании исчезает, при этом может быть слышен булькающий или урчащий шум (эвакуация содержимого мешка дивертикула в просвет пищевода).

При раке пищевода любой локализации в запущенных стадиях на шее могут пальпироваться увеличенные лимфатические узлы (метастаз Вирхова).

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рентгенологическое исследование играет основную роль в диагностике заболеваний пищевода. При исследовании обращают внимание на проходимость пищевода для контрастной массы, наличие сужения или расширения его просвета, ровность контуров, наличие дефектов наполнения или ниш, состояние слизистой оболочки. Изучают перистальтику, обращая внимание на выявление «немых» зон, ригидности стенок.

Эндоскопическое исследование. Эзофагоскопия абсолютно показана при подозрении на рак пищевода для подтверждения диагноза и получения данных гистологического исследования с помощью биопсии. Последнее особенно важно для решения вопроса о лучевом лечении.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение ожоговых стриктур может быть консервативное (бужирование) и хирургическое. **Бужирование** является основным методом лечения и дает у подавляющего большинства больных стойкие положительные результаты (более 90%). Бужирование *показано* всем больным, если через стриктуру удастся провести металлическую струну. *Противопоказанием* к бужированию является наличие свищей пищевода.

Существуют следующие способы бужирования: 1) через рот вслепую; 2) за нитку через рот или ретроградно; 3) под контролем эзофагоскопа; 4) по нитке; 5) по металлической струне-проводнику.

Наиболее рациональным является бужирование рентгеноконтрастными полыми бужами по струне-проводнику. Бужирование проводят в рентгеновском кабинете. Перед первым бужированием больному дают выпить глоток жидкой бариевой взвеси или водорастворимого контрастного вещества для ориентации и определения хода и конфигурации стриктуры.

Под рентгенологическим контролем осторожно вводят струну-проводник, снабженную на конце специальной пружинкой, которая, не травмируя стенок пищевода, проникает через извилистые ходы стриктуры. Затем подбирают буж определенного диаметра и вводят по струне в пищевод.

Если буж проходит через суженное место свободно, то его сменяют на больший диаметр. Рентгенологический контроль способствует уменьшению осложнений, позволяет провести форсированное бужирование стриктур пищевода.

Бужирование под контролем эзофагоскопа и при общем обезболивании проводят при сложном эксцентричном входе в стриктуру, а также у больных с лабильной психикой, которым не представляется возможным провести струну-проводник под местной анестезией.

Что касается других видов бужирования, перечисленных выше, то они значительно сложнее, не всегда выполнимы и таят в себе опасность тяжелых осложнений (перфорация стенки пищевода).

Лечение кардиоспазма (ахалазии кардии) заключается в насильственном расширении физиологической кардии. Кардиодилатация металлическим дилататором Штарка опасна, дает ряд тяжелых осложнений и поэтому в настоящее время применяется редко. Наиболее щадящим и безопасным методом является кардиодилатация пневматическим дилататором.

При выраженном расширении пищевода перед дилатацией необходимо промывание пищевода (значительный застой пищевых масс). Кардиодилататор вводят под рентгенотелевизионным контролем под местным обезболиванием зева (как правило, при пер-

вом сеансе). Повторные манипуляции удается проводить без обезболивания.

Если кардиодилататор провести через кардию не удастся, то используют струну-проводник (как при бужировании), по которой вводят расширитель. Раздувающийся баллон дилататора, имеющий форму «гантели», устанавливают таким образом, чтобы «талиа» баллона располагалась в области кардии.

Первые сеансы кардиодилатации проводят баллоном диаметром 25 мм и под давлением от 180 до 240 мм рт. ст. При последующих сеансах сменяют дилататоры, увеличивая диаметр баллона (35 и 45 мм) и давление в нем до 300 мм рт. ст.

Лечение рака пищевода зависит от локализации и стадии опухоли. При локализации в шейном и верхнегрудном отделах **хирургическое лечение** может быть эффективным лишь в начальных стадиях рака, которые встречаются чрезвычайно редко. При опухолях этой локализации рано возникают метастазы, опухоль, быстро развиваясь, прорастает окружающие ткани (чаще трахею). Поэтому при опухолях шейного и верхнегрудного отделов пищевода чаще применяют **лучевое лечение** по так называемой радикальной программе (суммарная доза 60 гр).

При комбинированном лечении рака среднегрудного отдела пищевода проводят предоперационное облучение на бетатроне (или телегамматерапию) с суммарной дозой 35–40 гр, а затем производят операцию.

В случае неоперабельной опухоли показана гастростомия или эндопротезирование лавсановым или каким-либо другим протезом из полимерного материала. Перед введением протеза опухоль бужируют для достижения достаточного диаметра канала.

СИНДРОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Синдром механической желтухи — один из главных признаков непроходимости внепеченочных желчных протоков различной этиологии. Имеются два варианта течения обтурационной желтухи: рецидивирующий, обычно наблюдающийся при холедохолитиазе, стенозе большого дуоденального сосочка, кистах холедоха, и постепенно нарастающая интенсивная желтуха, более характерная для опухолевой обтурации протоков, их рубцовых стриктур, врожденной атрезии.

Механической желтухе свойствен ряд признаков, выявляемых при лабораторном исследовании: отсутствие стеркобилина (или значительное снижение уровня при его количественном определении) в кале и уробилина в моче; высокая билирубинемия в основном за счет прямой фракции билирубина; гиперхолестеринемия; значительное повышение уровня щелочной фосфатазы сыворотки крови, тогда как уровень трансаминаз и других сывороточных

ферментов не изменяется или повышается умеренно; невелики и изменения осадочных проб.

Эти признаки, так же как и отсутствие или резкое снижение выделения в кишечник радиометки бенгальского розового 1-131, свидетельствует о наличии холестаза, не раскрывая ни его внутри- или внепеченочного характера, ни этиологии обтурации.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Осмотр у больных обтурирующим поражением желчных протоков выявляет желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек. Наиболее интенсивной желтушность бывает при врожденной атрезии и рубцовом перерождении, а также раке желчных протоков.

При длительной обтурации желчных путей желтушная окраска кожи приобретает темно-зеленый оттенок, тогда как, например, при остром гепатите кожа чаще окрашивается в оранжево-желтый цвет. Однако из этого правила имеются многочисленные исключения, и оно не может служить надежной опорой для дифференциального диагноза желтух.

На коже больных механической желтухой, страдающих мучительным кожным зудом, видны ссадины и следы расчесов. При хронических поражениях печени на коже верхней половины тела могут обнаруживаться также сосудистые звездочки, симметричная гиперемия ладоней («печеночные ладони»), малиновая окраска языка.

При осмотре могут отмечаться признаки портальной гипертензии — расширение подкожных вен брюшной стенки, увеличение объема живота при асците, причиной развития которых могут быть метастатическое поражение печени при опухолях желчного пузыря и протоков либо формирование вторичного билиарного цирроза печени при длительной обтурации желчных путей различной природы.

При пальпации живота приблизительно у 30% больных с врожденными кистами гепатикохоледоха удается определить «опухоль» в правом подреберье. При осложнении холелитиаза панкреатитом могут прощупываться увеличенная уплотненная поджелудочная железа, а также кисты ее, подчас значительных размеров.

Для большинства заболеваний желчных путей характерно увеличение печени. В ранней стадии обтурации магистральных желчных протоков печень увеличена умеренно, слегка уплотнена, поверхность ее гладкая. При формировании билиарного цирроза печень увеличивается более значительно, приобретает плотную консистенцию.

Увеличение желчного пузыря обычно является следствием блокады его шейки, пузырного или общего желчного протока. При раке последнего увеличенный безболезненный желчный пузырь удается прощупать у 70–80% больных (симптом Курвуазье), увеличение пузыря может определяться и при постепенном развитии его водянки вследствие блокады пузырного протока камнем или опухолью.

При опухолях печеночного протока пузырь обычно спавшийся и пальпаторно не определяется. При флегмонозном или гангренозном холецистите, эмпиеме желчного пузыря определяется выраженная болезненность при пальпации, прощупывается увеличенный пузырь плотноэластической консистенции либо инфильтрат, включающий в себя, помимо пузыря, сальник, а также другие органы. При раке желчного пузыря в его проекции прощупывается плотная бугристая опухоль.

Камни, особенно крупные, располагающиеся в области дна желчного пузыря, могут долгое время не сопровождаться клиническими симптомами и случайно выявляются при рентгенологическом обследовании или на операционном столе. Приблизительно у 50% носителей камней в желчном пузыре клинические симптомы отсутствуют.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рентгенологическое и эндоскопическое исследование

Обзорная рентгенография позволяет выявить у 5–18% больных холелитиазом камни желчного пузыря, главным образом известковые или смешанные; холестериновые конкременты на рентгенограммах не видны.

На рентгенограммах выявляются также инородные тела (погружные дренажи) желчных протоков, газовое контрастирование желчных путей при их внутренних свишах с желудочно-кишечным трактом, признаки абсцессов и эхинококковых кист печени у больных холангитом и паразитарной инвазией желчных путей.

Основным способом исследования билиарного тракта являются различные методы контрастной холеграфии.

Ультразвуковое исследование. При одномерной эхографии желчного пузыря выявляют стенки пузыря в виде двух остроконечных сигналов, между которыми располагается «беззвучная зона» полости органа. При наличии конкрементов в пузыре они определяются как отраженные сигналы в промежутке между импульсами от стенок органа.

На двухмерной эхограмме, представляющей собой изображение плоскостного среза желчного пузыря, полость последнего выглядит как темное, «беззвучное» пространство, окруженное пунктиром отраженных от стенки сигналов. Мелкие камни на двухмерных эхограммах имеют вид отдельных светящихся точек на фоне изображения полости пузыря, крупные камни или скопления мелких приобретают вид крупных светящихся пятен или полос.

Ультразвуковое исследование позволяет выявить камни желчного пузыря в 80–90% случаев, в том числе тогда, когда рентгенологическое исследование неприменимо из-за непереносимости йодистых препаратов либо оказывается неинформативным.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Методы патогенетического консервативного лечения **неосложненного холелитиаза** путем растворения желчных камней препаратами желчных кислот в настоящее время находятся в стадии разработки и не могут быть рекомендованы для широкого применения.

В подавляющем большинстве случаев желчнокаменной болезни, как сопровождающейся различными расстройствами, так и протекающей бессимптомно, при отсутствии противопоказаний к операции показано хирургическое лечение, дающее наилучшие непосредственные и отдаленные результаты в раннем периоде хронического калькулезного холецистита, до развития осложнений. При выявлении последних показания к операции становятся еще более настоятельными, одновременно повышается и ее риск.

Методы консервативного лечения калькулезного холецистита могут применяться как дополнение к оперативному лечению либо при противопоказаниях к операции.

Консервативное лечение в «холодном» периоде заболевания включает соблюдение диетического режима, направленного на исключение факторов камнеобразования (гиперхолестеринемия) и на снижение гипермоторики желчных путей; ограничивается прием животных жиров, яиц, кремов, консервированных продуктов, исключается алкоголь; рекомендуется периодический прием спазмолитиков (папаверин, но-шпа и др.), легких желчегонных средств, препятствующих застою желчи в желчном пузыре, минеральной воды (боржоми, эссентуки № 17).

При возникновении печеночной колики назначают постельный режим, голод, инъекции спазмолитиков, что обычно позволяет купировать приступ. Применение морфийных препаратов (омнопон, морфин), вызывающих спазм сфинктера Одди, противопоказано.

Диспансерное наблюдение за хирургическими больными. Роль медицинской сестры

Отличительной особенностью медицинской помощи больным с хирургическими заболеваниями является органическое сочетание профилактической и лечебной работы в деятельности всех медицинских работников: врачей и медицинских сестер. Конкретное выражение такого рода работа находит в **диспансеризации**.

В нашей стране отбор пациентов, подлежащих диспансеризации, проводится на основании двух принципов: **социального и медицинского**. В соответствии с этим, диспансерным наблюдением в настоящее время охватываются группы здоровых людей, объединенных общими возрастными-физиологическими особенностями (дети,

подростки, беременные) или условиями труда (рабочие определенных профессий, учащиеся, спортсмены и др.) и лица, перенесшие конкретные хирургические заболевания, травму или страдающие какой-то тяжелой хронической болезнью.

Цели диспансеризации, осуществляемой медицинскими сестрами различных специальностей и разной степенью подготовленности, едины и предусматривают:

— для **здоровых людей** — сохранение и дальнейшее укрепление их здоровья, обеспечение правильного физического и психического развития, создание оптимальных условий труда и быта, предупреждение возникновения и развития заболеваний, сохранение трудоспособности;

— для **больных** — выявление заболеваний в ранней стадии, предупреждение обострений и ухудшения течения заболевания, сохранение трудоспособности.

В конечном итоге **основной целью диспансеризации** следует признать снижение заболеваемости и инвалидности, увеличение средней продолжительности жизни людей и активной работоспособности.

Отсюда **основными задачами диспансеризации** являются:

а) систематическое изучение здоровья конкретного человека и всего населения района, области, страны;

б) изучение и оздоровление условий труда, быта и отдыха людей;

в) регулярные комплексные профилактические осмотры, динамическое наблюдение за состоянием здоровья больных и здоровых людей;

г) разработка и реализация индивидуальных и общих (для коллективов и групп населения) планов лечебно-профилактических и социально-оздоровительных мероприятий;

д) медицинская и социально-трудовая реадaptация перенесших заболевания (острые и хронические) и травмы;

е) санитарное просвещение и пропаганда здорового образа жизни;

ж) организация специального (диспансерного) учета, создание необходимых информационных баз, медицинских сведений о больных и здоровых;

з) анализ эффективности проводимых медико-социальных мероприятий по сохранению и улучшению здоровья.

В диспансеризации участвуют все лечебно-профилактические и санитарно-профилактические учреждения, врачи и медицинские сестры всех специальностей. При этом существенную роль в ней играют именно медицинские сестры с высшим образованием.

Начальной организационной формой диспансеризации здоровых людей (школьников, рабочих промышленных предприятий,

фермеров, банковских служащих и т. д.) считается **периодический профилактический медицинский осмотр**.

Выявление больных, подлежащих диспансерному наблюдению, проводится медицинскими сестрами не только во время профилактических осмотров (периодических, целевых), но и на амбулаторном приеме, при посещении на дому, в стационарах, в ходе осмотров при приеме на работу, во время медицинского контроля за занимающимися физкультурой и спортом.

Диспансерное наблюдение за больными осуществляется путем периодических вызовов их на прием (осмотр) в поликлинику. В этом случае его осматривают высококвалифицированные медицинские сестры, которые назначают пациенту необходимые в каждом конкретном случае лабораторные и инструментальные методы исследований, а при необходимости консультации узких специалистов (эндокринолог, гастроэнтеролог, ортопед).

В предыдущие годы в стране был разработан специальный обязательный объем исследования для хирургических больных, а также организация этих осмотров.

Так, при проведении двух- и трехэтапных комплексных медицинских осмотров в начале проводят осмотр лиц, подозрительных на наличие какого-либо заболевания, а на втором-третьем этапах — тщательное обследование их.

Медицинская сестра при этом проводит сбор анамнестических сведений по специальной анкете, антропометрические измерения, измерения АД, взятие мазков для цитологического исследования (с 18 лет), исследование остроты зрения, измерение внутриглазного давления (людям старше 40 лет), определение остроты слуха, туберкулиновые пробы подросткам (15–17 лет).

Медицинская сестра организационно обеспечивает и выполнение объема дополнительных исследований при таких осмотрах, который включает:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- ЭКГ (людям старше 40 лет);
- флюорография органов грудной клетки;
- пальцевое исследование прямой кишки (старше 35 лет).

Женщинам дополнительно необходимо проводить следующие виды исследований:

- маммография после 35 лет (1 раз в два года);
- кольпоскопия (по показаниям);
- цитологические исследования мазков (с 18 лет).

В результате тщательного обследования, включающего клиническое и инструментальное исследования, пациент включается в одну из трех диспансерных групп.

Д1 — первая группа. Это здоровые люди, не предъявляющие жалоб, у них нет хронических заболеваний, у них не выявляются нарушения функций отдельных органов и систем.

Д2 — вторая группа. Это практически здоровые люди, имеющие в анамнезе острые и хронические заболевания, но не имеющие обострения последних в течение нескольких лет. Пациенты не потеряли трудоспособности и социально адаптированы.

Д3 — третья группа. Это больные люди, нуждающиеся в наблюдении и лечении. Сюда включаются лица с **компенсированным течением болезни**, редкими обострениями, эпизодически теряющие трудоспособность на короткое время (подгруппа «а»); **лица с субкомпенсированным течением хронических заболеваний**, частыми и продолжительными потерями трудоспособности (подгруппа «б»); **лица с декомпенсированным течением заболеваний**, стойкими нарушениями жизненно важных органов, ведущих к стойкой утрате трудоспособности (подгруппа «в»).

На каждого осмотренного заполняется «Карта учета диспансеризации» и «Контрольная карта диспансерного наблюдения». В них вносятся паспортные сведения, отмечаются сроки и тяжесть утраты трудоспособности, делаются отметки о явке и сроках последующих посещений лечебного учреждения, а также записывается план проведения лечебно-профилактических мероприятий, их эффективность.

В плане предусматриваются не только особенности режима труда и отдыха, диеты, назначается медикаментозное и санаторно-курортное лечение, но и предусматривается обследование условий труда, быта, последующее трудоустройство по медицинским показаниям, другие виды социальной помощи.

Наряду с диспансерной картой основными документами при диспансеризации являются «История болезни» и «Медицинская карта амбулаторного больного».

Конечно, в настоящее время основная работа по диспансеризации проводится врачами. Однако, медицинские сестры в значительной степени обеспечивают ее качественное проведение уже сегодня.

Так, медицинская сестра ежемесячно по медицинским документам выверяет людей, направленных на дообследование. Она должна запрашивать лечебные учреждения или самих диспансеризуемых об их проведении. Когда человек прошел медицинское обследование в данном или в другом медицинском учреждении, то результаты его должны использоваться в отчете этого года, если давность обследования не превышает 6 месяцев. Продолжительность дополнительного обследования или дообследования при диспансеризации не должна превышать 10–12 дней.

Обязательной составной частью диспансеризации является **санитарио-просветительная работа** среди населения. В этой работе существенную важную роль играют медицинские сестры.

Основными задачами этой работы медицинской сестры являются:

- разъяснение населению цели диспансеризации;
- ознакомление людей с ранними признаками заболеваний, исходами заболеваний, основными мерами по первичной и вторичной профилактике заболеваний, организацией правильного режима труда, отдыха и питания;
- всемерная пропаганда своевременной явки на врачебные осмотры;
- создание психологического климата доверия к врачу и медицинской сестре не только со стороны диспансеризуемого больного, но и членов его семьи.

Такая психологическая «настройка» оказывает всегда дополнительное влияние на ход течения и лечения многих хирургических заболеваний.

При посещении больных на дому медицинская сестра обучает его родственников особенностям ухода за ним при том или ином заболевании.

Любые изменения в состоянии больных, которые заметит медицинская сестра, должны стать известными врачу. При возникновении состояний, требующих неотложных мероприятий, медицинская сестра должна приступить к их выполнению и по возможности сообщить об этом врачу, при необходимости — обеспечить транспортировку больного в стационар или поликлинику.

К настоящему времени разработано много критериев оценки эффективности диспансеризации, в том числе и для трех основных групп диспансеризуемых. Укажем лишь самые важные из них.

Для **групп Д1 основными критериями** хорошо проведенной работы является отсутствие заболеваний, сохранение трудоспособности, отсутствие случаев перевода в группу больных. Для работающих в контакте с вредными факторами производства главный критерий эффективности диспансеризации — отсутствие профессиональных заболеваний.

Для **больных острыми заболеваниями критерием** эффективной диспансеризации является полное выздоровление от этих заболеваний и перевод в группу здоровых.

Для **больных с хроническими заболеваниями** выводы об эффективности диспансеризации делают на основании следующих показателей:

- наличие или отсутствие обострения заболевания, по поводу которого этот больной на диспансерном учете;
- заболеваемость с временной утратой трудоспособности;

– стойкая утрата трудоспособности и изменение ее в процессе наблюдения;

– вывод о состоянии здоровья (улучшение, ухудшение, без изменений, смерть).

В настоящее время диспансеризация хирургических больных проводится по трем группам:

- 1) пациенты, перенесшие острые заболевания;
- 2) пациенты, страдающие хроническими заболеваниями;
- 3) пациенты, страдающие врожденными, генетическими заболеваниями и пороками развития.

Динамическое наблюдение за перенесшими острые хирургические заболевания проводится с целью предотвращения осложнений. Длительность наблюдения зависит от нозологической формы и возможных последствий от 2 недель до 12 месяцев. При исчезновении «остаточных явлений» острого заболевания или отсутствия их в течение определенного срока, таких людей переводят в группу здоровых.

В случаях перехода острого заболевания в хроническую форму, больные подлежат динамическому наблюдению как страдающие хроническими заболеваниями.

Для облегчения работы медицинской сестры по диспансеризации, соблюдения единства принципов диспансеризации всех групп населения разработаны примерные схемы наблюдения за больными с каждой конкретной нозологической формой. В этих схемах указывается частота осмотров, состав специалистов, привлекаемых для консультаций, объем и периодичность лабораторных, инструментальных исследований, основные лечебно-оздоровительные мероприятия и критерии их эффективности.

100% охвату диспансеризацией подлежат пациенты, страдающие следующими хроническими заболеваниями: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, желчнокаменная болезнь, облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей, спаечная болезнь брюшной полости, полипоз желудочно-кишечного тракта, дисгормональные заболевания щитовидной и молочной желез и т. д.

Медицинские сестры проводят диспансеризацию людей «длительно и часто болеющих», а также людей «угрожаемых» в отношении развития ряда серьезных заболеваний. К таковым относятся больные, имеющие в течение календарного года 3–4 и более случаев заболевания, а также 30–40 и более дней временной нетрудоспособности по одному и тому же заболеванию.

Например, «угрожаемыми» по развитию желчнокаменной болезни считаются люди, имеющие избыточную массу тела, гиперхолестеринемия, злоупотребляющие алкоголем и острой, жирной пищей.

Этическое и законодательное регулирование в процессе оказания хирургической помощи

Здравоохранение в целом и хирургия в частности, регулируется законодательно и этически. Закон (право) утверждается всеми методами, вплоть до узаконенного государственного насилия. Этика регулируется только методами морального воздействия (осуждение, одобрение, поддержка обществом и т. д.), отражается и закрепляется в формируемых и господствующих в обществе идеалах добра и зла. В деятельности медицинских работников вопросы этического и правового плана при внешнем своем различии внутренне тесно связаны между собой. Во-первых, правовые нормы, регулирующие профессиональную деятельность медработников, основаны на моральных нормах. Во-вторых, некоторые моральные нормы, касающиеся их деятельности, получили силу закона. Но, как отмечал Сенека Младший: «Круг наших нравственных обязанностей гораздо шире того, что предписывают законы». В основе наказуемых профессиональных деяний (или бездеятельности) медицинских работников всегда находится нарушение принципов медицинской этики. В то время как несоблюдение принципов нравственности чаще всего не является предметом рассмотрения юриспруденцией или законодательством.

Как было сказано выше, законы и этика взаимодополняют друг друга. При этом этика часто исполняет роль предзаконной проработки тех или иных ситуаций, а также смягчает суровость существующих законов и дополняет их. Этические проблемы часто возникают и при наличии тщательно прописанных с позиции закона процедурах. Действуя в сфере, где еще или уже не действует право, этика регулирует многие «вечные» проблемы и ситуации, взаимоотношения людей в бесконечно повторяющихся ключевых ситуациях рождения, смерти, страдания, болезни. Большинство современных биоэтических проблем возникло в связи с прогрессом науки, применением в медицине и биологии достижений современной научно-технической революции. Появились и продолжают появляться новые возможности и методы вмешательства в самые интимные и не понятые до конца жизненные процессы. Проблемами, не имеющими однозначного ответа, продолжают оставаться донорство крови, тканей и органов, трансплантация жизненно важных органов, в том числе и сердца; новые критерии смерти; генетические манипуляции и вмешательства в генетический код; новые репродуктивные технологии.

Хирургия относится к отраслям медицины, требующим серьезного законодательного регулирования, и подразумевает не только знание этических коллизий, встречающихся в повседневной прак-

тической работе, но и осознанного применения нравственных и этических установок медицинским работником.

Хирургия все чаще использует в своем арсенале серьезные инвазивные вмешательства, так или иначе небезопасные для пациента. Это раздел медицины, из которого выделились в самостоятельные отрасли такие науки, как анестезиология и реаниматология, трансплантология, трансфузиология, которые, в свою очередь, существенно вмещиваются в деятельность жизненно важных систем организма пациента.

Качество оказания медицинской помощи неразрывно связано с целым рядом факторов: знания и умения медицинского персонала, организации лечебного процесса и оснащенности лечебного учреждения, правовой культуры медицинского персонала. Вопросы правовой культуры медработников требуют специального рассмотрения в связи, по крайней мере, с 5 обстоятельствами:

- введением в стране обязательного медицинского страхования;
- возрастающей правовой культурой населения;
- началом действия нового Уголовного Кодекса РФ (1997 г.), в котором часть новых статей прямо или косвенно посвящены профессиональной ответственности медицинских работников;
- дополнениями в ГК РФ (12.08.96);
- вступлением в силу целого ряда законов из области Законодательства об охране здоровья граждан (Общеправовой классификатор отраслей законодательства, 1993 год).

Работа всех медицинских специалистов, в том числе и медицинских сестер, регулируется следующими правилами:

- Конституцией РФ;
- Уголовным кодексом РФ;
- Гражданским кодексом РФ;
- основами законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993 год);
- другими законами РФ, имеющими отношение либо к отдельным сферам медицины, например, Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (1993), либо к общемедицинским проблемам, например, Закон РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (1998 год);
- КЗоТом;
- подзаконными актами: ведомственными приказами, инструкциями МЗ РФ и органов здравоохранения.

Все виды ответственности граждан (и медработников в том числе) разделяются на 4 вида:

- уголовную;
- гражданскую;

- административную (дисциплинарную);
- моральную.

Уголовная ответственность. Основанием для привлечения к уголовной ответственности «является совершение деяния, содержащего все признаки состава преступления, предусмотренного настоящим Кодексом» (в соответствии со ст. 8 УК РФ).

Понятие о преступлении. Само понятие «преступление» рассматривается в гл. 3 УК РФ, наиболее важными статьями которой являются ст. 14 **Понятие преступления** и ст. 15 **Категории преступлений**.

При анализе преступлении юристы рассматривают 4 его элемента: объект и субъект преступления, объективную и субъективную стороны преступления.

Объектом преступления при оценке профессиональной деятельности медработников (в том числе и медицинских сестер) в хирургии могут быть жизнь и здоровье человека. Это связано с тем, что, как правило, профессиональные нарушения заключаются в ухудшении состояния пациента (развитие осложнений, инвалидность) или в смертельном исходе.

Объективная сторона преступления в данном контексте — это действия медработника или его бездействие в конкретных ситуациях лечебного процесса, применение различных лекарственных средств, методов и режимов.

Субъект преступления — это физическое лицо (лица), совершившие опасные деяния. В профессиональных преступлениях субъектами являются врачи, медсестры и другие медицинские работники. С ними могут разделять ответственность администраторы — главный врач, главная медицинская сестра, заведующий отделением, старшая медсестра и другие должностные лица. Их преступления рассматривают как должностные. Должностные преступления вкупе с профессиональными могут быть инкриминированы и тем, кто помимо лечебной (и сестринской) работы на дежурстве выполняет административные функции. Например, ответственной по смене медсестре.

Субъективная сторона преступления характеризует отношение субъекта (врача, медсестры и т. д.) к преступлению и анализируется по категориям вины субъекта, цели и мотива преступления.

- Вина — как категория рассматривается в гл. 5 УК РФ. Выделяют 2 формы вины:
- умышленное преступление (ст. 25) или совершенное по неосторожности (ст. 26);
- невинное причинение вреда (ст. 28).

Не останавливаясь на умышленном преступлении, целесообразно подчеркнуть в ст. 26 (преступление, совершенное по неосто-

рожности) выделение преступного легкомыслия и преступной небрежности.

В практике оказания хирургической помощи нередко возникают специфические ситуации: экстремальные или форс-мажорные обстоятельства, тяжесть состояния пациентов, психофизиологическое состояние персонала. Они, как правило, исключают уголовную ответственность и рассматриваются в соответствии со статьей 26 УК РФ.

А. П. Зильбер систематизировал ситуации, исключающие уголовную ответственность медицинских работников применительно к медицине критических ситуаций (а хирургию в большой мере можно отнести к этой отрасли) следующим образом:

- несовершенство медицины при существующем у больного комплексе патологии;
- чрезвычайная атипичность заболевания, индивидуальные особенности или крайняя тяжесть состояния больного;
- несоответствие тяжести состояния больного и характера патологии возможностям лечебного учреждения;
- недостаточное снабжение медицинскими средствами, оборудованием, непригодность условий;
- особое состояние медперсонала: усталость, внезапная болезнь;
- неправильные действия больного и его родственников, способствующие неблагоприятному исходу.

Наиболее частыми правонарушениями, связанными с профессиональной деятельностью медперсонала в хирургии и влекущими за собой уголовную ответственность, являются следующие:

- причинение смерти;
- причинение вреда здоровью.

Смертельные исходы в хирургии, связанные с профессиональной деятельностью медперсонала, чаще всего квалифицируются по ст. 109 (**Причинение смерти по неосторожности**) непосредственно п. 2 этой статьи «причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей». Установление ненадлежащих его исполнения профессиональных обязанностей производится на основе анализа положений об обязанностях специалиста, должностных инструкций, нормативных указаний МЗ, правил внутреннего распорядка и стандартов. В соответствии со статьей 26, **Преступление, совершенное по неосторожности**, может быть связано с:

- легкомыслием (самонадеянностью), когда медсестра предвидела возможность наступления опасных последствий своих действий (бездеятельности), но без оснований надеялась на то, что справится с ними;
- небрежностью; медсестра не предвидела возможности наступления опасных последствий, но могла и должна была предвидеть.

При квалификации преступлений по ст. 109 необходимо исключить условия, оговоренные законом в ст. 28 (**невиновное причинение вреда**), ст. 39 (**крайняя необходимость**) и ст. 41 (**основанный риск**). Смерть пациента может также наступить в результате **исполнения приказа или распоряжения**, обязательного для данного лица (ст. 42). Уголовную ответственность в таком случае несет лицо, отдавшее незаконное распоряжение или приказ. При этом оценивается вся совокупность обстоятельств. была ли ситуация экстренной или плановой, существовали ли альтернативные варианты. В п. 2 данной статьи оговаривается, что лицо, совершившее умышленное преступление во исполнение заведомо незаконных приказов или распоряжений, несет уголовную ответственность на общих основаниях. Другими статьями, имеющими отношение к смерти потерпевшего, являются:

ст. 124. **Неоказание помощи больному** (п. 2);

ст. 105. **Убийство** часть 2 пункт «м» **убийство «в целях использования органов или тканей потерпевшего»**. Часть 4 активная эйтаназия;

ст. 293. **Халатность** п. 2 **смерть по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения обязанностей должностным лицом**.

К должностным лицам относятся работники, постоянно или временно имеющие организационно-распорядительные и административно-хозяйственные обязанности.

Причинение вреда здоровью больного. Возникновение осложнений во время диагностических процедур, проведения интенсивной терапии или анестезиологического пособия, повлекших за собой вред здоровью пациента (тяжкий или средней тяжести), квалифицируется по ст. 118. К медицинским работникам имеют отношения п. 2 – «причинение тяжкого вреда» и п. 4 – «причинение вреда средней тяжести» вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

Понятие «тяжкий вред» характеризуется следующим (согласно п. 1 ст. 111): «Умышленное причинение вреда здоровью, опасного для жизни человека, или повлекшего за собой потерю зрения, речи, слуха или какого-либо органа, либо утрату органом его функций, или выразившегося в неизгладимом обезображивании лица, а также причинение иного вреда здоровью, опасного для жизни или вызвавшего расстройство здоровья, соединенное со значительной стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть или с заведомо для виновного полной утратой профессиональной трудоспособности, либо повлекшее за собой прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией».

К тяжкому вреду для здоровья пациента может быть отнесена ситуация заражения ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (п. 4 ст. 122 УК РФ). К этому могут привести несоблюдение правил асептики, нарушение режимов стерилизации и небрежное выполнение правил и инструкций при проведении инъекционной, инфузионной и трансфузионной терапии.

Если причинение тяжкого или средней тяжести вреда причинно связано с действием (бездействием) врача или сестры, то эти лица подлежат уголовной ответственности, если не доказано, что возникновение вреда обусловлено неизбежными повреждениями при диагностических или иных лечебных мероприятиях. При возбуждении уголовного дела по фактам причинения смерти или вреда здоровью проводится комиссия экспертная, в которой принимают участие, как правило, разные специалисты. В ходе такой экспертизы проясняются следующие моменты:

- причинная связь между действием (бездействием) медработника и причинением вреда;
- позволяла ли обстановка и условия предотвратить нанесение вреда пациенту правильными и своевременными действиями;
- возможность предвидения неблагоприятного исхода с целью его предотвращения;
- наличие в действиях или бездействии нарушения установленных правил инструкций или стандартов;
- степень участия всех лиц в нанесении вреда пациенту;
- роль должностных лиц лечебного учреждения;
- наличие в полной мере информированного согласия пациента.

Гражданская ответственность

Гражданская или гражданско-правовая ответственность — это вид юридической ответственности, при которой к правонарушителю применяются меры воздействия в соответствии с законодательством или установленные договором. К этим мерам относится возмещение убытков, уплата неустойки, возмещение причиненного материального и морального вреда. Гражданская ответственность распространяется как на физические лица, так и на юридические (учреждения). Регулируется гражданская ответственность Гражданским Кодексом Российской Федерации (новая редакция введена в действие в 1996 году). ГК регламентирует возмещение материального и морального ущерба, понесенного пациентами или их семьями в результате причинения смерти или причинения вреда здоровью в ходе оказания медицинской помощи в соответствии с основаниями, изложенными в ст. 66 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Медицинским работникам необходимо

помнить, что «возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством» (ст. 68 Основ).

Основные статьи ГК, по которым могут привлекаться к гражданской ответственности медицинские работники или лечебные учреждения:

- ст. 1064. Общие основания ответственности за причинение вреда;
- ст. 1067. Причинение вреда в состоянии крайней необходимости;
- ст. 1068. Ответственность юридического лица или гражданина за вред, причиненный его работником.
- ст. 1083. Учет вины потерпевшего и имущественного положения лица, причинившего вред;
- ст. 1084. Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина при исполнении договорных или иных обязательств;
- ст. 1088. Возмещение вреда лицам, понесшим ущерб в результате смерти кормильца.

Рекомендуемая литература

1. Биомедицинская этика. Под ред. акад. РАМН В. И. Покровского. М., «Медицина», 1997.
2. Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Ассоциация психиатров Украины, Киев, 1996.
3. Галкин Р. А., Двойников С. И. Сестринское дело в хирургии. — Самара, 1998. — 360 с.
4. Гостищев В. К. Общая хирургия: Учебник для студентов медицинских вузов. — М.: Медицина, 1993. — 575 с.
5. Граков Б. С., Лубенский Ю. М., Нихенсон Р. А. Методы диагностики и интенсивной терапии в неотложной абдоминальной хирургии. — Красноярск, 1992. — 236 с.
6. Зильбер А. П. Медицина критических состояний. Изд. Петрозаводского университета, Петрозаводск, 1995.
7. Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний. Изд. Петрозаводского университета, Петрозаводск, 1998.
8. Клиническая хирургия. Под ред. Р. Кондена и Л. Найхуса, М, Практика, 1998.
9. Корнилов Н. В., Грязнухин Э. Г. Травматологическая и ортопедическая помощь в поликлинике. — СПб.: Гиппократ, 1994. — 320 с.
10. Краснов А. Ф., Мирошниченко В. Ф., Котельников Г. П. Травматология: Учебник для врачей последипломной подготовки и студентов старших курсов. — М.: 1995. — 455 с.

11. Кузин М. И., Костюченко Б. М. Раны и раневая инфекция. — М.: Медицина, 1990. — 591 с.
12. «ЛЕМОИ». Учебный материал по сестринскому делу. Глава 8, клиническая сестринская практика. ЕРБ ВОЗ, 1996. Журн. Медицинская помощь № 1, 1997.
13. Михельсон В. А., Маневич А. З. Основы реаниматологии и анестезиологии. — М.: Медицина, 1992. — 368 с.
14. Роберт М. Янгсон. Хирургия. Попурри, Хэлсон, Минск, 1998.
15. Сборник кодексов Российской Федерации СПб., ТИГ «Комета». Норинт, 1998.
16. Сестринское дело. I том. Под ред. акад. РАМН А. Ф. Краснова, Самара, 1998.
17. Силуянова И. В. Современная медицина и православие. Московское Подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, «Татьянин Двор», М., 1998.
18. Хегглин Ю р г. Хирургическое обследование / Перевод с нем. Г В. Говорунова. — М.: Медицина 1991. — 462 с.
19. Шапошников А. В. Послеоперационный период. — Ростов-на-Дону, 1993. — 311 с.
20. Clinical Skills in Nursing Practice. Vicki Vine Earnest Second, J. B. Lippincott Company. Philadelphia.
21. Basic Nursing. Theory and Practice. Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry. Third Edition. Mosby.
22. Critical Care Nursing. A. Holistic Approach. Carolyn M. Hudak, Barbara V. Gallo, Lulie J. Benz. J. B. Lippincott Company. Philadelphia.
23. Clinical Nursing Skills. Presented in the Nursing Process. Basic to / Advanced Skills. Sandra Smith, Donna Duell, National Nursing Reveiw /, Los Altos, California.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Особенности организации сестринского процесса в акушерстве и гинекологии

В здравоохранении все более актуальной становится проблема эффективного управления, которая не может быть решена без интенсивной разработки научной теории и практики управления, совершенствования системы подготовки и рационального использования руководящих медицинских кадров, в том числе медицинских сестер.

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМИ ПРИНЦИПАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ академических медицинских сестер в акушерско-гинекологических отделениях являются — всеобъемлющий подход, неразделяемые проблемы, высокое качество, преемственность медицинской помощи в условиях акушерско-терапевтическо-педиатрического комплекса (АТПК).

ВСЕОБЪЕМЛЮЩИЙ ПОДХОД заключается в необходимости решения не только медицинских проблем (нарушение репродуктивной функции, нарушение менструального цикла и т. д.), но и психосоциальных (сниженная способность осознания потери ребенка, несостоявшаяся беременность, социальная самоизоляция, депрессия, страх перед родами...). Способность разбираться во влиянии на пациентку различных психосоциальных, финансовых и культурных факторов, семьи и религиозной общины позволили предотвратить осложнения в течение как гинекологических, так и соматических заболеваний. Особенно ярко это проявляется у пациенток с запущенными онко-гинекологическими заболеваниями, когда все медицинские методы исчерпали свои возможности. Это потребовало даже открытия специализированного научно-учебно-методического центра лечения хронической боли у онкологических больных в МНИОН им. П. А. Герцена.

НЕРАЗДЕЛЯЕМЫЕ ПРОБЛЕМЫ. Каждая пациентка уникальна и обращается за помощью к медицинскому работнику на разных стадиях заболевания или с различными жалобами — от симптомов простуды до неотложных состояний. Медицинская сестра должна быть готова иметь дело с больной любого возраста и с любыми заболеваниями.

ВЫСОКОЕ КАЧЕСТВО. Решая медицинские проблемы (организация обследования и лечения) медицинская сестра с высшим образованием должна учитывать уникальные особенности личности пациентки, ее осложнения с семьей, коллективом, условиями жизни, решая их с минимальными затратами времени и финансов.

НЕПРЕРЫВНОСТЬ ПОМОЩИ. Этот принцип предусматривает заботу о пациенте с момента зачатия до последней минуты жизни. Сюда относится формирование акушерско-терапевтско-педиатрического комплекса, что способствует непрерывному наблюдению во внутриутробном, неонатальном и постнатальном периоде, в репродуктивном и старческом возрасте. Сюда можно отнести и работу в домах сестринского ухода, в акушерских родильных домах, что позволяет значительно дешевле для больной и государства решить проблемы пациента. Понятие непрерывности включает и профилактику заболеваний.

Медицинская сестра, безусловно, должна быть профессионалом, с определенной степенью независимости. Особо важное значение в формировании сестринского дела в акушерстве и гинекологии имеет все то, что связано с формированием профессиональных ценностей, определением сферы деятельности, сотрудничеством. Использование деятельности медицинской сестры с высшим образованием в клинической практике даст возможность организовать совершенно новую составную часть медико-социальной помощи женскому населению в нашей стране. Организация акушерских родильных домов позволит предложить нашему здравоохранению новую, экономически выгодную форму обслуживания, но и в главной мере оказать не только профилактическую медицинскую помощь, но и решить психосоциальные проблемы пациента в семье и в обществе, облегчить физические и психологические страдания, привить здоровый образ жизни населению. Подготовка медицинской сестры с высшим образованием позволит на научно обоснованной почве выявить, избежать и бороться с негативными отношениями между пациентом и медицинской помощью, исправить недостатки в организационных вопросах.

Клиническая практика медицинской сестры с высшим образованием в акушерских и гинекологических отделениях сводится к последовательному выполнению следующих этапов сестринского процесса:

1. Обследование пациенток.
2. Оценка состояния больной и выявление потребностей (постановка сестринского диагноза).
3. Планирование сестринского процесса.
4. Организация и осуществление сестринского процесса.
5. Сестринский анализ эффективности выполнения сестринского процесса (анализ проблем пациентки и рекомендации по профилактике и реабилитации после заболевания).

I этап. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОК. Сестринский процесс начинается с клинического обследования и направления на выяснение индивидуальных особенностей анамнеза жизни и болезни пациентки.

ОПРОС по системам и правильная оценка полученных данных во многих случаях позволяет поставить предварительный диагноз, оказать первую доврачебную помощь. Среди общих сведений важное значение имеют возраст, поскольку функции половых органов, а также анатомическое строение их подвергаются возрастным изменениям. Выяснение профессии больной и условия труда способствуют уточнению причин тех или иных патологических явлений. Гинекологический анамнез собирается по стандартному плану: становление менструальной, половой и репродуктивной функции. Необходимо особое внимание уделить планированию семьи – способу контрацепции, проблемам планирования беременностей.

СБОР ЖАЛОБ И ВЫЯСНЕНИЕ АНАМНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ необходимо собирать с учетом особенности типа высшей нервной деятельности. Так, женщины с сильным уравновешенным типом высшей нервной деятельности не предъявляют жалоб вообще, и только тактичная беседа выясняет проблемы больной. Женщины с сильным неуравновешенным типом высшей нервной деятельности эмоционально воспринимают всю новую информацию, а неудачно поставленный перед больной вопрос может вызвать возникновение депрессивных состояний. Определенный диалог должен складываться с женщиной со слабым типом высшей нервной деятельности. Не всякая жалоба, предъявляемая ею, имеет отношение к гинекологической патологии, эти женщины не терпят боли, раздражительны, очень внушаемы. При предъявлении жалоб на боли должна быть произведена качественная и количественная оценка болей.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ позволяет составить общее представление о состоянии организма, выявить сопутствующие заболевания и такие расстройства отдельных органов и систем, которые могут быть связаны с заболеваниями половых органов. Медицинская сестра должна уметь провести пальпацию лимфатических узлов, молочных желез, брюшной стенки, перкуссию и аускультацию живота у гинекологических больных.

Оценка состояния сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем позволит своевременно выявить сопутствующие экстрагенитальные заболевания.

Температура тела. В норме у небеременной женщины температура тела в подмышечной впадине должна быть не более 37 град. С, во время родов в течение 1 суток – не более 37,5 град. С. Степень повышения температуры обычно находится в зависимости от ин-

тенсивности обусловившего ее подъем заболевания. При несоответствии данных температуры и состояния больной производится сравнительное измерение периферической и полостной температуры, измеряемой в прямой кишке или, реже, во влагалище. При этом одновременно 2 термометра помещаются в подмышечные впадины, а третий — в прямую кишку. Продолжительность измерения — 5 минут. Ректальную температуру измеряют также и больные с подозрением на наличие ановуляторного цикла. В подобных случаях температура измеряется ежедневно в течение одного или двух менструальных циклов одновременно утром перед подъемом с постели на левом боку. Данные измерения записываются в виде графика.

Объективное обследование женщины включает использование специальных гинекологического, дополнительных лабораторных и инструментальных и других методов. В третьем разделе подробно описаны современные исследования, применяемые в акушерстве и гинекологии.

На данном этапе в стационаре на медицинскую сестру возложена работа по организации необходимого исследования по подготовке больной к исследованию. Заканчивается I этап сестринского процесса сестринским анализом данных в сравнении с нормативными показателями.

II этап. ФОРМИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДИАГНОЗА (ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОЙ И ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И ПОТРЕБНОСТЕЙ ПАЦИЕНТА). СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ — это те проблемы, которые могут быть выявлены или предупреждены сестрой самостоятельно, не требуя активного вмешательства врача, и будет называться сестринским диагнозом. Все проблемы пациента мы бы подразделили на медицинские проблемы и проблемы, связанные с обеспечением потребностей больной. Медицинские проблемы обычно связаны с изменениями в состоянии здоровья и подробно изложены в четвертом подразделе. Потребности человека — это определенные действия, необходимые для обеспечения здоровья и хорошего самочувствия каждого из нас. Эти основные потребности: дышать, есть и пить, выводить из организма шлаки, одеваться и раздеваться, спать и отдыхать, поддерживать определенную температуру тела, поддерживать чистоту, ухаживать за собой, избегать опасностей, общаться с другими, сообщать о своих потребностях, иметь религиозные верования, работать, развлекаться, приспособливаться.

Для обеспечения потребностей больной медицинской сестре необходимо знать «индивидуальную норму». Например, показатель гемоглобина равный 112 г/л и эритроцитов 3,7 мм/мкл в третьем триместре беременности является нормой, а у небеременной жен-

щины требует лечения анемии. Таким образом, нам необходимо следить за изменениями, которые выходят за пределы нормы для данного человека.

Проблемы пациентки могут захватывать различные сферы деятельности – физическую, психическую, эмоциональную, духовную и социальную. Отклонения от индивидуальной нормы и будут формировать сестринский диагноз.

ПРОБЛЕМЫ В ФИЗИЧЕСКОЙ СФЕРЕ формируют следующие **сестринские диагнозы**: нарушение функции дыхания, нарушение функции пищеварения, нарушение и дискомфорт при мочеиспускании и дефекации, ограничение самообслуживания, нарушение сна и отдыха, сниженная способность поддерживать оптимальную температуру тела, ограничение подвижности.

В ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ: сниженная способность избегать опасности, нарушение мыслительной деятельности, эмоциональная неустойчивость (чувство страха, беспокойство, состояние переживания несчастья), снижение вербальной коммуникации, неподчинение рекомендациям, болевой синдром, сниженная самооценка собственного состояния здоровья, сниженная способность сообщать о своих потребностях, сниженная способность к самообучению, неспособность осознать происходящее. Духовная сфера включает в себя потребность иметь религиозные верования. Проблемы могут возникнуть в результате переживаний, связанных с неспособностью выполнять религиозные ритуалы; конфликта с иной религиозной культурой.

ПРОБЛЕМЫ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ проявляются в сниженной способности работать, социальной самоизоляции, проблемами в сфере отношений, снижением индивидуальной адаптации к стрессовой ситуации. Дополнить этот список можно проблемами, связанными с состоянием **РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ**: нарушение репродуктивной функции, неудавшаяся беременность, нарушение функции соседних органов за счет доброкачественной опухоли матки, альгодисменорея, кровотечение из половых путей во время беременности, предменструальный синдром, послеродовая депрессия (беспокойство, психоз) и т. д. **УМЕНИЕ АДАПТИРОВАТЬ БОЛЬНОГО К ДАННОЙ СИТУАЦИИ – ОДИН ИЗ СЕКРЕТОВ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ.**

При формировании сестринского диагноза следует обратить внимание на последовательность постановки диагнозов – на первом месте самая глобальная проблема, затем по мере их значимости для пациента. После выполнения этого момента необходимо перейти к этапу выяснения потенциальных проблем, отталкиваясь от настоящих. Правильно выявленные проблемы пациента позволят нам четко и последовательно составить план сестринского процесса.

III этап — СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА. Медицинская сестра составляет план своих действий и оформляет в карте сестринского процесса (См. таблицу № 14. Карта сестринского процесса), содержащей сестринский диагноз, цели (краткосрочные и долгосрочные), план действий, оценку эффективности лечения.

Таблица № 14

Карта сестринского процесса

Проблема пациента	Цели		План действия	Оценка
	краткоср.	долгосроч.		
Настоящие:				
1.				
2. ...				
Потенциальные:				
1.				
2. ...				

Этап составления плана сестринского процесса плавно переходит в **IV этап — ОРГАНИЗАЦИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА.** План действия, составленный ранее, поможет сестре решить сначала наиболее главные проблемы для пациентки (краткосрочные), а затем перейти к проведению профилактических мероприятий по предупреждению потенциальных осложнений.

V этап — АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ И СЕСТРИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА. Оценка эффективности деятельности медицинских работников может проводиться по мере необходимости как во время лечения в стационаре, так и в день выписки. Анализ достигнутых целей, выявление причин, повлекших к неудаче, позволяет провести коррекцию плана сестринских вмешательств.

Клинический пример. В родильный дом поступила верующая пациентка 30 лет с диагнозом: беременность 30 недель, осложненная гестозом второй половины беременности и центральным предлежанием плаценты.

При поступлении женщина предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей, мелькание мушек перед глазами, общую слабость. Женщина возбуждена, не подчиняется медицинскому персоналу, просит связаться с религиозной общиной.

При объективном осмотре в приемном покое: пульс 96 ударов в минуту слабого наполнения и напряжения, артериальное давле-

ние 115/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, 20 в минуту. Слизистые бледные, кожные покровы холодные на ощупь. Состояние плода: сердцебиение 150 ударов в минуту, шевеление — 8 в минуту. Кровопотеря на момент поступления — 500 мл. Мочепуспускание в норме. Воды не отходили.

Переходим к **ФОРМИРОВАНИЮ СЕСТРИНСКОГО ДИАГНОЗА**. На первом месте стоит самая глобальная проблема, затем последовательно проблемы по мере убывания значимости для пациентки.

Формулировка сестринского диагноза будет такой:

1. Кровотечение из половых путей во время беременности, при центральном предлежании плаценты.

Нарушение гемодинамики.

Внутриутробная гипоксия плода I степени.

2. Беспокойство, связанное с возникновением осложнений.

Эмоциональная неустойчивость.

3. Повышенная потребность в совершении религиозных культов.

Теперь последовательно переходим к формированию потенциальных проблем, исходя из настоящих. Кровотечение может привести к развитию ДВС-синдрома, тяжелой степени геморрагического шока, материнской смертности и внутриутробной гибели плода. Беспокойство и эмоциональная неустойчивость мешают установить контакт с больной, что может привести к таким проблемам, как сниженная самооценка собственного состояния, неспособность осознать происходящее и неподчинение рекомендациям.

Формулировка потенциальных проблем будет такой:

1. Высокий риск развития тяжелой степени геморрагического шока и ДВС-синдрома.

Высокий риск материнской смертности.

Высокий риск внутриутробной гибели плода.

2. Сниженная самооценка собственного состояния.

Неподчинение рекомендациям.

Правильная формулировка проблем пациента позволит нам четко и последовательно составить план сестринского процесса. Попробуем это сделать для нашей пациентки. Беременная женщина с кровотечением из половых путей попала с геморрагическим шоком I степени и внутриутробной гипоксией плода в стационар, где ей должны оказать специализированную медицинскую помощь, на этом этапе медицинская сестра при неотложных состояниях сразу вызывает врача и начинает выполнять его назначения. Затем переходим к решению проблем пациента, связанных с беспокойством по поводу возникших осложнений в течении беременности. Медицинская сестра с высшим образованием должна провести беседу, используя психологические приемы (повторения последней фразы больного, сочувствия, несогласия, постановки цели). Проблему с

эмоциональной неустойчивостью легко решить назначением настоев трав (валерианы, пустырника) и слабых седативных препаратов. Снижение самооценки собственного состояния требует объяснения больной необходимости соблюдения постельного режима.

Высокий риск возникновения тяжелой степени геморрагического шока и ДВС-синдрома можно предотвратить, своевременно организовав специализированную медицинскую помощь (помощь врачу в устранении причины кровотечения, организация операционной, возмещение объема циркулирующей крови, осуществление инфузионной терапии) и сестринское наблюдение (контроль за АД, Рс, объемом кровопотери, гематокритом, гемоглобином, за свертывающей системой крови — уровнем протромбина, фибриногена, тромбоцитов, временем свертывания и т. д.). Возникновение неспособности осознавать происходящее и длительное сохранение этого состояния может привести к развитию психоза или депрессивного состояния, следовательно, медицинская сестра должна вызвать психолога и, если требуется, психиатра. А неподчинение рекомендациям, как правило, возникает при отсутствии контакта с врачом и эмоциональном возбуждении, непонимании цели назначения того или иного препарата или исследования. Эта проблема быстро решается при доверительной беседе с пациенткой.

В карте планирования сестринского процесса запись будет такой:

- вызвать врача;
- заказать операционную и осуществить транспортировку больной на каталке;
- выполнить назначения врача;
- в личной беседе выяснить проблемы пациента и наметить совместный план их решения;
- провести беседу о необходимости соблюдения постельного режима;
- проводить контроль за АД, Рс, объемом кровопотери, Нб, гематокритом, за свертывающей системой крови (уровнем протромбина, фибриногена, тромбоцитов, временем свертывания, ретракцией сгустка);
- связаться с религиозной общиной и обеспечить с ней контакт, объяснить по требованию больной цель назначения того или иного препарата и предупредить о возможных побочных действиях;
- проводить в динамике оценку психо-эмоционального состояния женщины и уровень самооценки.

В графу «цели» академическая сестра выносит информацию о сроках выполнения намеченного мероприятия. Дата исполнения долгосрочных целей (контрольные анализы крови, мочи и т. д.) может быть вынесена в карту динамического наблюдения. Графа «оценка» содержит информацию о выполненном обследовании.

Планирование семьи

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СРОКА ЗАЧАТИЯ

Регулирование рождаемости — одна из важных задач каждого государства и основной фактор обеспечения нормальных условий существования будущих поколений людей на Земле. Наряду с угрозой перепроизводства населения на планете существует другая проблема — увеличение числа бездетных семей, поэтому вопросы планирования семьи должны быть поставлены в поле зрения медицинских работников, в том числе и академических сестер. Согласно определению ВОЗ, «планирование семьи — это обеспечение контроля репродуктивной функции для рождения здоровых и желанных детей».

Существует тесная взаимосвязь между возрастом, состоянием здоровья женщины и ее репродуктивной функцией. Так, беременность и роды у женщин с экстрагенитальной патологией могут привести к материнской и высокой перинатальной смертности.

Таким образом, здоровье будущих поколений тесно связано с планированием семьи и выбором оптимального срока зачатия. Академическая медицинская сестра может давать рекомендации супругам, планирующим беременность, ориентируясь на следующие положения: 1) благоприятный возраст матери для осуществления репродуктивной функции составляет 19—35 лет; 2) интервал между родами должен быть не менее 2—2,5 лет; 3) зачатие допустимо через 2 месяца после перенесенного острого инфекционного заболевания супругами; 4) целесообразно зачатие рекомендовать осенью и зимой (снижается процент спонтанных мутаций и риск иммунного конфликта); 5) женщина должна быть выведена за 2 месяца до зачатия из зоны контакта с химическими веществами I и II класса опасности; 6) супругам за два месяца до планируемой беременности следует полностью отказаться от вредных привычек (алкоголь, курение, наркотики); 7) у женщины, страдающей хроническим соматическим заболеванием, беременность допустима лишь при наступлении стойкой ремиссии и отсутствии обострения в течение 1—5 лет (в зависимости от характера заболевания); 8) беременность работницам, подвергающимся воздействию неблагоприятных факторов, можно рекомендовать после развития стойкой адаптации (1—2 года работы на производстве).

ПОКАЗАНИЯ К МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ

Известно, что здоровье будущего ребенка зависит от многих причин: наследственности, состояния здоровья родителей, факторов окружающей среды, особенностей течения беременности и родов.

Следует отметить существенный вклад наследственности в нарушение репродуктивной функции. Почти все потери до конца 2-й недели жизни — после оплодотворения и 75% потерь до конца 4-й недели связаны с хромосомными aberrациями. Среди плодов, погибающих в более поздние сроки (до завершения стадии эмбриогенеза), 35% имеют врожденные пороки развития. Число выживших новорожденных с хромосомной патологией или врожденными пороками развития составляет 6%.

В связи с вышеизложенным, медицинская сестра должна пропагандировать обязательное медико-генетическое консультирование в целях профилактики рождения неполноценного ребенка по следующим показаниям: 1) наличие наследственной патологии у супругов и их ближайших родственников; 2) отягощенный акушерский анамнез (мертворождения, привычное невынашивание, рождение детей с пороками развития и наследственными заболеваниями); 3) указание на воздействие мутагенных и антенатальных повреждающих факторов (инфекции, медикаменты, ксенобиотики, радиация, вредные привычки) в первом триместре беременности; 4) возраст матери старше 35 лет; 5) гинекологические заболевания у матери (нарушения менструального цикла, пороки развития гениталий, нарушение половой дифференцировки).

Следует иметь в виду, что пренатальная диагностика помимо определения полового хроматина и кариотипирования включает проведение ультразвукового исследования, амниоцентеза и хориоцентеза оптимально в сроки 16–20 недель беременности, а также определение альфа-фетопротеина в сыворотке крови беременных женщин. Если диагностируется хромосомная патология плода или врожденные пороки развития, то проводится перинатальный консилиум и решается вопрос о прерывании беременности по медицинским показаниям.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

Проблему планирования семьи можно решить с помощью различных советов по контрацепции или предупреждения наступления непланируемой беременности. Медицинские сестры с высшим образованием должны быть хорошо информированы в этих вопросах и могут проводить соответствующее консультирование.

Традиционные методы контрацепции имеют низкую эффективность, с частотой наступления беременности от 49 до 100 женщин-лет. Более того, при длительном применении такого традиционного метода, как, например, прерванное половое сношение, нарушается физиология полового акта и появляются отрицательные последствия у мужчин (неврастения, снижение потенции, гипертрофия предстательной железы) и женщин (застойные явления в малом тазу, фригидность, дисфункция яичников).

Из механических контрацептивов наиболее распространенными являются кондомы или мужские презервативы. Однако применение этого способа сопряжено с уменьшением чувствительности у обоих партнеров и препятствует проникновению и всасыванию спермы в половых путях женщины.

Женщины используют в качестве механических средств влагалищные диафрагмы соответствующего размера и шеечные колпачки, которые вводятся до полового сношения после предварительной обработки спермицидами. Необходимо подобрать размер диафрагмы и колпачков и обучить женщину введению их во влагалище. Шеечные колпачки можно применять только при здоровой шейке, отсутствии эрозии и воспалительных изменений в шейке матки. Некоторые супружеские пары не могут пользоваться барьерными средствами из-за повышенной чувствительности к резине, развития дерматита, зуда, раздражения в области половых органов, дискомфорта и воспалительных процессов. В то же время в последние годы возрос интерес к механическим методам контрацепции локального действия в связи с тем, что доказана их профилактическая роль в отношении заражения венерическими заболеваниями, в том числе и СПИДом.

Химические или спермицидные контрацептивы составляют довольно широкий ассортимент в виде кремов, паст, порошков, глобул, суппозиториев, пенообразующих таблеток, растворов, аэрозолей (таблетки трацептина Т, Ц-пленка, фарматекс, свечи контрацептина-Т и др.). Эффективность этого метода повышается в сочетании с барьерными методами контрацепции. Механизм действия этих контрацептивов основан на сперматоксическом эффекте. Этот метод хорош для женщины, имеющей редкие половые сношения, и которая имеет высокий риск заражения венерическими заболеваниями. Противопоказаниями являются повышенная чувствительность женщины к препаратам, входящим в состав контрацептива, разрывы промежности и опущения стенок влагалища.

Физиологический или ритм-метод контрацепции основан на физиологической стерильности женщины на начальном и конечном этапах менструального цикла, сроке овуляции (12–16 день цикла), продолжительности жизни яйцеклетки (24 часа) и оплодотворяющей способности сперматозоидов (48 часов и более). Для определения начала фертильного периода, когда может наступить зачатие, следует вычитать 18 из самого короткого цикла, а для выяснения конца фертильного периода вычитать 11 из самого длинного цикла за последние 6–12 месяцев. Для повышения эффективности данного метода необходимо посоветовать женщине определить время овуляции путем ведения менструального календаря и измерения ректальной температуры (3 месяца подряд). В момент

овуляции базальная температура (измерять 5–8 минут утром натощак, не вставая с постели) снижается на несколько десятых градуса, после этого начинается подъем, характерный для лютеиновой фазы. Следует помнить, что если продолжительность менструальных циклов отличается в течение последнего года больше чем на 10 дней, то ритмический метод применять не следует. Он также не рекомендуется в случае какого-либо заболевания, эмоциональных или физических перегрузок, смене климата, нерегулярного менструального цикла или после искусственного аборта.

К современным методам относится внутриматочная контрацепция (ВМС), нарушающая процесс имплантации оплодотворенной яйцеклетки, и гормональная контрацепция, исключая процесс оплодотворения вследствие подавления овуляции.

Академическая медсестра должна четко знать условия и противопоказания для введения ВМС. ВМС вводят на 4–7 день менструального цикла в конце менструации с помощью специального шприца без расширения цервикального канала на глубину 4–4,5 см при I–II степени чистоты влагалищной флоры, нормальной температуре тела и общем анализе крови. Время вставления ВМС после аборта — сразу или через 1 месяц, после родов — через 5–6 месяцев. Женщинам, перенесшим операцию кесарева сечения, рекомендуется вставлять контрацептивы после предварительной гистеросальпингографии.

Противопоказаниями для введения ВМС являются:

- 1) III и IV степени чистоты влагалищной флоры;
- 2) наличие беременности или подозрение на нее;
- 3) острые, подострые и часто рецидивирующие воспалительные заболевания тазовых органов;
- 4) пороки развития матки;
- 5) стеноз цервикального канала;
- 6) повторные выпадения ВМС;
- 7) маточные кровотечения различной этиологии;
- 8) подозрения на злокачественные новообразования;
- 9) септический аборт в анамнезе в течение 3 месяцев до введения ВМС.

Однако медицинская сестра должна помнить, что в первые дни после введения ВМС возможно появление болей внизу живота, кровянистых выделений, выпадение ВМС, обострение хронических воспалительных процессов, увеличение продолжительности менструаций и объема теряемой крови. Необходимо назначить физический покой, анальгетики и провести профилактически противовоспалительное лечение. Следует рекомендовать женщине явиться для контрольного осмотра через неделю после введения ВМС, затем через 1 месяц, через 3 месяца и регулярно через каждые 6 месяцев

в последующем. Продолжительность применения ВМС не должна превышать 4—5 лет. Удаление ВМС лучше проводить в дни менструации на гинекологическом кресле потягиванием за «усики» корнцангом или зажимом типа Кохера. В случае отрыва нейлоновых нитей целесообразно предварительное расширение цервикального канала дилататорами до № 6—7, после чего извлечение ВМС производится изогнутым в виде крючка маточным зондом или кюреткой № 2. Извлеченный контрацептив необходимо показать женщине.

В настоящее время общепризнано, что эффективным методом предохранения от непланируемой беременности является гормональная контрацепция. Абсолютными противопоказаниями к применению всех видов гормональных контрацептивов являются тромбозмболические заболевания, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, сосудов головного мозга, нарушения функции печени, цирроз, желтуха, злокачественные опухоли молочных желез, половых органов, тяжелая форма сахарного диабета, индивидуальная непереносимость.

Относительными противопоказаниями являются возраст женщины старше 40 лет, варикозное расширение вен, гипертензии, хронические заболевания почек, токсикозы беременности в анамнезе, депрессия, эпилепсия, мигрень, период лактации, выраженная гипофункция яичников, хронические заболевания печени и желчных путей. В течение первого месяца применения препаратов возникают побочные реакции, обозначаемые как «псевдобеременность» (тошнота, рвота, отеки, головокружение), которые самостоятельно исчезают.

К монофазным эстроген-гестагенным препаратам относятся бисекурин, нон-овлон, микрогинон, фемоден, мелианс, овидон, ритевидон, демулен, минизистон, марвелон. С целью контрацепции их назначают с 5 дня цикла по 1 таблетке на протяжении 21 дня, после перерыва на 7 дней прием снова повторяется по той же схеме.

Двухфазные (антеовин) и трехфазные (триквилар, милванс, тризистон) препараты обеспечивают наименьшее вмешательство в естественное течение циклических процессов у женщин и дают мало побочных реакций.

Гестагенные соединения (мини-пили) типа континуина, микролюта, фемулена имеют низкую контрацептивную эффективность, но почти не оказывают отрицательного воздействия на организм женщины в целом. Прием континуина следует начинать с 1 дня менструального цикла по 1 таблетке в день независимо от времени последующего менструалоподобного кровотечения.

Постинор относится к группе посткоитальных методов контрацепции. 1 таблетку препарата принимают непосредственно после

полового сношения в течение 1 часа (не чаще 4 раз в месяц). При множественных половых отношениях следует принять первую таблетку сразу после первого полового акта, вторую — через 3 часа и третью — на другой день.

При индивидуальном подборе гормональных контрацептивов рекомендуем академической медсестре ориентироваться с учетом следующих положений: при уравновешенном гормональном типе женщинам следует назначать бисекурин, регевидон; при выраженном гиперэстрогенизме — овидон, континуин; при перевесе гестагенов и андрогенов — антеовин, в период лактации — континуин; при редких нерегулярных половых сношениях — постинор; в возрасте моложе 18 лет и старше 35–40 лет — трехфазные препараты; при относительных противопоказаниях к назначению комбинированных препаратов — континуин.

В последние годы получили внедрение хирургические методы стерилизации как мужчин, так и женщин: заканчиваются клинические испытания подкожных имплантантов, в частности пластиковых капсул типа норпланта, обеспечивающих контрацептивный эффект сроком до 5 лет; за рубежом с начала 60-х годов применяются в виде внутримышечных инъекций контрацептивы пролонгированного действия ДМПА и НЭТ-ЭН. Поиск новых эффективных методов контрацепции продолжается.

МЕСТО ОПЕРАЦИИ АРТИФИЦИАЛЬНОГО АБОРТА В СИСТЕМЕ РЕГУЛЯЦИИ РОЖДАЕМОСТИ

К сожалению, до сих пор одним из методов регуляции рождаемости остается искусственный аборт. Так, по данным ВОЗ, ежегодно в мире более 30 млн. женщин (8–10%) прерывают беременность. Эта, на первый взгляд, простая операция таит в себе большую опасность и часто сопровождается такими осложнениями, как воспалительные заболевания женских половых органов (1,6–14%), бесплодие (5,3–30%), разрывы шейки матки (0,75%), перфорация матки (0,01–29%), гематометра (1,3%), остатки плодного яйца (3%), внематочная беременность (1%), невынашивание беременности (9,2%). Опасность аборта также заключается в увеличении нервно-психических и сексуальных расстройств, нарушении менструального цикла, многочисленных акушерских осложнений, и, наконец, он может привести к смерти женщины, составляющей 0,9–3,5 на 1000 абортов.

Мини-аборт или метод «регуляции менструации» заключается в вакуум-аспирации содержимого полости матки при задержке ожидаемой менструации в пределах 7–20 дней.

По данным большинства исследователей, метод признан эффективным, щадящим, безболезненным, характеризуется незначитель-

ной хирургической травмой, имеет низкий процент осложнений и поэтому выполняется в амбулаторных условиях. К недостаткам этого метода относятся ошибки в диагностике беременности и производство манипуляций при задержке месячных другого генеза. Частота ошибок варьирует от 10–12% до 20 и даже 30%. У 2–4% женщин возможно прогрессирование беременности после аспирации, причем изредка прогрессирующая беременность оказывается внематочной.

Противопоказаниями к искусственному прерыванию беременности являются: острая и подострая гонорея, острые и подострые воспалительные процессы любой локализации, острые инфекционные заболевания. После излечения этих заболеваний можно производить прерывание беременности.

Учитывая вышеизложенное, становится ясной роль медицинской сестры с высшим образованием в системе планирования семьи. Медицинская сестра должна активно проводить санитарно-просветительную работу среди населения о вреде операции аборта, целесообразности использования современных методов контрацепции – ВМС и гормональных препаратов – для регуляции рождаемости.

Современные методы обследования в акушерстве и гинекологии

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

В акушерстве и гинекологии клиницисту нередко приходится встречаться с ситуациями, когда широко доступные и безопасные методы часто оказываются недостаточно эффективными, а информативные в основном являются инвазивными и не обеспечивают высокой пропускной способности при обследованиях. В связи с этим во всех странах ведущим методом исследования становится эхография, которая сочетает в себе преимущества первой группы методов и исключает недостатки второй.

В связи с безопасностью для матери и внутриутробного плода ультразвуковое обследование беременных в сроки 20–24 и 28–32 недели беременности является обязательным и входит в программу скрининг-обследования в целях исключения пороков развития плода. При осложненном течении беременности для диагностики внематочной беременности, многоводия, многоплодия, пузырного заноса, врожденных пороков развития плода, патологии плаценты, уточнения сроков беременности исследования можно проводить в любом сроке беременности. Кроме того, с помощью ультразвуковых приборов возможно проводить плацентографию, что позволяет

диагностировать фетоплацентарную недостаточность при осложненном течении беременности и экстрагенитальной патологии.

Ультразвуковое обследование не требует специальной подготовки беременной на поздних сроках. В ранние сроки беременности необходимо лишь достаточное наполнение мочевого пузыря. Для этого беременной рекомендуют выпить 600–800 мл воды и воздержаться от мочеиспускания в течение некоторого времени. При производстве экстренного обследования назначают диуретические средства или через катетер вводят жидкость в мочевой пузырь. Исследование осуществляют предварительно смазав кожу обследуемого участка звукопроводящим гелем или вазелиновым маслом.

Эхография в гинекологии является чрезвычайно информативным методом, что позволяет диагностировать пороки развития половых органов, гиперпластические процессы эндометрия, миому, эндометриоз, опухоли яичников, воспалительные процессы и т. д. Информативность метода составляет 70–90% по данным различных авторов.

ДРУГИЕ СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА

Анте- и интранатальная кардиотокография плода проводится во время беременности и в родах с помощью кардиомониторов. В клинической практике наибольшее распространение имеют наружные датчики, применение которых практически не имеет противопоказаний и лишено каких-либо осложнений или побочных действий. Специальной подготовки беременной к исследованию не требуется. Применение наружной кардиотокографии (КТГ) позволяет проводить непрерывное наблюдение за сердечной деятельностью плода в течение длительного времени. С целью унификации и упрощения трактовки данных антенатальной КТГ предложена балльная система оценки. Оценка 8–10 баллов указывает на нормальное состояние плода, 5–7 баллов – на начальные признаки нарушения сердечной деятельности плода, 4 балла и менее – на выраженные изменения состояния плода. Современные приборы оснащены также датчиками, регистрирующими одновременно сократительную деятельность матки и движения плода.

Амниоскопия – трансцервикальный осмотр нижнего полюса плодного пузыря применяют для изучения состояния околоплодных вод и плода во время беременности с целью диагностики гемолитической болезни новорожденного, перенашивания, хронической фетоплацентарной недостаточности, подозрения на внутриутробную гибель плода. Исследования проводят на гинекологическом кресле в положении женщины на спине с приведенными к животу ногами начиная с 37 недель беременности с помощью

специального прибора — амниоскопа. Требуется строгое соблюдение правил асептики при подготовке тубуса амниоскопа и обработке наружных половых органов и влагалища. Амниоскопия противопоказана при предлежании плаценты из-за возможности развития сильного кровотечения и при воспалительных заболеваниях влагалища и шейки матки.

Амниоцентез проводят начиная с 16 недель беременности с целью получения околоплодных вод для исследования. Существует несколько способов пункции амниотической полости для забора околоплодных вод: трансабдоминальный, трансвагинальный, трансцервикальный. Амниоцентез применяют для оценки зрелости легких плода, латентной внутриутробной инфекции, при подозрении на врожденные аномалии развития плода, его гемолитическую болезнь, перенашивание беременности, хроническую гипоксию плода.

С помощью амниоцентеза изучают биохимический и бактериологический состав, кислотно-основное состояние вод, а также производят диагностику генетических заболеваний, что позволяет выработать тактику дальнейшего ведения беременности.

Фетоскопию используют для диагностики различных аномалий развития плода и врожденных заболеваний. Ее производят специальными эндоскопическими приборами при сроке 16—20 недель беременности. Во время фетоскопии берут кровь из сосудов пуповины или плаценты, производят прицельную биопсию кожи плода.

При производстве амниоцентеза и фетоскопии требуется строгое соблюдение правил асептики, беременная берется на исследование натошак с опорожненным кишечником и мочевым пузырем.

Динамическая сцинтиграфия плаценты применяется для изучения маточно-плацентарного кровотока с использованием гамма-камеры и ЭВМ. Для исследования берется альбумин сыворотки крови человека, меченый технецием-99 m, который не проникает через плацентарный барьер, что создает минимальную лучевую нагрузку на беременную и плод. Радиоизотопную динамическую сцинтиграфию плаценты следует проводить только у беременных группы «высокого риска» перинатальной патологии в III триместре.

Определение гормонов фетоплацентарной системы позволяет диагностировать угрозу невынашивания, неразвивающуюся беременность, хроническую фетоплацентарную недостаточность, задержку развития плода, провести своевременную антенатальную терапию или досрочное родоразрешение. Наибольшее практическое применение получило определение эстриола, прогестерона, плацентарного лактогена (ПЛ) и альфа-фетопротеина (АФП). С этой же целью воз-

можно определение хронического гонадотропина, плацентоассоциированных белков, биохимических показателей функции плаценты (уровень термостабильной щелочной фосфатазы) и др.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Кольпоскопия — усовершенствованный метод визуального исследования с увеличением в 6—28 раз шейки матки, влагалища и наружных половых органов с помощью специального аппарата — кольпоскопа. Существуют различные системы кольпоскопии: для выполнения световой простой и расширенной кольпоскопии, флуоресцентной кольпоскопии, хромокольпоскопии, а также фотокольпоскопии. Специальной подготовки больной не требуется, противопоказания к применению данного метода отсутствуют. Параллельно с кольпоскопией может проводиться вульво- и цервикоскопия, кольпомикроскопия.

Гистероскопия — метод визуального осмотра внутренней поверхности матки с помощью эндоскопа при увеличении в 5—150 раз. Гистероскопия может быть жидкостной, газовой и баллонной, производится для оценки полноценности рубца на матке через 6 месяцев после операции, для диагностики гиперпластических процессов эндометрия, аденомиоза, внутриматочных сращений (синдром Ашермана), пороков развития матки, субмукозной миомы матки, бесплодия неясного генеза, задержки фрагментов плодного яйца после прерывания беременности. Перед проведением гистероскопии необходимо произвести общий анализ крови и мочи, ЭКГ, сахар крови, взять мазки из влагалища на степень чистоты. Подготовка больной заключается в постановке очистительной клизмы, опорожнении мочевого пузыря, сбривании волосяного покрова на наружных половых органах, санации влагалища. Выполнение экстренной гистероскопии допустимо без предварительного обследования больной, но проведение указанной подготовки желательно. Тяжелая экстрагенитальная патология, общие инфекционные заболевания, острые воспалительные заболевания гениталий, беременность, III и IV степень чистоты влагалища являются противопоказаниями для выполнения гистероскопии.

Лапароскопия — осмотр органов брюшной полости и малого таза оптическим прибором, введенным в брюшную полость через отверстие в передней брюшной стенке. Обследование и подготовка больной такие же, как и к лапаротомии, наркоз — общий. Лапароскопия в плановом и экстренном порядке производится для диагностики внематочной беременности, пороков развития внутренних половых органов, бесплодия, причин хронических тазовых болей, эндометриоза, опухолей матки и придатков, пиосальпинкса, апоплек-

сии яичников, перфорации матки, проведения дифференциальной диагностики острых хирургических и гинекологических заболеваний. Параллельно с диагностической целью при лапароскопии производят необходимые оперативные вмешательства. Противопоказаниями к производству лапароскопии являются тяжелые геморрагические диатезы, острые инфекционные заболевания, острая и хроническая печеночно-почечная недостаточность в стадии декомпенсации, обширные спаечные процессы в малом тазу.

Разновидностью эндоскопических исследований является **культоскопия** — осмотр органов малого таза с помощью оптической системы, введенной через отверстия заднего свода влагалища в прямокишечно-маточное углубление брюшной полости. После широкого внедрения лапароскопии данное исследование утратило свое значение. Другие виды эндоскопических методов обследования, такие как цистоскопия, уретроскопия, ректороманоскопия, ирриго-скопия и т. д., назначаются в гинекологической практике при наличии соответствующих показаний.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Гистеросальпингография (ГСГ) используется в гинекологической практике очень давно для установления проходимости маточных труб, выявления анатомических изменений в полости матки, спаечного процесса в области малого таза, анедомноза, субмукозной миомы, полипов эндометрия, пороков развития матки. Для выполнения ГСГ следует пользоваться водно-растворимыми контрастными веществами (веротраст, уротраст, верографин). Целесообразно ГСГ производить для диагностики проходимости маточных труб на 5—7 день менструального цикла. Подготовка больной к ГСГ заключается в производстве анализа крови и мочи, взятии влагалищного мазка на флору, постановке вечером и утром очистительной клизмы, выведении мочи катетером перед исследованием. Проходимость маточных труб можно проверить также методом **кимопертубации**.

В отдельных случаях производится вагинография и цервикогистерография. Рентгенография матки и яичников на фоне пневмоперитонеума применяется для постановки диагноза поликистозных яичников, фибромиомы и опухолей яичников. В связи с эхографией и лапароскопией используется в клинической практике крайне редко. Для получения четкой рентгенологической картины необходима тщательная подготовка больной: в течение 3 дней перед исследованием ограничивают углеводы и клетчатку в пище для уменьшения газообразования, больной рекомендуют принимать активированный уголь 2 таблетки 3 раза в день, вечером и утром в день исследования ставят очистительную клизму.

Рентгенографическое исследование черепа широко используется для диагностики нейроэндокринных заболеваний, нарушения функции дизэнцефальных структур мозга, эндокранииоза, опухолей гипофиза и т. д. Специальной подготовки больной не требуется. Такие методы рентгенологической диагностики, как исследование надпочечников в условиях ретропневмоперитонеума, компьютерная томография, радионуклидные исследования для диагностики гиперпластических процессов эндометрия, лимфография, фистулография, чрезматочная тазовая фистулография, в настоящее время применяются очень редко, по строгим показаниям.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кроме общепринятых методов (общий осмотр, бимануальное влагалищное, ректоабдоминальное исследование, осмотр при помощи влагалищных зеркал) в гинекологической практике необходимо проводить типобиологическую оценку больной с построением морфограммы Деркуры и Думика, балльной оценки степени гирсутизма, вторичных половых признаков с выведением формулы развития.

Тесты функциональной диагностики (ТФД) включают измерение ректальной или базальной температуры, феномена «зрачка», шеечного индекса, натяжения шеечной слизи, цитологии клеточного состава влагалищного мазка, подсчет кариопикнотического индекса (КПН). Совокупность этих тестов позволяет оценить функциональное состояние репродуктивной системы в различные дни менструального цикла. Специальной подготовки больной к проведению ТФД не требуется.

Гистологическое исследование соскоба эндометрия является точным методом оценки функции яичников и диагностики патологии эндометрия. В последнее время предпочитают проводить это исследование под визуальным гистероскопическим контролем, подготовка больной к исследованию аналогична таковой при гистероскопии. При сохраненном ритме менструального цикла выскабливание производят за 2–4 дня до очередной менструации, при ациклических кровотечениях — во время кровотечения.

Определение гормонов радиоиммунологическим методом производится путем взятия крови из вены утром натощак трижды в зависимости от фазы менструального цикла.

Иногда возникает необходимость определения 17-кетостероидов (у здоровых женщин репродуктивного возраста в норме он равен 6–12 мг/сут или 20–41 мкмоль/л) и 17-оксикетостероидов (в норме 4–10 мг/сут или 11–28 мкмоль), а также проведения функциональных проб с гестагенами, эстрогенами и гестагенами, дексаметазоном, кломифеном, люлиберинном, хорионическим гонадотропином.

ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Цитологическое исследование является массовым скрининговым методом обследования женского населения. Он не требует специальной подготовки больной, используется не только для оценки гормональной функции яичников, но и при диагностике фоновых, предопухолевых процессов и злокачественных опухолей гениталий. С помощью специальных инструментов соскоб берется из передне-бокового свода влагалища для гормональной диагностики, с поверхности влагалищной части шейки матки у места стыка наружного зева и цервикального канала, а также производится аспирация полости матки шприцем Брауна на 25–26 день менструального цикла. После фиксации в смеси Никифорова в течение 15 минут мазки окрашивают гематоксилин-эозином, по методу Романовско-Гимза, Папаниколау, Нохта и т. д.

В репродуктивном возрасте на протяжении менструального цикла влагалище должно иметь 3–4 реакцию.

Более точно дифференцировать характер патологического процесса можно путем производства гистологического исследования биопсийного материала из шейки матки, из влагалища и соскоба из цервикального канала и полости матки. При этом необходимо применять все правила асептики.

Кольпоцентез — пункция через задний свод влагалища, выполняется после опорожнения мочевого пузыря или кишечника с соблюдением правил асептики для цитологического исследования пункта при подозрении на рак яичника, а также для диагностики внематочной беременности, апоплексии яичника и перитонита.

БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОЕ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Данное исследование проводится в обязательном порядке перед всеми гинекологическими диагностическими процедурами и любой операцией в целях определения степени чистоты влагалищной флоры и характера возбудителя, ответственного за неспецифические и специфические воспалительные процессы (гонорея, хламидии, кандиды, туберкулез и т. д.). Это исследование неразрывно связано с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

В соответствии с характером микробной флоры различают четыре степени чистоты влагалища:

I степень чистоты — чистая культура влагалищных бацилл, клетки плоского эпителия, реакция кислая;

II степень чистоты — кроме влагалищных палочек встречаются единичные лейкоциты, кокки, много эпителиальных клеток, реакция кислая;

III степень чистоты — влагалищных бактерий много, преобладают другие виды бактерий, много лейкоцитов, реакция слабощелочная;

IV степень чистоты — влагалищных бактерий нет, очень много патогенных микробов и лейкоцитов — эпителиальных клеток мало, реакция слабощелочная.

Следует подчеркнуть, что III и IV степень чистоты соответствует патологическим процессам, является противопоказанием для выполнения всех плановых гинекологических манипуляций и операций без предварительной санации.

Основные синдромы в акушерстве и гинекологии, принципы диагностики и лечения

Учитывая специфику постановки сестринского диагноза, мы выделили основные синдромы, встречающиеся в нашей специальности, и попытались схематично представить алгоритмы диагностического поиска и принципы синдромной терапии.

СИНДРОМ БЕЛЕЙ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ: БЕЛИ — это общий симптом, характеризующийся патологическими выделениями из половых путей женщины. Они наблюдаются у 1/3 больных.

Различают вестибулярные бели — продуцируемые слизистой оболочкой преддверия влагалища, влагалищные, маточные, трубные, шеечные выделения.

ПРИЧИНЫ БЕЛЕЙ: могут быть выявлены при сборе анамнеза и физикальном обследовании. К ним можно отнести: воспалительные и инфекционные заболевания наружных и внутренних половых органов, включая сексуально-трансмиссионные заболевания; эндокринные заболевания; последствия массивной антибиотикотерапии; частые спринцевания и влагалищные души; внутриматочная контрацепция; фоновые заболевания и последствия травматических повреждений шейки матки; злокачественные новообразования женских половых органов; влияние неблагоприятных факторов окружающей среды; урогенитальные и кишечно-влагалищные свищи и т. д.

СИМПТОМЫ: повышенное количество выделений из половых путей, часто сопровождающееся неприятным запахом.

ДИАГНОСТИКА: для правильной оценки характера выделений необходимо собрать анамнез, произвести тщательное объективное обследование, выполнить определенные лабораторные исследования.

Важно знать физиологические и патофизиологические механизмы появления выделений. В большинстве случаев на основании простых диагностических мероприятий можно поставить точный диагноз.

АНАМНЕЗ. При сборе анамнеза следует обратить внимание на возраст больной, соматические заболевания, связь белей с характером половой жизни, сопутствующие симптомы, методы контрацепции, особенности личной гигиены.

Сведения о ранее наблюдавшихся выделениях из влагалища и их лечении также имеют определенное значение и могут свидетельствовать о предшествующей неправильной диагностике, неадекватном лечении, невнимании больной к своему состоянию или новом заболевании.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ в данной ситуации лучше всего производить в период наиболее выраженных выделений без предварительного подмывания половых органов и лечения выделений, а также не ранее чем через 3 недели после приема антибактериальных препаратов. Помимо осмотра внутренних поверхностей бедер (наличие воспалительных изменений, отека, эксфолиаций, изъязвлений), осмотра устья уретры и выводящих протоков больших желез преддверия влагалища, общепринятого бимануального и ректального исследования следует особое внимание обратить на осмотр наружных половых органов.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА патологических выделений обязательно должна включать: смыв и мазок содержимого влагалища на трихомонады; грам-мазок на гонококки и грибы; исследования на хламидиоз, микоплазмоз.

Кроме того, по показаниям проводятся бактериологическое исследование нативного материала (посевы в аэробных и анаэробных условиях); газожидкостная хроматография; диагностика вирусных инфекций (герпетической, папилломавирусной); биопсия (при новообразованиях); серологические исследования (для диагностики сифилиса, герпетических поражений, венерических лимфогранулем).

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: тщательная оценка, точная диагностика и своевременное адекватное начало лечения являются гарантией высококачественной и эффективной медицинской помощи. Лечение выделений из влагалища должно быть строго индивидуальным и учитывать возраст пациентки.

Антибактериальная терапия. Проводится исключительно при установленной инфекционной этиологии заболевания и включает применение оральных или парентеральных и местнодействующих препаратов (антибиотики, метронидазол, тинидазол, зоверакс и др.). Точная этиологическая диагностика способствует выбору антибиотиков соответствующего спектра действия. При бактериальном ваги-

нозе (дисбактериозе влагалища) парентеральный или оральный прием антибиотиков нецелесообразен.

Десенсибилизирующие препараты (димедрол, пипольфен, хлористый кальций).

Местнодействующие противовоспалительные средства (полижинакс, пимафуцин, клотримазол, бонафтон, спринцевания с раствором фурацилина 0,02%, тампоны с 2% масляным раствором хлорфиллипта и др.).

Создание оптимально приближенных к норме условий внутренней среды во влагалище путем повышения кислотности (инстилляций слабыми растворами молочной или борной кислоты).

Гормональная терапия (местного и общего действия) у лиц пожилого возраста (овестин, фторокорт, лоринден и т. д.).

Применение лекарственных трав (вагинальные орошения, сидячие ванночки: отвар ромашки (10 г на 1 л), настой листа шалфея (14 г на 1 л), отвар эвкалиптового листа (6 г на 1 л)).

Физиотерапевтические процедуры при упорных хронических заболеваниях (местная дарсонвализация, электрофорез цинка или йода, УВЧ-терапия, лечение микроволнами сантиметрового – СВВ и дециметрового – ДМВ диапазона с помощью вагинального излучателя и др.).

Восстановление нормальной микрофлоры влагалища путем местного применения биологических бактериальных препаратов (эубиотиков).

Общеукрепляющее лечение (аутогемотерапия, гамма-глобулин, элеутерококк и др.), витаминотерапия (С, Е, А, В₁, В₆).

Обязательное лечение половых партнеров при инфекционно-воспалительных заболеваниях, передающихся половым путем. На период лечения рекомендуется половое воздержание.

СИНДРОМ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ У ЖЕНЩИН

ОПРЕДЕЛЕНИЕ: тазовые боли – боли, ощущаемые женщиной в нижней части живота, выше и медиальнее паховых связок, в надлобковой области и/или промежности.

Синдром болей в области таза у женщин по их этиологическому принципу может быть обусловлен гинекологической патологией (инфекционно-воспалительные заболевания внутренних гениталий, доброкачественные и злокачественные новообразования женских половых органов, эндометриоз, дисменорея, овуляторный синдром, овариоварикоцеле, рубцово-спаечный процесс в малом тазу, дефект связочного аппарата, апоплексия яичника) и акушерскими осложнениями (внематочная беременность, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, самопроизвольный выкидыш, разрыв матки, дискоординированная родовая деятельность и т. д.).

Тазовые боли могут иметь и экстрагенитальное происхождение, возникая в области желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, брюшины, позвоночника. Боли могут быть следствием иррадиации из других областей тела или сами иррадиировать в эти области.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ. Боль оценивают с точки зрения ее интенсивности, локализации, длительности, времени возникновения и иррадиации.

При сборе анамнеза обязательно устанавливается связь болевого синдрома с фазами менструального цикла, особенностями половой жизни, применением внутриматочной контрацепции, перенесенными заболеваниями и осложнениями беременности, наличием или отсутствием каких-либо выделений из половых путей и признаков беременности.

Физикальное обследование позволяет уточнить наличие или отсутствие внутреннего кровотечения, стадии геморрагического шока, исключить симптомы раздражения брюшины, связанные с аппендицитом, кишечной непроходимостью, панкреатитом, холециститом и т. д. С этой целью необходимо обращать внимание на общее состояние больной, ее положение, цвет кожных покровов, температуру, частоту дыхания, пульса, артериальное давление, произвести пальпацию, аускультацию и перкуссию живота.

При влагалищном исследовании проводится топическая диагностика источника болевого синдрома, выявляются патологические отклонения от нормы со стороны женских половых органов. В случае беременности следует установить ее срок, состояние внутриутробного плода, характер родовой деятельности и степень раскрытия шейки матки.

Во всех ситуациях выраженного болевого синдрома больную необходимо госпитализировать в стационар, где есть возможность круглосуточно развернуть операционную. Следует провести полный объем лабораторных, в том числе и биохимических исследований. Кроме того, по показаниям выполняется эхография органов таза, пункция заднего свода влагалища, ирригоскопия, внутривенная урография, диагностическая лапароскопия, фетальный мониторинг, гистерография, гистероскопия, и больная консультируется с хирургом, терапевтом, урологом.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ синдрома тазовых болей зависят от характера причины, которая их вызвала, и требуют индивидуального подхода к больной, в зависимости от сложившейся ситуации.

При выявлении клиники метроэндометрия, аднексита, параметрита и пельвиоперитонита назначается комплексное противовоспалительное лечение, дезинтоксикационная инфузионная терапия, удаляется внутриматочная спираль. Разрыв tuboовариального абсцесса, развитие инфекционно-токсического шока, разлитого пери-

тонита и абсцесс бартолиньевой железы требуют срочного оперативного лечения в условиях септикологического гинекологического отделения.

Если болевой синдром сопровождается одновременно клиникой внутреннего кровотечения, то это свидетельствует о разрыве трубы при внематочной беременности, разрыве яичника при апоплексии или опухоли яичника. В такой ситуации показана срочная лапароскопия и параллельно проводится борьба с геморрагическим шоком.

Болевую форму апоплексии яичника без клинических признаков нарастающего внутреннего кровотечения можно лечить консервативно под круглосуточным наблюдением дежурного персонала. В этом случае назначают покой, холод на низ живота и препараты гемостатического действия: 12.5% раствор этамзилата (дицинона) по 2 мл 2 раза в сутки внутривенно или внутримышечно; 0.025% раствор адроксона по 1 мл в сутки подкожно или внутримышечно; витамины. 10% раствор кальция хлорида по 10 мл внутривенно.

Некроз фиброматозного узла, перекрут ножки узла или опухоли яичника, рождающийся субмукозный узел тоже являются срочным показанием к оперативному лечению.

Синдром тазовых болей, возникающий во время каждой менструации (альгодисменорея), купируется назначением спазмолитиков, нестероидных противовоспалительных анальгетиков (анальгин, аспирин и др.), ингибиторов синтеза простагландинов (ибупрофен, индометацин и др.). После выяснения этиопатогенеза альгодисменореи подключается гормональное лечение, рассасывающая терапия, иглорефлексотерапия, гомеопатические средства, физиотерапевтические процедуры.

Болевой синдром во время беременности требует срочной госпитализации и проведения дифференциальной диагностики между невынашиванием и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

В последнем случае показано срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения. При клинике угрожающего и начавшегося прерывания маточной беременности назначается срочный постельный режим, спазмолитики, токолитики (магния сульфат, алулент, партусистен, гинепрал), седативные препараты, а до 14–16 недель беременности — туринал, прогестерон или хорионический гонадотропин.

Чрезмерно сильные боли в процессе родового акта могут привести к развитию болевого шока, а так как они обусловлены дискоординированной родовой деятельностью или угрозой разрыва матки, то всегда решается вопрос в пользу производства операции кесарева сечения под интубационным наркозом.

СИНДРОМ БЕСПЛОДИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ. Бесплодие — неспособность зрелого организма производить потомство.

По определению ВОЗ, бесплодным считается тот брак, в котором у жены в течение одного года не возникает беременностей при регулярной половой жизни без применения каких-либо средств контрацепции, при условии, что супруги находятся в детородном возрасте.

Бездетный брак помимо бесплодия супругов включает также отсутствие детей в связи с невынашиванием и мертворождением.

В сугубо социальном плане бесплодие, как и бездетность, обуславливают общее снижение рождаемости в стране, уменьшение народонаселения и трудовых резервов.

Социально-психологический аспект данной проблемы выражается в душевных переживаниях супругов, психосексуальных расстройствах, семейных конфликтах, антисоциальном поведении, развитии комплекса неполноценности. Немалый процент дисгармонии браков и полного их расторжения связан с отсутствием детей.

Биологическая сторона бездетного брака заключается в преждевременном старении организма, повышенной заболеваемости, увеличении онкопатологии. В медико-генетическом отношении проблема бесплодия также заслуживает большого внимания, так как ряд причинных факторов бесплодия генетически закрепляется в рождающемся поколении, не исключается также увеличение частоты наследственной патологии в процессе лечения бесплодия и невынашивания беременности.

При частоте бесплодных браков, достигающей 12–18%, эта проблема приобретает важное государственное значение. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты бесплодных браков.

Различают мужское бесплодие, женское, смешанное и неясного генеза, или «необъяснимое» бесплодие.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ:

ПЕРВИЧНОЕ бесплодие характеризуется отсутствием беременности в течение 1–2 лет с начала половой жизни.

ВТОРИЧНОЕ — характеризуется отсутствием беременности при регулярной половой жизни без применения противозачаточных средств после одной или нескольких беременностей (включая внематочную), окончившихся родами, абортom или оперативным вмешательством.

АБСОЛЮТНОЕ — возможность беременности полностью исключена в связи с крайней степенью гипоплазии или отсутствием матки, яичников, маточных труб, аномалиями развития половых органов и др.

ОТНОСИТЕЛЬНОЕ — беременность возможна при устранении причин, вызвавших бесплодие (лечение воспалительных заболеваний половых органов, нарушений менструального цикла и др.).

Выделяют следующие **ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ** женского бесплодия.

ТРУБНОЕ или **ПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ**. Приблизительно у 60–70% женщин, страдающих бесплодием, наблюдается патология маточных труб или спаечный процесс в области малого таза. Чаще всего трубно-перитонеальное бесплодие развивается в результате воспаления маточных труб (гонококковые, хламидийные, микоплазменные, бактериоидные и другие сальпингиты, туберкулез половых органов). После перенесенного сальпингоофорита главным образом нарушается транспортная функция маточных труб с последующим развитием бесплодия. Кроме этого, трубное бесплодие может быть обусловлено анатомо-функциональными изменениями (врожденные аномалии, генитальный эндометриоз).

ЭНДОКРИННОЕ БЕСПЛОДИЕ. Эта форма бесплодия является собирательным понятием, поскольку речь идет о многих эндокринных заболеваниях, имеющих различные причины, патогенез и клиническую картину. Для эндокринного бесплодия характерны расстройства функций в системе гипоталамус — гипофиз — яичники, а также изменения в сопряженных эндокринных железах (щитовидной, надпочечниках), приводящие к нарушению процесса овуляции.

МУЖСКИЕ ФАКТОРЫ БЕСПЛОДИЯ В БРАКЕ: патология семенной жидкости; врожденные аномалии; инфекция придаточных пазух; варикоцеле; эндокринные причины; психосексуальные расстройства.

СОЧЕТАННОЕ БЕСПЛОДИЕ может быть вызвано иммунологическими факторами, урогенитальной инфекцией, психосексуальными расстройствами и факторами неясного генеза.

ДИАГНОСТИКА БЕСПЛОДИЯ: в условиях специализированного амбулаторного приема осуществляется первый этап обследования супружеской пары. На этом этапе следует проводить: снимок турецкого седла с описанием; консультацию окулиста (поля зрения); сахарную кривую; анализ суточного количества мочи на содержание 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов; цитологию влагалищных мазков в течение 2 мес. (8 мазков); измерение ректальной температуры в течение 2–3 мес.; консультацию эндокринолога; спермограмму мужа; гистеросальпингографию (через 3–10 дней после окончания менструации); кимографическую пертубацию (в середине менструального цикла).

Второй этап обследования проводится в гинекологических отделениях стационаров, оснащенных лапароскопами и гистероскопа-

ми, имеющих возможности гистологического исследования биоптатов эндометрия и яичников, брюшины и маточных труб, а также проведения гормональных исследований.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДНОГО БРАКА

По результатам обследования принимается решение о необходимом методе лечения для каждой пары. В настоящее время в нашей стране распространены и внедряются в практику работы лечебных учреждений следующие методы лечения бесплодия: медикаментозная коррекция гормональных и иммунологических нарушений; хирургическое лечение трубного и перитонеального бесплодия; инсеминация спермой донора; экстракорпоральное оплодотворение.

Лечение супруга при мужском бесплодии должно назначаться андрологом.

При установленной инфекционной патологии (хламидиоз, трихомоноз и др.) проводится антибактериальная терапия обоих супругов.

Назначение гормональных препаратов необходимо при эндокринном бесплодии в зависимости от выявленных нарушений.

При трубно-перитонеальном бесплодии предусматривается десенсибилизирующая, общеукрепляющая и противовоспалительная терапия; физио-, бальнеотерапия, курортолечение.

Искусственная инсеминация спермой мужа или донора показана при иммунологическом, необъяснимом бесплодии или при патологии сперматогенеза.

При неэффективности консервативной гериации проводится микрохирургическое (лапароскопическое) лечение или экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) спермой мужа (или донора).

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ: абсолютное трубное бесплодие (состояние после двусторонней тубэктомии); непроходимость или затрудненная проходимость маточных труб, при отсутствии эффекта от ранее проведенного консервативного или оперативного лечения; бесплодие неясного генеза, установленное после проведения полного клинического обследования на современном уровне, включая гормональное, эндоскопическое обследование супружеской пары; субфертильность спермы мужа при отсутствии эффекта от проведения гомологического осеменения.

Помимо организации необходимого обследования и лечения бесплодной супружеской пары старшая академическая сестра должна выяснить все проблемы, волнующие партнеров, обратив особое внимание на социально-психологический аспект и конфликтные ситуации в семье. В подавляющем большинстве в бездетной семье оба супруга нуждаются в консультации психолога и сексопатолога.

Таким образом, бездетный брак — это уникальная ситуация, характеризующая косвенно уровень общей и медицинской культу-

ры населения, качество оказания медицинской помощи в регионе и требующая от медицинских работников необычайной деликатности, терпения и душевной щедрости.

СИНДРОМ АМЕНОРЕИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ: АМЕНОРЕЯ — отсутствие менструации у женщин, достигших 16—18 лет (первичная аменорея), или прекращение ранее бывших менструаций на 6 и более месяцев (вторичная аменорея).

Первичная аменорея чаще всего обусловлена дисгенезией гонад (синдром Шерешевского—Тернера), синдромом Свайера, тестикулярной феминизацией, врожденным андрогенитальным синдромом, гипогонадотропным гипогонадизмом, врожденным отсутствием матки и т. д.

Вторичная аменорея является симптомом нейро-обменно-эндокринных синдромов, синдрома персистирующей аменореи-галактореи, синдрома поликистозных и резистентных яичников, синдрома истощения яичников, психических травм, образования синехий в полости матки, опухолей гипофиза, надпочечника, гипотиреоза и т. д.

Физиологическая аменорея связана с препубертатным возрастом, с периодом беременности, лактации и менопаузы.

Ложная аменорея развивается у больных с анатомическими дефектами (заращение девственной плевы, атрезия цервикального канала и т. д.).

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ: для выяснения причины развития аменореи возможно осуществить полное обследование больной в амбулаторных условиях, и только в отдельных случаях на завершающих этапах показана госпитализация в специализированные отделения гинекологической эндокринологии. Большое внимание следует уделить росту, телосложению больной, характеру отложения жира в подкожной клетчатке, степени вирилизации, данным бимануального исследования. Из дополнительных методов обследования определяют кариотип, гормональный профиль, делают рентгеновский снимок черепа, турецкого седла, ЭКГ, эхографию органов малого таза и надпочечника, осматривают глазное дно и поля зрения, исследуют функцию щитовидной железы, надпочечников, исключают туберкулез и сахарный диабет, проводят биопсию гонад путем диагностической лапароскопии. Кроме того, больная нуждается в консультации смежных специалистов: генетика, эндокринолога, терапевта, невропатолога, окулиста, фтизиатра и психиатра.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: при первичной аменорее в случае отсутствия вторичных половых признаков следует начинать лечение эстрогенными гормонами в течение 2—4 месяцев, затем в те-

чение 5–6 месяцев назначается циклическая гормональная терапия (эстрогены + прогестерон). В последующем больная должна получать трехмесячные курсы циклической гормональной терапии 2 раза в год. Хирургическому лечению подлежат больные с первичной аменореей, у которых обнаружен кариотип 46, ХУ, атрезией и аплазией влагалища, значительной гипертрофией клитора. После хирургической коррекции больным также проводится гормональное лечение. Во всех случаях лечение следует начинать с психотерапии, оно должно быть комплексным этиологически и патогенетически обусловленным.

При вторичной аменорее первый этап лечения должен быть направлен на регуляцию массы тела, нормализацию психоэмоциональной сферы, ликвидацию нейро-обменно-эндокринных нарушений, улучшение мозговой гемодинамики. На втором этапе лечения предусматривается коррекция нарушений в сложной системе гипофиз–яичник–надпочечники–щитовидная железа с использованием различных вариантов гормональной терапии. На третьем этапе показана при необходимости терапия, направленная на стимуляцию овуляции с целью восстановления репродуктивной функции. Хирургическое лечение показано при синдроме поликистозных яичников, опухолях гипофиза и надпочечника, синехиях полости матки.

Следует подчеркнуть, что больные с аменореей страдают комплексом неполноценности, часто впадают в депрессию, испытывают моральные травмы в связи с конфликтами в семье и бесплодием в браке. Все это требует от академической сестры с высшим образованием углубленного изучения проблем пациентки и их решения с помощью психотерапевтов и психологов.

СИНДРОМ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Кровотечения из половых путей являются частым симптомом многих гинекологических заболеваний, осложнений беременности и родов. Очень часто они сопровождаются болевым синдромом и постгеморрагической анемией, что приводит к потере трудоспособности, а иногда заканчивается летальным исходом.

ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ можно условно разделить на две группы:

1. КРОВОТЕЧЕНИЯ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ. Они могут быть органического и функционального характера. Органический характер кровотечений обусловлен травматическим повреждением, полипами и эрозиями шейки матки, эндометриозом, миомой матки, гиперпластическими процессами эндометрия, воспалительными заболеваниями, раком шейки матки и тела матки, хориоэпителиомой. Дисфункциональные маточные кровоте-

чения связаны с нарушениями в системе гипоталамус—гипофиз.—яичник, чаще возникают в период полового созревания и в перименопаузальном возрасте.

Соматические заболевания, сопровождающиеся нарушениями системы гемостаза, также могут вызвать маточные кровотечения, что требует проведения полноценного дифференциального диагноза.

2. КРОВОТЕЧЕНИЯ В СВЯЗИ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ, РОДАМИ И ПОСЛЕРОДОВЫМ ПЕРИОДОМ.

Здесь уместно вспомнить, что физиологическая беременность никогда не сопровождается кровотечением из половых путей, которое в норме возникает только после рождения последа и не должно превышать 200—250 мл. В связи с этим появление любого кровотечения из половых путей во время беременности и в родах является «сигналом тревоги» и диктует необходимость немедленной госпитализации для выяснения его причины. Чаще всего это кровотечение связано с внематочной беременностью, пузырьным заносом, самопроизвольным выкидышем, криминальным абортom, перфорацией матки во время искусственного аборта, предлежанием плаценты, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

В родах кровотечение может возникнуть из-за разрыва матки и мягких родовых путей, патологии прикрепления и отделения последа, гипотонии матки, нарушения системы гемостаза.

В послеродовом и послеабортном периодах кровотечение обусловлено остатками тканей плодного яйца или плаценты, субинволюцией матки, метроэндометритом, гематометрой.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ. В гинекологической практике для выяснения причины, вызвавшей кровотечение из половых путей, необходимо обратить внимание на характер менструальной функции, акушерский анамнез, тщательно осмотреть в зеркалах влагалище и шейку матки, определить источник кровотечения. Из дополнительных методов диагностики показана кольпоскопия, биопсия шейки матки, диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, возможно под контролем гистероскопа, пункция заднего свода, эхография органов малого таза, общий анализ крови, исследование системы гемостаза и функции печени, проведение тестов функциональной диагностики, определение уровня гормонов в крови.

В акушерской практике производится фетальный мониторинг, ультразвуковое исследование с целью уточнения локализации плаценты и наличия ретроплацентарной гематомы. В родах тщательно осматриваются родовые пути, производится ручное отделение последа и ручное обследование полости матки, обязательным является исследование системы гемостаза (время свертывания, протром-

бин, фибриноген, тромбоциты, тромбоэластография, коагулография крови, тромбиновый тест, тромбиновое время, спонтанный лизис сгустка, этаноловый тест, протаминсульфатный тест и т. д.).

В послеродовом и послеабортном периоде проводится эхография органов малого таза, диагностическое выскабливание полости матки, посев выделений из матки, общий анализ крови, а для диагностики перфорации матки — диагностическая лапароскопия.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Если причиной кровотечения в гинекологической практике являются органические процессы, то это требует, как правило, выполнения радикальных операций — надвлагалищной ампутации или экстирпации матки. Иногда достаточно производства диатермокоагуляции или диатермокоагуляции шейки, полипэктомии, выскабливания полости матки или ушивания разрывов.

Дисфункциональные маточные кровотечения останавливаются хирургическим способом с помощью выскабливания полости матки. Этот метод особенно оправдан в перименопаузальном возрасте, т. к. позволяет одновременно с остановкой кровотечения исключить рак тела матки. При ювенильных кровотечениях проводится симптоматическая кровоостанавливающая терапия, назначаются утеротонические средства (окситоцин, питуитрин, метилэргометрия и др.), а при неэффективности используется метод гормонального гемостаза эстрогенами или синтетическими прогестинами.

На ранних сроках беременности маточные кровотечения являются показанием к производству выскабливания полости матки, а постановка диагноза внематочной беременности диктует необходимость выполнения срочной лапаротомии. Мажущие скудные выделения при предлежании плаценты дают право на пролонгирование беременности до срока жизнеспособности плода, но при строгом постельном режиме и постоянном наблюдении медперсонала. Появление более значительных выделений при предлежании плаценты и любого незначительного кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты на любом сроке беременности являются срочным показанием к производству операции кесарева сечения.

Кровотечение в I и II периоде родов, если оно не обусловлено разрывом шейки матки, является признаком неполного предлежания плаценты, разрыва матки или преждевременной отслойки плаценты, а в очень редких случаях связано с кровотечением из сосудов пуповины из-за разрыва оболочек при плевистом прикреплении пуповины. Все вышеперечисленные ситуации требуют срочного оперативного родоразрешения в зависимости от акушерской ситуации (кесарево сечение, акушерские щипцы и т. д.).

При кровотечении в III и раннем послеродовом периоде необходимо срочно произвести операцию ручного отделения последа или ручного обследования полости матки, ушить разрывы шейки матки и влагалища, ввести утеротонические средства в вену. При безэффективности этих операций выполняется лапаротомия и производится экстирпация матки с трубами. Если развивается ДВС-синдром, то дополнительно перевязываются подчревные артерии и назначаются препараты, корригирующие систему гемостаза (нативная и свежезамороженная плазма, взвесь эритроцитов, теплая донорская кровь, антигемофильная плазма, криопреципитат, фиброген, контрикал, гордокс, трасилол и т. д.).

Кровотечения в послеабортном и позднем послеродовом периоде требуют интенсивной антибактериальной терапии, производства операции выскабливания полости матки, а иногда и выполнения радикальных операций.

Во всех случаях кровотечения из половых путей необходимо проводить общеукрепляющую и антианемическую терапию, снять страх и вселить уверенность пациента в выздоровлении.

Организация профилактической помощи и диспансерного наблюдения за беременными и гинекологическими больными

Основополагающими принципами рациональной организации и качественного проведения профилактической помощи и диспансеризации женского населения являются:

– обработка четкой преемственности в выполнении оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий в условиях акушерско-терапевтическо-педиатрического комплекса;

– широкое использование медицинских сестер с высшим образованием в проведении профилактических и периодических осмотров женского населения с целью выявления «групп риска» и женщин с акушерско-гинекологической патологией и их диспансеризации;

– ежегодное наращивание контингента диспансерных групп, расширение объема и повышение качества клинико-лабораторного исследования;

– центральный сбор сведений о результатах гинекологических осмотров в женских консультациях центральной районной (городской) больницы и другого базового учреждения;

– динамический контроль и анализ работы по диспансеризации, а также оценка ее эффективности.

Для обеспечения ежегодной диспансеризации необходимо предусмотреть разделы работы по:

- санитарно-гигиеническому воспитанию населения и пропаганде здорового образа жизни;
- широкому участию медицинских сестер с высшим образованием в проведении первичной профилактики акушерско-гинекологической патологии;
- дообследованию лиц, нуждающихся в проведении углубленного клинико-лабораторного обследования;
- внедрению современных профилактических, лечебно-оздоровительных и санитарно-гигиенических мероприятий;
- совершенствованию технического обеспечения проведения ежегодных осмотров и динамического наблюдения за больными и лицами с повышенными факторами риска с использованием автоматизированных систем.

Профилактическим гинекологическим осмотрам подлежит все женское население с 15 лет, осмотры проводятся не реже 1 раза в год.

Учет обслуживаемого (проживающего на территории, прикрепленной к лечебно-профилактическому учреждению) женского населения проводится территориальными женскими консультациями, гинекологическими кабинетами городских и сельских участковых больниц и амбулаторий.

Полицейской учет обслуживаемого женского населения обеспечивается отделением (кабинетом) профилактики, организованным в поликлиниках (территориальных, ведомственных, медикосанитарных частей) и поликлинических отделениях ЦРБ. При его отсутствии списочный состав женщин составляется совместно с участковым терапевтом, ответственным за проведение ежегодной диспансеризации на данном участке медицинского обслуживания.

В вышеуказанных картотеках, составленных по территориальному, цеховому и приписному принципу обслуживания, выделяются лица, подлежащие периодическим медицинским осмотрам в соответствии с приказами и инструкциями, которыми определены периодичность осмотра, участие специалистов и объем обследований.

Периодические гинекологические осмотры планируются совместно с участковым терапевтом и проводятся комплексно с врачами других специальностей в соответствии с нормативными установками и с учетом требований ежегодной диспансеризации.

При отсутствии возможности организации гинекологического осмотра врачом акушером-гинекологом осмотр проводится акушеркой (фельдшером). В условиях сельской местности функции ФАП приравниваются к функциям смотровых кабинетов.

Осмотры девочек до 15-летнего возраста проводятся по показаниям, гинекологические осмотры подростков с 15 лет (школьницы

8–10 классов, учащиеся профессионально-технических училищ и средних учебных заведений) планируются совместно с врачом подросткового кабинета, являющимся ответственным за проведение диспансеризации в учебном заведении.

По каждому участку (цехам) составляют план-график ежегодных гинекологических осмотров всех работающих женщин, учитывая гигиенические особенности производства, характер профессиональных вредностей, специфику сельскохозяйственных работ, а также разрабатывают годовые и квартальные месячные планы проведения осмотров женского населения участка обслуживания, о чем информируют своего руководителя и согласовывают с администрацией и профсоюзной организацией предприятия.

На основе данных с участков составляется общий план и график проведения профилактических осмотров обслуживаемого консультацией женского населения, который согласовывается с отделением (кабинетом) профилактики (районной, центральной, городской больницы) или терапевтом сельской участковой больницы, ответственным за проведение ежегодной диспансеризации.

В проведении профилактических гинекологических осмотров участвуют все типы амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь, при этом могут быть использованы разнообразные формы их осуществления:

- совместно с бригадами врачей-специалистов непосредственно на предприятии, в организации, учреждении, учебном заведении;

- при самостоятельном обращении населения в амбулаторно-поликлинические учреждения с целью получения справки о состоянии здоровья, для оформления санаторно-курортной карты, направления в санаторий-профилакторий и т. д. Женщины, не прошедшие гинекологического осмотра в текущем году или не позднее 6 месяцев прошлого года, должны быть направлены в смотровой кабинет поликлиники. Дата прохождения гинекологического осмотра регистрируется в левом верхнем углу титульного листа амбулаторной карты больного (уч. ф. № 25). Исключение составляют лица, обратившиеся в поликлинику за экстренной помощью, в том числе с высокой температурой;

- активный вызов больной для ежегодной диспансеризации (по телефону, почтовой открыткой, при подворных обходах и т. д.);

- при патронажных посещениях врачами акушерами-гинекологами и акушерками (фельдшерами) на дому хронических больных и лиц пожилого возраста;

- при выездной форме обслуживания сельского населения (выездные поликлиники, женские консультации) с целью проведения диспансерных осмотров.

Ежегодное расширение охвата профилактическими осмотрами во многом зависит от активности и качества гигиенического воспи-

тания. культуры населения. привлечения административных органов к этой работе.

Осмотр детского и подросткового женского населения (до 15 лет — по показаниям, с 15 лет — обязательно) проводится с целью определения своевременного и правильного развития наружных и внутренних органов и выявления патологии. При этом осуществляется: сбор анамнестических данных, осмотр наружных половых органов, ректальное исследование, исследование влагалищного отделяемого, назначение углубленных методов обследования и лечебно-оздоровительных мероприятий при наличии патологии.

При проведении осмотров взрослого населения (с целью раннего выявления онкологических, воспалительных и других заболеваний) осуществляется: сбор анамнестических данных, осмотр наружных половых органов, осмотр шейки матки и слизистой влагалища при помощи зеркал, бимануальное исследование, взятие мазков из влагалища для цитологического исследования, пальпация молочных желез. Указанный объем обследований при гинекологических осмотрах является обязательным. В лечебно-профилактических учреждениях, располагающих материально-техническими и кадровыми ресурсами, необходимо проводить ежегодный гинекологический осмотр с большим объемом лабораторных и инструментальных исследований: внедрение скрининг-теста «проба Шиллера», начиная с ФАП — при самостоятельном проведении осмотров женщин акушеркой (фельдшером), кольпоскопии, бактериоскопии — при врачебном осмотре.

В зависимости от жалоб, общесоматического и репродуктивного анамнеза, данных объективного обследования среди осмотренных должны быть выделены 3 группы здоровья:

— Здоровые (I группа — Д1) — в анамнезе отсутствуют нарушения в становлении и последующем течении менструальной функции, отсутствуют гинекологические заболевания, жалобы; при объективном обследовании (лабораторном и клиническом) отсутствуют изменения в строении и функции органов репродуктивной системы.

— Практически здоровые (II группа — Д2) — в анамнезе имеются указания на гинекологические заболевания, функциональные отклонения или аборт; жалобы на момент обследования отсутствуют, при объективном обследовании могут быть анатомические изменения, не вызывающие нарушения функции репродуктивной системы и не снижающие трудоспособности женщин.

— Больные (III группа — Д3) — могут быть (или отсутствовать) указания на гинекологические заболевания в анамнезе. Жалобы на момент обследования могут быть или отсутствовать. При объективном обследовании выявлено наличие гинекологического заболева-

ния. На каждую больную с целью контроля за состоянием здоровья и эффективностью проводимых лечебно-оздоровительных мероприятий заводится «Контрольная карта диспансерного больного» (уч. ф. № 30).

Выделение этих групп определяется различным характером медицинских мероприятий.

Диспансеризация здоровых женщин предусматривает сохранение здоровья, создание у них устойчивости к неблагоприятным факторам внешней среды (на производстве, в быту) путем адекватного формирования здорового образа жизни применительно к отдельным возрастным периодам. Эта группа женщин может проходить диспансерный осмотр у акушера-гинеколога 1 раз в год.

Диспансеризация практически здоровых женщин имеет своей целью проведение профилактических мероприятий против факторов риска, увеличение защитных сил организма, направленных на предупреждение гинекологических заболеваний. Эта группа женщин должна проходить диспансерный осмотр не менее 2-х раз в год.

Задачами диспансеризации гинекологических больных являются изучение и выбор возможностей устранения причин, вызывающих заболевание, раннее выявление патологии, эффективное лечение и последующая реабилитация. Для гинекологических больных объем обследований, кратность посещений, длительность наблюдения, схемы лечения и реабилитации определяются в зависимости от нозологических форм заболевания, изложенных в нормативных документах. Диспансерное наблюдение за беременными устанавливается в соответствии с требованиями приказа МЗ СССР № 430 от 23.04.81 г.

Диспансерное наблюдение за контингентом родивших женщин проводится в течение года после родов. В послеродовом периоде наблюдение осуществляется в соответствии с требованиями вышеуказанного приказа. В дальнейшем независимо от группы здоровья наблюдение осуществляется трехкратно путем адекватного вызова родивших в женскую консультацию (к 3, 6 и 12 месяцам после родов). Через три месяца после родов обязательно выполняется бимануальное исследование и осмотр шейки матки при помощи зеркал с применением скрининг-теста «пробы Шиллера» (по возможности кольпоскопии), бактерио- и цитологического исследований. На этом этапе необходимы оздоровительные мероприятия и индивидуальный подбор методов контрацепции. Активный вызов женщин в консультацию на 6-м месяце после родов проводится с целью контроля за состоянием специфических функций. При отсутствии противопоказаний следует рекомендовать внутриматочную контрацепцию. Третье посещение целесообразно для формирова-

ния эпикриза по окончательной реабилитации женщин к году после родов, выдачи рекомендаций по контрацепции, планированию последующей беременности и поведению женщин с целью профилактики имевшихся осложнений. Гинекологически здоровые женщины с выявленными хроническими и острыми экстрагенитальными заболеваниями передаются на диспансерное наблюдение специалисту по профилю выявленной болезни.

Периодичность осмотров больных женщин, сроки санации и контрольного наблюдения, объем обязательных диагностических и лечебных мероприятий устанавливаются в зависимости от нозологической формы заболевания. Медицинская сестра следит за регулярностью контрольных осмотров, выполнением назначений врача, проводит сестринский анализ эффективности лечения.

При каждом очередном осмотре в процессе динамического наблюдения медицинская сестра формирует поток для консультативного осмотра врачом, который проверяет и уточняет ранее установленный диагноз, вносит необходимые дополнения и изменения, определяет лечебные мероприятия и частоту повторных осмотров в соответствии с изменениями в течении заболевания и социально-бытовых условий, а также необходимость перевода в другую группу диспансерного наблюдения.

Заведующие женскими консультациями и старшие акушерки контролируют выполнение индивидуальных планов оздоровления больных, правильность оформления медицинской документации и намечают план лечебно-оздоровительных мероприятий совместно с администрацией предприятий и хозяйств, в том числе используя возможность учреждения предоставления путевок в санатории и санатории-профилактории.

В качестве примера приводим один из возможных вариантов участия академической сестры с высшим образованием в организации алгоритма диагностической помощи и диспансерного наблюдения.

Организационная форма профилактики включает 4 этапа:

I – сестринский (сбор данных анамнеза, жалоб) – определение группы риска, факторов риска развития гинекологической и акушерской патологии; подготовка женщины к осмотру врачом;

II – врачебный – специальное обследование, назначение профилактического и патогенетического лечения с учетом индивидуальных этиологических факторов риска.

III. Составление индивидуальной программы обследования и лечения. Акушерка (или медицинская сестра с высшим образованием) заполняет необходимые направления и отчетные формы, следит за своевременностью и точностью исполнения рекомендаций.

IV. Индивидуальная программа диспансерного наблюдения с организацией патронажа за периодичностью осмотра диспансерных групп осуществляется медицинской сестрой с высшим образованием (акушеркой). При недостаточной эффективности лечения производится коррекция существующего плана.

Использование вышеописанного принципа позволяет организовать диспансерное наблюдение на практике по 3 группам, соответственно приказу № 770 МЗ СССР от 30 мая 1986 года «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения».

Предлагаемая схема (см. таблицу № 15. Алгоритм диагностического поиска гинекологической патологии) представляет собой попытку найти место для лучшего использования в конкретной организационной форме практической деятельности сестер с высшим образованием с учетом эпидемиологических данных и наличия индивидуальных факторов риска по гинекологической патологии.

При проведении профилактической работы с женщинами медицинская сестра с высшим образованием должна знать и придерживаться следующих принципов:

1. Выработка совместного плана сотрудничества.

Медицинская сестра, как опытный консультант, должна помочь женщине в контроле за своим здоровьем и в выборе оптимальных режимов для него, побуждает к приобретению навыков здорового образа жизни, что особенно важно в период становления и угасания репродуктивной функции.

2. Консультирование любого пациента.

Опыт общения медицинских работников позволяет выделить две группы пациенток — с активным и пассивным поведением. Именно последние нуждаются в информации о скрининг-программах и профилактике акушеркой и гинекологической патологии. Медицинская сестра должна максимально информировать всех своих пациентов с учетом специфики их возраста, социального и экономического положения и личного опыта.

3. Пациенты должны хорошо понимать взаимосвязь между их поведением и их здоровьем.

Обычно женщины знают взаимосвязь между факторами риска и состоянием здоровья. Они отдают себе отчет в том, как пагубно влияют на здоровье курение, малоподвижный образ жизни, несбалансированное питание и другие факторы, и не подозревают, что их комбинация оказывается более опасной, чем простое суммирование.

В качестве примера могут быть статистически обоснованные случаи учащения рака шейки матки при курении и употреблении противозачаточных средств. Медицинская сестра, отвечая на вопросы женщины, подчеркивает основные моменты, стимулирующие активное поведение со стороны женщины к изменению своего образа жизни.

Алгоритм диагностического поиска гинекологической патологии

Сестринский прием (1 этап)

Опрос пациента (м/с с ВО)

Anamnes vitae

- социально-биологический
- акушерско-гинекологический
- соматический

Anamnes morbi

Жалобы



Машинная
статнстическая
обработка

Выявление групп
риска возникно-
вения патологии
женских половых
органов

Первичный осмотр:

- гинекологический осмотр с проведением пробы Шиллера и взятием мазков на онкоцитологию;
- осмотр молочных желез и прямой кишки (по показаниям)

Формирование потоков женщин по группам учета

Здоровые женщины оста-
ются под наблюдением у
сестры с высшим образо-
ванием

Формирование потока
больных женщин (Д3) и
группы риска (Д2) для
осмотра врачом

II этап – консультация врача акушера-гинеколога

Обследование

- общее;
- специальное;
- лабораторное;
- инструментальное и т. д.

Диагноз в соответствии с МКБ-9

Распределение по группам диспансерного учета

Д1 – здоровые	Д2 – группа риска	Д3 – больные
отсутствие риска развития патологии и клинических признаков заболевания	наличие риска развития патологии и отсутствие клинических признаков заболевания	наличие гинекологической патологии, выявленной клинически и цитологически

4. Помогите пациенту решить проблемы, препятствующие нормализации своего образа жизни.

Медицинский работник должен определить, и если это необходимо, повлиять на представление пациента о факторах риска и причинах, вызывающих гинекологическую и акушерскую патологию. Основными проблемами, препятствующими изменению жизненного стереотипа, являются: непонимание важности влияния того или иного фактора на состояние здоровья; игнорирование советов врача; неосознание преимущества профилактических мероприятий по сравнению с риском возникновения заболевания, затратами, побочными эффектами.

5. Получение согласия пациента изменить свой образ жизни.

Как правило, женщина обращается к медицинской сестре с целью получения лечения, порой не осознавая значение собственного поведения и его влияния на исход лечения.

6. Добровольный выбор фактора риска, на который пациентка хотела бы повлиять в первую очередь.

Как правило, женщина не может сразу коренным образом изменить свой образ жизни. Скажем, отказ от курения может стимулировать начало активных занятий спортом, а затем — изменение пищевого рациона. Необходимо отметить важность информирования пациенток с медицинской точки зрения на индивидуальные факторы и их вес в патогенезе патологического процесса.

7. Сочетание различных стратегических подходов помогает обеспечить пациентку информацией, должны носить индивидуальный характер. Использование групповых и индивидуальных форм обучения, письменных пособий, брошюр, плакатов, аудиовизуальных средств облегчат и украсят беседу. План сестринского процесса должен учитывать пожелания женщины. Скажем, пациентка не любит групповых занятий, использование личной беседы, наличие обратной связи с ней позволит быстрее решить все проблемы.

8. Совместное планирование изменения поведения.

Помимо предоставления необходимой информации для пациентки о своем заболевании, необходимо выяснить, какие она предпринимала попытки изменить свой образ жизни, какими методами она пользовалась, какие затруднения встретила, был ли проведен анализ причин неудачи.

Повышение медицинской образованности должно быть направлено на то, чтобы показать ему, что следует сделать, а не просто знать.

Необходимо составить план действий, порекомендовать просмотреть соответствующую литературу.

Заканчивая прием, суммируйте высказанные пожелания и выразите уверенность в способности пациентки внести изменения в ее факторы риска.

9. Динамическое наблюдение за женщиной из группы риска.

После того как будет выработана стратегия изменения образа жизни, следует разработать программу последующих визитов для коррекции намеченного плана с учетом возникших затруднений. Немалое значение здесь может играть коллектив, члены семьи и лица, пользующиеся доверием пациентки. Со временем интервалы визитов удлиняются, что позволяет пациентке осуществлять самоконтроль.

Рекомендуемая литература

1. Айламазян Э. К., Рубцева И. П. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. — СПб, 1992.
2. Акушерство: Учебник // Под ред. Боляжиной, К. Н. Жмакина, А. П. Кирющенко. — М.: Медицина, 1986.
3. Боляжина В. Н. Акушерская помощь в женской консультации. — М.: Медицина, 1987.
4. Гинекология: Учебник // Под ред. В. И. Боляжиной, К. И. Жмакина. — М.: Медицина, 1977.
5. Капелюшник Н. Л. Неотложная помощь при маточном кровотечении в акушерстве (Методические рекомендации). — Казань, 1998, 11.
6. Кира Е. Ф., Корхов В. В., Скворцов В. Г., Цевелев Ю. В. Практический справочник акушера-гинеколога. — СПб, 1995.
7. Кулаков В. И., Пронина И. В. Экстренное родоразрешение. — М.: Медицина, 1994.
8. Мануилова И. А. Современные контрацептивные средства. — Москва, 1993. — 200 с.
9. Об организации работы родильных домов (отделений). Приказ № 55 от 9 января 1986 г. МЗ СССР.
10. О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению РСФСР. Приказ № 186 от 15 ноября 1991 г. МЗ СССР.
11. О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах. Приказ № 345 от 26 ноября 1997 г. МЗ РФ.
12. Репина М. А. Ошибки в акушерской практике: Руководство для врачей. — Л.: Медицина. — 1988. — 247 с.
13. Руководство по безопасному материнству. М.: Издательство «Триада-Х», 1998, 531 с.
14. Руководство по профилактической медицине (перевод с англ. Guide to clinical preventive services). — Москва, 1993. — 160 с.
15. Селезнева Н. Д. Неотложная помощь в гинекологии. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1986, 176 с., ил. — (Б-ка практич. врача).
16. Слепых А. С. Акушерская реаниматология. — Л.: Медицина, 1984.
17. Социальная медицина и организация здравоохранения / Руководство для студентов, клинических ординаторов и аспирантов: В 2 томах. / В. А. Миняев, Н. И. Вишняков, В. К. Юрье, В. С. Лучкевич. — СПб, 1997.
18. Bartlett E. E. Infroduction light principles from patient education research. prev. Med. 1985; 14: 667-9.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ПЕДИАТРИИ

Особенности организации сестринского процесса в педиатрии

Сестринский процесс является методом организации и оказания сестринской помощи больным, здоровым, который включает в себя пациента, его родителей и сестру в качестве взаимодействующих лиц. Как и любая другая организационная структура, сестринский процесс имеет свои характеристики: цель, организацию сестринского процесса и творческие способности. Сестринский процесс является наиболее перспективной моделью работы, так как в ходе организации его пациент рассматривается не как случай заболевания, а как личность, причем учитывается не только «Я» больного, но и реакция на его заболевание окружающих, родственников, близких, т. е. микросоциума пациента. Именно поэтому введение преподавания сестринского процесса во время прохождения цикла клинических дисциплин выступает на первое место в системе подготовки специалистов среднего медицинского звена не только в структуре среднего специального образования, но и высшего, так как подробный разбор ситуаций, проигрывание многообразия проблем в наиболее полной мере вскрывает всевозможные варианты решений задачи оказания помощи и организации действенного и высококвалифицированного ухода. Особое значение имеет данная модель при разборе особенностей организации ухода и наблюдения за детьми различных возрастных групп. Сестринский процесс — относительно новое понятие, нередко, при поверхностном ознакомлении, вызывающее к себе негативную реакцию, так как его внедрение требует перестройки не только методической работы, но и перестройки мышления, мировоззрения в свете философии сестринского дела. Возможно, пройдут годы и годы, когда он будет внедрен в структуру оказания педиатрической медицинской помощи, но как обучающая модель, сестринский процесс незаменим возможностью широкого внедрения инновационных методик обучения, перспективой повышения уровня знаний студентов и повышения коэффициента выживаемости знаний, овладением этическим и психологическим компонентами работы медицинской сестры независимо от уровня подготовки (среднее или высшее образование).

Давайте рассмотрим подробно точки приложения сестринского процесса непосредственно в педиатрии. Основу философии сестринского дела составляет сестринский процесс как метод организации и оказания помощи и ухода больным и здоровым пациентам. При работе с детским населением нередко приходится сталкиваться с определенными трудностями, обусловленными прежде всего тем, что сестринский персонал педиатрических служб силой обстоятельств вынужден работать не столько с пациентом, сколько с его окружением (родителями, бабушками, дедушками...). Это накладывает некоторую специфику этического поведения сестринского персонала. Именно при организации работы медицинских сестер различного уровня необходимо помнить, что психологический компонент деятельности по своему объему равен сугубо профессиональному, связанному со знанием анатомо-физиологических особенностей детского организма и условий протекания тех или иных заболеваний. Рассмотрим составляющие сестринского процесса.

Цель сестринского процесса включает в себя: идентификацию потребностей пациента в уходе, так как именно сестра должна решить — в чем нуждается ПАЦИЕНТ в первую очередь.

Принято выделять потребности универсальные, то есть присущие всем больным данной возрастной группы, такие как потребность есть, пить, быть чистым, поддерживать температуру тела, одеваться, раздеваться, спать, бодрствовать и так далее. Как правило, вычленение универсальных проблем не представляет проблемы, так как они вытекают из представлений об особенностях развития в различные периоды детства (понятие о рациональном питании, система номенклатурных столов, понятие о питьевом режиме, коррекция нарушений сна, личная гигиена больного, понятие о рациональной одежде и т. д.). При организации сестринского процесса в педиатрии, помимо определения проблем пациента необходимо провести и определение состояния знаний и представлений родственников ребенка о его потребностях. Не так уж и редки семьи, в которых перед появлением первенца родители не прочитали ни одной научно-популярной книги, или не прошли систему педиатрического консультирования по вопросам развития и воспитания малыша.

Кроме универсальных проблем, наиболее многочисленных, сестра должна уметь выявить проблемы пациента, связанные с его развитием (отставание в психическом, физическом развитии от данной возрастной группы, педагогическая запущенность у детей, практикующиеся в семье патологические типы воспитания, нарушения самооценки, снижение интеллекта, нарушение социальных связей). Именно эти проблемы представляют наибольшую трудность для педиатрических сестер, так как нередко они не готовы

психологически и профессионально расширить рамки общения с больным, рассмотреть поведение больного с различных точек зрения. В процессе изучения сестринского дела в педиатрии следует особое внимание уделять поиску альтернативных подходов к каждой ситуации. Так, например, для каждой ситуации рассматривается правовая точка зрения, касающаяся того, что установлено или запрещено законом (например, необходимость уведомления властей о том, что состояние здоровья пациента вызвано какими-либо действиями со стороны других лиц при столкновении с синдромом избитого ребенка или оставлении малыша без помощи). Профессиональные нормы и профессиональный этикет важен при организации содружественной работы сестринского персонала детской поликлиники в единой системе акушерско-терапевтичеко-педиатрического комплекса. Различная точка зрения, рассматривающая людей как часть общей «божественной» схемы и позволяет судить об их поведении по тому, как оно вписывается в эту схему (например, «свидетель йеговый» не позволяет делать своей дочери переливание крови, несмотря на то, что по мнению врачей, это единственный способ спасти ее жизнь). Рассматривается и эстетическая точка зрения, позволяющая рассмотреть данную ситуацию в соответствии с тем, производит или нет эффект, который «прекрасно смотрится» поведение (например, введение универсальной формы профессиональной одежды, отличной в каждом отделении больницы ярких тонов; соответствующее оформление интерьера детского стационара) и наконец, рассматривается практическая точка зрения, то есть, является ли действие наиболее эффективным способом достижения поставленной цели (например, обращение к ребенку по имени, а не безлично «малыш», введение игровых моментов в процесс обследования и выполнения медицинских манипуляций). Третий тип проблем, с которым сталкивается сестра при ведении своих пациентов — это проблемы, связанные со здоровьем, которые выявляются в процессе обследования. Обследование бывает затруднено в силу возрастных особенностей развития ребенка. Так, дети до 3–4 лет не могут даже примерно локализовать боль, объяснить достоверно свои жалобы. Именно в педиатрии наблюдается резкий диссонанс между состоянием больного и его самочувствием, когда при незначительном снижении температуры тела до фебрильных цифр, ребенок становится более активным, играет.

Выявление всех трех типов проблем необходимо для осуществления второй цели сестринского процесса — определения приоритетов по уходу и ожидаемых целей или результатов ухода, так как в зависимости от ситуации на первый план будут выдвигаться или потребности пациента в уходе, выбор модели осуществления ухода, согласно существующим теориям, или их синтезу, например, под-

держание личной гигиены пациента младенческого возраста, решение проблемы дефицита общения или воспитания, либо проблемы, связанные со здоровьем, например, при гипертермическом или судорожном синдроме. Определив приоритеты по уходу и ожидаемые результаты, сестра уже может выбрать и применить сестринскую стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента, выбрать тот единственно верный подход к больному, обеспечивающий максимальное щажение психики и дающий наибольший результат лечения. При разборе и разработке сестринской стратегии особое внимание уделяется рассмотрению моральных аспектов действий. На наш взгляд, наиболее значимыми в сестринской практике являются следующие семь аспектов действий:

1. Уважение к людям, рассматриваемое в свете автономии ребенка, возможности выбора.

2. Аспект обладания действия определенными качествами, что делает их правильными или неправильными по своей сущности (этический компонент сестринского процесса), например «справедливость» рассматривается как одинаковое отношение к людям независимо от их возраста, пола, национальности, сексуальной ориентации, вероисповедания и политических взглядов.

3. Аспект морали.

4. Поиск наилучших результатов, рассмотрение ситуации с точки зрения утилитаризма (т. е., если сестра стоит перед выбором, ее долг состоит в рассмотрении всех последствий, которые может иметь действие для всех заинтересованных лиц) например — нецелесообразно ставить капельницу на правую руку подростка-правши, если мы хотим, чтобы пациент был как можно более независим, не рационально объяснять родителям, как поделить таблетку на восемь частей, если можно выписать препарат в необходимой дозировке в порошках или микстуре.

5. Аспект наличия правильной мотивации — необходимо осуществлять действия, поскольку они правильны, а не руководствоваться какими-то иными причинами — другими словами не исполнять «долг во имя долга». Этот аспект особенно важен при работе с семьей ребенка, когда медицинская сестра обязана так провести разъяснительную работу с матерью, чтобы не только научить ее методике ухода, дачи лекарственных препаратов, но и объяснить ей зачем именно необходим этот препарат для ее малыша, что будет в случае, если не применить этот препарат.

6. Аспект «действия в соответствии с природой» — например, — подготовка больного к применению высокотехнологических диагностических и лечебных методов в зависимости от возраста требует предварительной работы с проблемой страха. Ребенку старше трех лет нельзя говорить, что будет совсем не больно, если манипуляция

подразумевает болезненность. Ему необходимо заранее, на примерах игрушек, игровых моментов объяснить требуемого от него.

7. Аспект «поступков в соответствии с волей Бога» — люди, чья мораль основана на религиозных вероисповеданиях, независимо от вида религии, могут соглашаться с неверующими в определенных ситуациях, относительно того, что необходимо делать. Например — в ситуации решения вопроса о нецелесообразности активного лечения ребенка с запущенным онкологическим заболеванием, мусульманин может поддерживать такое решение, считая, что попытка отсрочить неминуемую гибель означает поступать против воли бога, утилитарист — так как в результате активного лечения больной будет страдать еще больше.

При организации сестринского процесса сестра не должна забывать, что проблемы пациента это и проблемы его родственников, близких. Нельзя упускать из виду микросоциальную среду больного, особенно при решении вопроса о необходимости госпитализации, адаптации его к условиям стационара, так как отрыв пациента от привычных условий существования при помещении в больницу, незнакомая среда, предоставленность самому себе, чувство заброшенности может наносить как преходящие, так и стойкие психические травмы, замедлять течение процесса выздоровления, снижать эффективность процесса ухода и лечения. А только обучение по модели сестринского процесса позволяет наиболее полно вскрыть и разрешить данные проблемы.

Вторая составляющая сестринского процесса — его организация. Организационная структура сестринского процесса, как вы знаете, состоит из пяти основных элементов: обследования, сестринского диагноза, плана, осуществления и оценки.

Работа с любым пациентом, будь он здоров или болен, начинается с обследования, то есть процесса сбора и оформления информации о состоянии здоровья пациента.

Источники данных весьма обширны: это и сам пациент с его рассказами о здоровье и самочувствии, его семья, данные амбулаторной картины, заключения других специалистов в области медицины, литература.

Специфика педиатрии состоит в том, что сбор информации непосредственно от больного часто затруднен в силу возрастных особенностей, знания пациента о строении и функционировании своего тела, умения дифференцировать ощущения, возможности высказать свои ощущения, сомнения и тревоги. До четырех, пяти лет ребенок не может определить локализацию боли, ее характер на словах: «Болят голова, живот, нога, грудь...», однако нередко может показать больное место рукой. Или подросток-невротик во время обследования не может четко описать ощущения: «Все бо-

лит — и сердце, и печень, и спина, и ноги, и руки...» Нередко приходится сталкиваться с ситуацией на первый взгляд парадоксальной, когда медицинские работники, имеющие знания, испытывают страх заболеть инфекционным заболеванием, заразиться от пациента паразитами. Поэтому в систему подготовки студентов введены вопросы формирования у больного внутренней картины здоровья и внутренней картины болезни. Наиболее важно при отработке студентами навыков сбора информации следовать принципам концепции автономии, то есть, во-первых, уважать безусловную ценность индивидуума и, во-вторых, уважать мысли и действия индивидуума, т. е., по мнению Бичампа «Независимый человек определяет направление своих действий в соответствии с планом, выбранным им или ею самостоятельно». Мы считаем это важным еще и потому, что принцип уважения к людям по сути абстрактный принцип, тогда как уважение автономии конкретно связано с принципами поведения, определяемыми волей пациента, которые выливаются в принципиальный план действий, выбранный и выполняемый индивидуумом. Например, при сборе информации о предыдущих методах лечения, сестра выясняет, что пациент не выполнял назначения врача (не пил таблетки), так как у него не было должного контакта с врачом или сестрой, и он не доверял этому методу лечения.

Проблема постановки сестринского диагноза, как правило, не имеет затруднений, если проведен достаточно полный сбор информации на этапе обследования. В педиатрии сестринский диагноз складывается из трех составляющих — биолого-генеалогических (особенности развития, перенесенные ранее заболевания, травмы, особенности акушерского анамнеза...); социального (тип воспитания, бытовой статус); клинического (основные проблемы, связанные со здоровьем). Сестры при изучении данной ступени сестринского процесса должны владеть навыками систематизации и умением группировки.

При рассмотрении принципов составления плана сестринских действий, помимо изучения необходимых для данной ситуации действий по проведению дополнительных исследований, неопложной помощи, режимной, диетической, медикаментозной и т. д. коррекции состояния, необходимо, на наш взгляд, учитывать сестринские модели защиты пациента. Правозащитная модель (сестра несет ответственность за информирование пациента и его семьи относительно его прав в больнице или системе медико-санитарной помощи. Сестра должна убедиться в том, что пациент понимает эти права и знает как пользоваться ими в рамках системы). Модель решений, основанных на ценностях — это предоставление защиты назначает сестру на роль помощника пациента с целью обсудить

его потребности и интересы и сделать выбор, который наиболее полно соответствует ценностям, образу жизни или плану действий пациента, не навязывая ему решений. Модель уважения к людям — человеческое достоинство пациента уважается независимо от того является ли пациент независимым и самостоятельным. В роли защитника сестра помнит об основных человеческих ценностях пациента и всякий раз действует с целью защитить его человеческое достоинство, тайну, независимый выбор, когда необходимо.

Для систематизации подхода к составлению плана сестринских мероприятий мы используем так называемую модель принятия решения:

1 ступень — рассмотрите ситуацию с целью определения проблем, связанных со здоровьем, необходимых решений, этических компонентов и главных индивидуумов.

2 ступень — соберите дополнительную информацию с целью прояснения ситуации.

3 ступень — определите личные и профессиональные моральные позиции.

4 ступень — определите моральные позиции главных индивидуумов-участников.

5 ступень — определите этические вопросы, связанные с ситуацией.

6 ступень — определите противоречие ценностей, если оно есть.

7 ступень — установите, кто принимает решение.

8 ступень — определите круг действий и предполагаемые результаты.

9 ступень — выберите направление действий.

10 ступень — реализация действий.

Если учитываются все психологические составные ситуации и принятие решений идет по рассмотренному алгоритму, то, как правило, этап реализации не представляет затруднений у сестер, может отмечаться только недостаток знаний при освещении некоторых вопросов.

1. Что будет делать пациент (например — находиться на постельном режиме, принимать медикаменты, полоскать горло).

2. Один тип поведения для каждой установки (необходимо отдельно обсудить особенности диетического питания, а не диету и прием лекарственных средств одновременно).

3. Необходимое наблюдение и оценка в изменении поведения (в процессе лечения у ребенка может появиться страх перед белыми халатами медиков, или по мере улучшения состояния больной может менее тщательно выполнять назначения).

4. Быть более подробными в области «критерия» — обсудить с больным и его родственниками, что конкретно необходимо, например, если назначен строгий постельный режим, то с какой целью

и какие осложнения со стороны здоровья могут возникнуть при несоблюдении постельного режима, если назначено диетическое питание, то какие последствия могут последовать при нарушении диеты.

5. Подробное обсуждение целей с пациентом или его близкими, не только кратковременных, но и долгосрочных планов.

6. Реальные цели, например, не реально планировать полное выздоровление у ребенка с врожденным пороком сердца.

Сестра не только планирует необходимые мероприятия, но и реализует их. Ее действия затрагивают помощь при болезни, профилактические и оздоровительные мероприятия. С изменением картины болезни изменяется и реализация. Исторически сложились три основных типа реализации:

1. Зависимый, наиболее распространенный тип деятельности сестер, характеризуемый тем, что требуются указания врача для начала действия, но должны быть использованы знания и навыки сестры — например, врач назначает инъекции антибиотиков, а сестра выполняет назначения...

2. Независимый — включает непосредственную деятельность сестры, например, обучение матери приемам массажа, технике приготовления блюд детской кухни...

3. Взаимозависимый — совместная деятельность сестры с другими специалистами в области медицины — например, обработка полости рта после консультации стоматолога...

Особый упор, при организации сестринского процесса в педиатрии мы делаем на независимый и взаимозависимый типы реализации, так как именно эти типы реализации помогут студентам наиболее полно овладеть знаниями и практическими навыками.

На этапе реализации сестра должна проявить весь свой богатый опыт для достижения цели, ведь успех лечения зависит от правильно организованного ухода за пациентом, выполнения им режима, приеме препаратов. При выраженной реакции протеста со стороны пациента — налаживания контакта с больным...

Во время выполнения этапа реализации сестра ведет карту сестринского процесса, где в графе «реализация» четко указывает кто должен выполнять, что делать и когда. После завершения этапа реализации сестра приступает к заключительному этапу сестринского процесса — оценке. На этом этапе учитываются следующие показатели:

1. Оценка реакции пациента на вмешательство — как пациент реагирует на мероприятие — например, на использование подкладного судна при строгом постельном режиме.

2. Мнение пациента о вмешательстве.

3. Оценка достижения поставленной цели — необходима для определения правильности сестринских мероприятий. Если за оп-

ределенный срок цель не будет достигнута, значит была выбрана ошибочная тактика или допущено не полное обследование пациента, и следует начать сестринский процесс заново с первого этапа

4. Оценка качества оказанной помощи.

На этапе овладения оценкой сестринских мероприятий, сестра наибольшее внимание должна уделять модели оценки «подотчетность — договорные отношения», как наиболее перспективной, на наш взгляд модели, т. к. подотчетность включает отношения, по крайней мере, между двумя сторонами. Это договорные отношения, в которые сестра, являясь действующим лицом, вступает в договорное соглашение с целью оказать помощь и нести за нее ответственность в соответствии с установленными условиями. Нести ответственность в данной модели, исходя из природы полного доверия, которое существует между пациентом и сестрой. Это обязательство, которое имеет отношение к праву пациента на свободное волеизъявление и компетентный сестринский уход. Именно подотчетность защищает духовные ценности взаимоотношений сестра—больной и поддерживает традиции сестринского дела, обеспечивая и практику, и социальную роль сестринского дела своим необходимым историческим содержанием.

Из изложенного материала можно сделать вывод: сестринский процесс является наиболее перспективной моделью работы сестры в педиатрии, так как по стилю является сближением, позволяющим реализовать все лучшее, что есть в пациентах и сестринском персонале, превращает сестру из рутинно-механического придатка врача в высококвалифицированного специалиста.

Организация и проведение профилактической помощи детям. Роль медицинской сестры

Одной из наиболее важных задач, которую должна решить сестра-специалист, работающая в педиатрии — это организация педиатрической помощи наивысшего качества. Медицинские учреждения, руководимые сестрами-менеджерами, должны стать признанными лидерами в профилактике и лечении различных болезней с момента зарождения нового человека до окончания формирования взрослого человека.

Получение качественной медицинской помощи — это право каждого будущего родителя, право каждого ребенка, которое должно быть осуществлено, независимо от места проживания — в крупных промышленных центрах, городках периферии или в небольших деревнях и поселках. Мы живем в эру не только высокой урбанизации, бедственной экологии, но и в эру активного роста

медицинских знаний и широкого прогресса медицинской технологии. Люди все более нуждаются в получении авторитетной информации о способах сохранения здоровья. Те, кто озабочен будущим ребенка – родители, другие родственники – хотят получить четкое представление о принципах соблюдения здоровья во время беременности, коррекции его отклонений при возникающей угрозе патологических отклонений формирования плода, представления о правильном уходе за растущим малышом, о лечении простудных заболеваний, правильном общении с ребенком... Хорошо информированные родители становятся конструктивными партнерами врачей и сестер медицинского персонала. Это особенно важно в профилактической медицине. Хорошее здоровье наших детей должно стать правилом, а не исключением. На сегодняшний день целесообразно полностью перестраивать имеющуюся систему охраны здоровья матери и ребенка, но необходимо отдельно рассмотреть роль медицинской сестры при работе по профилактике пограничных состояний. В ходе обучения на факультете ВСО сестры получают достаточно знаний, чтобы выделить и сформировать группы риска, спланировать необходимую частоту осмотра специалистами в зависимости от необходимости, лабораторные и инструментальные исследования, наметить профилактические мероприятия и провести их в необходимые сроки.

Дети с риском на повышенную заболеваемость ОРВИ и нарушением в состоянии здоровья в период социальной адаптации относятся к I группе риска. Формирование группы начинается в антенатальный период, когда сестра отмечает следующие факторы риска: 1) заболевания матери в период беременности (простудные); 2) гипоксия плода; 3) хронические бронхолегочные заболевания у матери и отца; 4) неудовлетворительные бытовые условия; 5) алкоголизм у родителей. При выявлении этих факторов риска, сестра должна дважды провести дородовые патронажи – при поступлении сигнала из женской консультации о взятии на учет беременной и в 32 нед., и наметить врачебный патронаж в 32 нед. беременности. Профилактические мероприятия антенатального периода включают: 1) прогнозирование гипогалактии; 2) прогнозирование риска возможной патологии; 3) дачу рекомендации по питанию, режиму дня, закаливанию, физическому воспитанию беременной; 4) санитарно-просветительную работу с родителями о влиянии факторов риска социально-биологического анамнеза на состояние здоровья ребенка.

В постнатальный период, основанием для включения ребенка в эту группу риска служат следующие факторы: 1. Рахит. 2. Анемия. 3. Гипотрофия. 4. Аллергический диатез. 5. Врожденные пороки развития. 6. Дети с заболеванием ЦНС. 7. Наследственная патология. 8. ЧБД. 9. Дети с метаболическими и иммунологиче-

скими нарушениями, эндокринопатиями. 10. Хронические заболевания. 11. Раннее искусственное вскармливание. 12. Недоношенные и незрелые дети. 13. Крупные плоды. 14. Асфиксия новорожденного. 15. Внутрочерепная родовая травма. 16. Несоответствие режима сна и кормления возрасту ребенка. 17. Противоречивое воспитание ребенка. При выявлении этих факторов риска, сестре необходимо составить план осмотров специалистами для этой группы: сестра и медсестра — в декларируемые сроки, осмотр ЛОРа, хирурга, невропатолога, окулиста — в декларируемые сроки до 1 года. После 1 года — осмотр ЛОРа и стоматолога до 3 лет — 2 раза в год, по показаниям — чаще. В план работы сестра вносит расчет питания и калорийности в 1, 3, 5, 7, 9, 12 мес., и намечает, что к 4 мес. и году необходимо данному ребенку провести исследование крови, мочи и кала на общий анализ.

После составления плана контроля специалистов, сестра должна наметить профилактические мероприятия, которые будет проводить среди детей данной группы риска. Они включают в себя:

1. Прогнозирование и профилактику гипогалактии.
2. Проведение массажа и гимнастики, закаливания.
3. Ежемесячный контроль за физическим и нервно-психическим здоровьем.

4. Рациональное вскармливание.
5. Реабилитация после перенесенных ОРВИ.
6. Подготовка ребенка к поступлению в детские дошкольные учреждения: за 10 дней до поступления в ДДУ назначение белково-витаминного комплекса (белок в виде обезжиренного творога или обезжиренного сухого молока 61–63 г в сутки при норме 53 г), витамины В₁, В₂, С в возрастных профилактических дозах. Фитотерапия (настой подорожника, зверобоя, мать-и-мачехи). Назначение адаптогенов — препараты элеутерококка или женьшеня, аралии 2–3 раза в день. Организация жизни детей в период адаптации. В течение первых 2–3 недель при поступлении в ДДУ сестра контролирует продолжение назначенной адаптативной коррекции. При повышенной возбудимости ребенка в период привыкания к детскому дошкольному учреждению — назначает отвары валерианы и пустырника, при продолжительных и выраженных проявлениях невротических реакций обращается за помощью к невропатологу.

Весной и осенью, в период повышенной заболеваемости 2 раза в год сестра проводит среди детей этой группы риска в течение 2–3 недель курсы общеукрепляющего лечения, состоящие из применения фитотерапии (настой подорожника, корня солодки и др.), назначения на 1–2 месяца адаптогенов, витаминов С, А в профилактических дозах. Ослабленным детям в этот период сестра назначает апилак, пентоксил, курсы УФО. Рекомендует орошение зева и

носовых ходов отварами ромашки, зверобоя, календулы. В период повышенной респираторно-вирусной заболеваемости: витамин С в лечебной дозе, дибазол в течение 10–15 дней, в носовые ходы – оксолиновую мазь или интерферон.

Формирование группы детей с риском на заболевание ЦНС (2 группа риска) также начинается в антенатальный период, если сестра при проведении патронажа после поступления сигнала из женской консультации о взятии беременной на учет выявляет следующие факторы риска:

1. Профессиональные вредности у матери.
2. Имеющиеся в анамнезе матери выкидыши, мертворожденные, рождение детей с массой менее 2000 г, ранее – многоплодная беременность или длительное бесплодие.
3. Возраст матери менее 16 лет или более 40 лет.
4. Экстрагенитальная патология матери: гипертония, заболевания почек, сахарный диабет, гипертиреоз, заболевания сердечно-сосудистой системы, токсоплазмоз, дегенеративные заболевания нервной системы, умственная отсталость.
5. Злоупотребление алкоголем и курением.
6. Угроза невынашивания.
7. Инфекционные болезни матери в первый триместр беременности.
8. Узкий таз.
9. Токсикоз I и II половины беременности.
10. Патология плаценты.
11. Многоводие.
12. Гипоксия плода.
13. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода.

При выявлении этих факторов риска сестра планирует проведение дородовых патронажей сестры и врача в декларированные сроки и проведение следующих профилактических мероприятий: 1. Прогнозирование и профилактику гипогалактики. 2. Прогнозирование риска заболевания. 3. Рациональное питание. 4. Наблюдение у акушера-гинеколога и терапевта. 5. Проведение комплекса профилактики гипоксии в 34–35 и 38–39 недель.

В постнатальный период для отнесения ребенка к этой группе риска служат следующие факторы: 1. Затяжные или стремительные роды, слабость родовой деятельности. 2. Преждевременное отхождение вод. 3. Применение акушерских методов родовспоможения (акушерские щипцы, вакуум-экстрактор). 4. Обвитие пуповиной. 5. Преждевременная отслойка плаценты. 6. Асфиксия новорожденного. 7. Недоношенные дети. 8. Отклонения в акте сосания и глотания. 9. Наличие мышечной гипотонии. 10. Транзиторная лихорадка, рвота. 11. Повышенная сонливость или возбудимость. 12. Уровень стигмации более 5. 13. Стойкая желтуха. 14. Крупный плод. 15. Переношенность.

При отнесении родившегося ребенка к этой группе риска, сестра намечает план сотрудничества с другими специалистами: осмотр педиатра в декларированные сроки. Невропатолог – в 1, 6, 8, 12 мес. Офтальмолог, хирург, ЛОР – к году, ортопед – в 1, 4 мес.

Планирует ежемесячную подробную оценку психо-физического развития ребенка, контроль динамики размеров головки, состояния черепных швов. Транслюминацию черепа. К 3 месяцам и году необходимо провести общий анализ крови и мочи.

План профилактических мероприятий, назначаемых сестрой детям данной группы риска, будет следующим:

1. Частично свободное вскармливание, отказ от насилия в кормлении. 2. Занятия плаванием. Массаж. 3. Прием глутаминовой кислоты (1% р-р) в 1 мес. — 0,5 ч. л. — 3 раза в день в течение 2 нед., повторный курс — в 6 мес. по 1 ч. л. — 3 раза в день в течение 30 дней. 4. Охранительный режим. 5. Психотерапия кормящей матери. 6. Борьба с аэрофагией. 7. При заболеваниях — борьба с гипертермией, гипоксией. 8. При повышенной нервно-мышечной возбудимости — дозированное щелочное питье в виде дегазированного боржоми (1 ч. л. на кг массы в сутки). 9. Для профилактики судорожного синдрома — успокоительный сбор из хвоща, мяты, валерианы, пустырника.

Контроль за состоянием здоровья и профилактика его отклонений у детей с риском на заболевания: анемия, рахит, дистрофия (группа риска 3) также начинается в антенатальный период. Факторами риска являются: 1. Экстрагенитальная патология матери (гипертоническая болезнь, пороки сердца, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, ожирение, анемия). 2. Гипотрофия плода. 3. Нерациональное питание беременной. 4. Выраженный токсикоз. 5. Роды от 4 и более беременностей: период времени между предыдущими родами и наступлением настоящей беременности — 1 год и менее. 6. Возраст матери старше 30 лет.

При выявлении этих факторов риска сестра должна запланировать родовые патронажи в декларированные сроки, наметить УЗИ плода в 12 и 24 нед., в дальнейшем — по показаниям.

Профилактические мероприятия, проводимые сестрой в антенатальный период, будут следующими: 1. Прогнозирование гипогалактии, риска заболевания. 2. С 14–16 нед. — курс витаминно-кислородных коктейлей. На 10 день — липсовая кислота или липамид по 0,025 г — 3 раза в день, пантотенат кальция по 0,1–0,2 г — 3 раза в день, витамин В₁ или кокарбоксилаза в дозе 100–150 мг. Такой же курс повторяется в 24–26 нед. беременности. При уровне гемоглобина менее 120 г/л в 32 нед. назначается 3 курс профилактического лечения, у женщин с аллергической настроенностью вит В₁ из комплекса исключается. 3. Рациональное питание. 4. Достаточное пребывание на воздухе. 5. Женщинам не старше 30 лет вит Д в дозе 400–500 МЕ в сутки в течение 2 последних месяцев беременности или УФО 15–20 сеансов.

В постнатальный период факторы риска следующие: 1. Недоношенные дети. 2. Дети из двоен. 3. Крупные плоды. 4. Раннее искусственное вскармливание. 5. Дети, получившие противосудорожные препараты. 6. Высокий темп физического развития. 7. Эндокринопатии. 8. Инфекционно-воспалительные заболевания. 9. Дети с неустойчивым стулом.

План совместной работы сестры с другими специалистами у детей данной группы риска не имеет своих особенностей.

Общий анализ крови контролируется в 3, 6, 9 и 12 мес. Расчет калорийности проводится 1 раз в месяц, одновременно проводится и коррекция питания.

В план проведения профилактики должны быть включены следующие мероприятия:

1. Прогнозирование и профилактика гипогалактии.
2. Массаж, гимнастика, закаливание.
3. Рациональное вскармливание, сбалансированное по основным пищевым ингредиентам.
4. На первом месяце жизни в течение 10 дней: липоевая кислота 0,003–0,006, пантотенат кальция 0,02, вит В₁ – 0,002–0,003 – 2 раза в день.
5. С 1–1,5 мес. в течение 1–2 мес.: вит С – 0,03, тиамин 0,001, рибофлавин – 0,001, пиридоксин – 0,001, маслянный раствор эргокальциферола 500 МЕ. Препараты железа после 6 мес. при уровне гемоглобина меньше 120 г/л в дозе 6–8 мг/кг, лучше ферроплекс, феррацетон.

6. Ежемесячный контроль нервно-психического развития.

В 4 группу риска включаются дети с риском гнойно-септической инфекции.

При сборе анамнеза на этапе обследования сестра может выявить следующие факторы риска, являющиеся основанием для отнесения ребенка к этой группе уже в антенатальный период:

1. Хроническая экстрагенитальная патология матери (бронхит, пиелонефрит, холецистит, колит, гастрит и др.).
2. Хроническая генитальная патология.
3. Перенесенная краснуха, токсоплазмоз, цитомегалия.
4. ОРВИ и бактериальные заболевания, перенесенные в конце беременности и в родах.
5. Длительный безводный период.

Проведение дородовых патронажей при выявленных факторах риска – в декретированные сроки.

Профилактические мероприятия сестры в антенатальный период будут состоять из: 1. Прогнозирования гипогалактии и риска возможной патологии. 2. Санитарно-просветительной работы о санитарно-гигиеническом режиме, профилактике и своевременном лечении простудных заболеваний и обострений хронической патологии.

В постнатальный период критериями для отнесения ребенка к этой группе риска будут: 1. Гнойниковые заболевания у матери. 2. Мастит у матери. 3. Инфекционные заболевания в семье.

При выявлении этих факторов риска сестра намечает следующий план обследования ребенка: 1. Осмотр педиатра до 10 дня жизни ежедневно. 2. Осмотр сестры до 14 дня ежедневно, затем 2 раза в неделю. 3. Осмотр хирурга в 1 мес. 4. Обратит внимание на отделяемое из пупка, кожные покровы, наличие жидкого стула (дисбактериоз), активность сосания, громкость крика, прибавку в весе, срыгивания, геморрагический синдром, неврологический статус. 5. Измерение температуры тела 3 раза в день до 1 мес. 6. Анализ крови в 1, 2, 6, 12 мес. и при интеркуррентных заболеваниях. 7. Анализ мочи в 3, 12 мес. и при заболеваниях.

После составления плана обследования и наблюдения сестра приступает к составлению плана профилактических мероприятий: 1. Соблюдение санитарно-гигиенического режима. 2. Ежедневно купать в кипяченой воде с добавлением перманганата калия до закрытия пупочной ранки. 3. Туалет пупочной ранки 4–6 раз в день. 4. Обработка молочных желез матери перед кормлением. 5. Санитарно-просветительная работа с родителями. 6. Кипячение и проглаживание белья. 7. Борьба с запорами. 8. Естественное вскармливание. 9. Бифидум-бактерин по 2,5 дозы 1–2 раза в день в течение первых 2 нед. жизни. 10. При ОРВИ с выраженным токсикозом — назначение антибиотиков. 11. Срочная госпитализация при изменении состояния и любых кожных высыпаниях воспалительного характера. План работы с этой группой риска сестра составляет на 1 год.

Следующая группа объединяет детей с риском развития врожденных пороков органов и систем (5 группа). В антенатальный период при проведении дородового патронажа сестра выделяет следующие факторы риска:

1. Кровно-родственный брак. 2. Наличие хромосомных перестроек у одного из супругов. 3. Наличие врожденных пороков у супругов или их родственников. 4. Возраст матери старше 30 лет и отца старше 40 лет. 5. Профессиональные вредности у матери и отца. 6. Предшествующее рождение детей с врожденными пороками. 7. Многократная угроза прерывания беременности. 8. Сахарный диабет у беременной. 9. Злоупотребление алкоголем родителей. 10. Инфекционные заболевания беременной в первые 12 нед., действие ионизирующего излучения на этих сроках. 11. Прием лекарственных препаратов в первые 12 нед. 12. Токсикоз первой половины беременности. 13. Многоводие, остро развивающееся. 14. Тазовое предлежание плода в сочетании с многоводием и задержкой внутриутробного развития. 15. Перенесенная краснуха в первые 12 нед. 16. Самопроизвольные аборты в анамнезе.

В плане обследования женщины в этот период сестра, кроме осмотра педиатра и сестры в декретированные сроки, вносит консультацию генетика при взятии женщины на учет по беременности и намечает проведение УЗИ плода до 12 нед. и в 20–24 нед. План проведения профилактических мероприятий антенатального периода предусматривает широкое ведение санитарно-просветительной работы.

В постнатальный период при проведении сестринского обследования ребенка могут выявиться следующие факторы риска по развитию врожденных пороков органов и систем: 1. Уровень стигмации более 5. 2. Недоношенные дети. 3. Дети из двоен. 4. Крупные плоды. 5. Раннее искусственное вскармливание. 6. Дети, получавшие противосудорожные препараты. 7. Высокий темп физического развития. 8. Эндокринопатии. 9. Дети с неустойчивым стулом. 10. Инфекционно-воспалительные заболевания.

В случае выявления факторов риска и включения ребенка в эту группу наблюдения, сестра составляет следующий план работы специалистов: 1. Осмотр сестры и педиатра – в декретированные сроки. 2. Невропатолог – 1, 6, 12 мес. 3. Ортопед – в 1 мес., 1 год. 4. Окулист – в 1 мес., 1 год. 5. Кардиолог – по показаниям. 6. Хирург, ЛОР – в 1 год. 7. Генетик – по показаниям.

После составления плана работы со специалистами, сестра составляет собственный план профилактической работы с ребенком: 1. Обследование на фенилкетонурию. 2. Собрать генеалогический анамнез. 3. Анализ крови в 3, 6, 9, 12 мес. 4. Расчет питания Б, Ж, У-калорийности – 1 раз в месяц и своевременная коррекция. 5. К году – общий анализ мочи и кала.

План профилактической работы с детьми данной группы аналогичен плану работы с детьми, относящимися к 3 группе риска.

6 группу сестра формирует для детей с риском на аллергические заболевания.

Факторами риска в антенатальный период являются: 1. Отягощенный семейный аллергологический анамнез. 2. Частые острые инфекционные заболевания и обострения хронических воспалений матери во время беременности. 3. Прием матерью во время беременности антибиотиков, сульфаниламидов, переливание крови, кровезаменителей. 4. Повторные и множественные прерывания беременности. 5. Осложненная беременность (токсикоз, угроза прерывания). 6. Злоупотребление беременной облигатными аллергенами. 7. Профессиональные вредности беременной.

Планируемая частота патронажа сестры – 2 раза, при взятии на учет и в 32 нед., педиатра – в 32 нед. Из профилактических мероприятий, проводимых сестрой в антенатальный период, следует выделить: 1. Прогнозирование гипогалактии. 2. Прогнозирование риска врожденной патологии. 3. Рекомендации по режиму дня,

закаливанию, физическому воспитанию беременной. 4. Рекомендации по питанию с исключением облигатных аллергенов, элиминации бытовых аллергенов.

В постнатальный период выделяют всего два основных фактора риска: 1. Неправильная организация питания малыша. 2. Частое применение антибактериальной и сульфаниламидной терапии.

Работу с детьми из этой группы риска сестра планирует до 3-летнего возраста. В план совместной работы вносятся следующие специалисты: педиатр — 1 раз в месяц до года, после года 1 раз в 3 мес., ЛОР-врач — 1–2 раза в год, по показаниям — чаще, стоматолог — 1 раз в год, иммунолог — в 3 мес. К году планируется осмотр специалистов: хирурга, ЛОР, невропатолога, окулиста. К 3 годам — осмотр хирурга, ЛОР, окулиста. По показаниям — осмотр аллерголога.

В плане обследований со стороны сестры намечается исследование общего анализа крови в 3 и 12 мес. для выявления эозинофилии. К году — общий анализ мочи и кала.

План профилактической работы сестры с данной группой риска включает: 1. Профилактику гипогалактии. 2. Диету матери и ребенка с исключением аллергенов. 3. Своевременную санацию очагов инфекции. 4. Массаж, гимнастику, раннее закаливание. 5. При заболеваниях — применение физио- и фитотерапии без использования лекарственных средств (по возможности).

В седьмую группу риска включаются дети из социально-неблагополучных семей. Работа с детьми этой группы ведется до достижения ими 15 лет, т. е. до перевода в терапевтическую сеть обслуживания. В группу включаются все дети из социально-неблагополучных семей (неудовлетворительные жилищные и бытовые условия, неполные и многодетные семьи, семьи с плохим психологическим климатом, с вредными привычками родителей, семьи с жестоким обращением с детьми).

Дородовые патронажи проводятся сестрой и врачом в декларированные сроки.

Профилактические мероприятия сестры в антенатальный период включают: 1. Прогнозирование гипогалактии и риска заболеваний. 2. Санитарно-просветительная работа о влиянии факторов риска на состояние здоровья ребенка, о здоровом образе жизни. 3. Привлечение к работе с семьями санитарного актива, общественных организаций, милиции.

План совместной работы специалистов на первом году жизни ребенка не имеет своих особенностей. В 1 год ребенка должны осмотреть хирург, окулист, ЛОР, невропатолог. В 3 года и 5 лет — хирург, ЛОР, окулист. С 7 лет сестра проводит еженедельное измерение артериального давления у ребенка. При работе с детьми

данной группы риска сестра должна уделять внимание признакам психической депривации, минимальной мозговой дисфункции, невротизации, ретардации психомоторного развития, патохарактерологических черт личности.

План профилактических мероприятий, проводимых с детьми данной группы, включает: 1. Контроль за вскармливанием, режимом дня, физическим развитием. 2. Профилактика рахита осуществляется сестрой на дому. 3. Санитарно-просветительная работа о здоровом образе жизни. 4. При любых заболеваниях обязательная госпитализация ребенка в стационар. 5. Внеплановые выходы в семью. 6. Внеочередное раннее устройство в ясли. 7. Обеспечение бесплатным питанием и медикаментами.

Основные синдромы в педиатрии, принципы диагностики и лечения

СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ДН).

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ДН И ОСНОВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С СИНДРОМОМ ДН

Синдром ДН — это состояние, при котором внешнее дыхание не обеспечивает нормального газового состава крови или поддерживает его ценой чрезмерных энергетических затрат.

Механизмы синдрома дыхательной недостаточности у детей при разных патологических состояниях органов дыхания достаточно разнообразны. Для их понимания следует уточнить термины:

ОБСТРУКЦИЯ — запыриание, преграда;

ОБТУРАЦИЯ — закрытие просвета полого органа с нарушением его проходимости;

РЕСТРИКЦИЯ — ограничение.

Обструкция верхних дыхательных путей сопровождается такими заболеваниями, особенно характерные для детей раннего возраста, как острый стенозирующий ларинготрахеит; травматический отек, инородное тело гортани; реже — врожденные аномалии развития (ВАР) — кисты, опухоли, врожденные стенозы гортани, трахеи, бронхов; внутриглоточные процессы.

Нарушение бронхиальной проходимости (НБП) и частный случай НБП — бронхообструктивный синдром; его этиопатогенетические формы — бронхоспазм, отек, гиперсекреция — касаются всех структур бронхов. Основные заболевания: бронхиальная астма, обструктивный бронхит, бронхиолит (НБП распространенные обратимые); муковисцидоз, пороки (НБП распространенные необратимые); ВПС (с гипертензией в малом круге); микроаспирационный синдром; томомегалия.

Нарушения вентиляционно-перфузионных отношений в легких — характерны для первичных патологических ателектазов легких, болезни гиалиновых мембран, пневмонии.

Рестрикция дыхания: с преобладанием синдрома напряжения в грудной полости (характерна для опухоли, кисты средостения, пневмоторакса, плеврита, эмфиземы, диафрагмальной грыжи) и **понижения эластичности тканей** (пневмосклероз, фиброз, гемосидероз, врожденные бронхоэктазы, легочная дисплазия, поликистоз легких).

Наиболее распространенные нозологические формы острой бронхолегочной патологии у детей встречаются со следующей частотой:

Острое респираторное заболевание — 4000 на 1000 детей (от 1 года до 3 лет);

Острая пневмония — 5–6 случаев на 1000 детей 1-го года жизни.

Острый бронхит — 60–70 случаев на 1000 детей (особенно 2-го полугодия).

Основная патология **часто болеющих детей** — это заболевания бронхо-легочной системы и ЛОР-органов.

Из затяжных и хронических бронхо-легочных заболеваний особенно высока частота **бронхиальной астмы** — до 30 на 1000 детей. Частота ее увеличилась в городах в 5–6 раз за последнее десятилетие, интенсивный поиск причин привел к выявлению факторов предрасположения — гипер- igE -ем, дисфункции лимфоцитов, недостаточность местного иммунитета, отягощенный генеалогический анамнез.

Частота **хронической пневмонии** — 0,6–1,8 на 1000 детей (в основе ее лежат ВАР легких, скрытые пороки развития, недостаточность местного иммунитета, цилиарная дискинезия).

ОСТРАЯ ОБСТРУКЦИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (КРУП)

КРУП — острое развитие **дыхательной недостаточности** вследствие сужения просвета гортани из-за патологических процессов. Синдром крупа требует экстренной помощи еще на догоспитальном этапе.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ. Острая обструкция верхних дыхательных путей является результатом острого стенозирующего ларинготрахеита, аллергического отека гортани, ларингоспазма, эпиглоттита, аспирации инородного тела. Самая частая ее причина у детей — смешанный стенозирующий ларинготрахеит вирусной, бактериальной или смешанной этиологии.

Основными звеньями патогенеза крупа являются отек слизистой оболочки, рефлекторный спазм и закрытие просвета гортани патологическим секретом или инородным телом. Чаще всего круп развивается у детей раннего возраста вследствие особенностей строе-

ния гортани (узость подвязочного пространства), быстрого развития отека слизистой оболочки, склонности к ларингоспазму и вазосекреторным нарушениям.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА складывается из инспираторного стридора (слышный на расстоянии шумный вдох), грубого лающего кашля, дисфонии. Тяжесть состояния определяется степенью стеноза гортани.

I степень (стадия компенсации): на фоне клинических симптомов ларингита при ОРВИ (грубый кашель, осиплость голоса) появляются затруднения вдоха (инспираторный стридор), втяжение яремной впадины при форсированном дыхании, физической нагрузке без явных признаков дыхательной недостаточности.

II степень (стадия неполной компенсации). Появляется шумное дыхание с втяжением «податливых» мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа, цианозом вокруг рта, общим возбуждением.

III степень (стадия декомпенсации). Больной беспокоен, агрессивен. Выражены бледность, холодный пот, акроцианоз, инспираторный стридор с участием вспомогательной мускулатуры, тахикардия, глухость сердечных тонов, артериальная гипотония.

IV степень (терминальная стадия, асфиксия). Сознание ребенка угнетено. Дыхание поверхностное, стридор уже не выражен. Сероватая бледность, цианоз кожи. Тоны сердца глухие, пульс нитевидный. Возможны судороги.

Изменения в гортани могут носить отечный, инфильтративный или фибринозно-некротический характер.

Только по клинической картине не всегда возможно отличить круп инфекционной природы от аллергического отека гортани. Однако при последнем в анамнезе ребенка нередко содержатся указания на имевшие место ранее аллергические проявления в виде атопического дерматита, крапивницы, отека Квинке и др.

ЛЕЧЕНИЕ. Все дети с признаками стеноза гортани любой степени подлежат обязательной госпитализации для проведения лечебных мероприятий, способных восстановить адекватную вентиляцию. Однако лечение такого больного следует начинать уже на догоспитальном этапе. Задачей первой помощи при крупе является восстановление проходимости дыхательных путей. Наряду с этиотропным и симптоматическим лечением ОРВИ, при I степени стеноза гортани после ликвидации лихорадки эффективные средства — горячая ванна с температурой воды 39–40°C (общая и только для рук и ног), горячий компресс на область гортани. Для успешного удаления мокроты из дыхательных путей необходимо поместить ребенка в помещение с повышенной влажностью воздуха (эффект «тропической атмосферы»), провести паровые содовые ингаляции (1 чайная ложка соды на стакан горячей воды), дать теплое

щелочное питье (молоко с 2% раствором соды или боржоми), отхаркивающие микстуры, попытаться вызвать кашлевый рефлекс надавливанием шпателем на корень языка.

Для снятия отека слизистой оболочки и устранения спазма гортани, наряду с **анемизирующими** препаратами местного действия (интранзально — нафтизин, глазолин, ксимелин, тизин, отрикин, внутриносовая блокада 5% раствором новокаина), внутрь или парентерально вводят **эуфиллин** (4–5 мг/кг/сут. и более), аскорбиновую кислоту (300–500 мг), антигистаминные препараты (супрастин, димедрол, дипразин, тавегил, фенкарол, кларитин, гисманал и др. по 2/3 мг/кг/сут.).

Эффективными могут быть ингаляции смесью 5% раствора эфедрина (0,5 мл), суспензии гидрокортизона (12,5–25 мг), 1% раствора димедрола (0,5 мл) и 0,5% раствора соды (3–4 мл).

При стенозе II степени следует использовать также внутримышечное или внутривенное введение стероидных гормонов (2–3 мг/кг), лазикса (1–3 мг/кг).

Стеноз III–IV степени является показанием для проведения назотрахеальной интубации. При невозможности проведения последней показано наложение трахеостомы.

Воспалительный характер стеноза гортани требует назначения антибактериальной терапии.

Наряду с проведением энергичного симптоматического лечения крупа, необходимо использовать различные диагностические методы (прямая ларингоскопия, трахеобронхоскопия и др.) для верификации причин развития стеноза.

Прогноз благоприятен при своевременном начатом и последовательном лечении. Нелеченный стеноз IV стадии, иногда расцениваемый родителями или неопытным врачом как улучшение состояния, заканчивается, как правило, летально.

СИНДРОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ (СБО)

СБО — сравнительно новое понятие в детской пульмонологии. Терминологически применяется как самостоятельный синдром (бронхообструктивный синдром при различных заболеваниях), а также применительно к бронхиту, пневмонии, ОРВИ (пневмония, ОРВИ с обструктивным синдромом); при этом бронхит преобразуется в «обструктивный бронхит». Чаще всего СБО осложняет у детей раннего возраста течение острого бронхита.

Бронхообструктивный синдром — это частный случай более широкого понятия — **нарушения бронхиальной проходимости**. Нарушение бронхиальной проходимости (НБП) — такое состояние бронхов и легочной ткани, которое нарушает **легочную вентиляцию** и затрудняет отток **бронхиального секрета**. Значение НБП для патоло-

гии органов дыхания сопоставимо со значением нарушения уродинамики для заболеваний органов мочевого выделения и с нарушением пассажа желчи для заболеваний билиарной системы и печени.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НБП:

- бронхоспазм;
- отек слизистой бронхов;
- гиперсекреция бронхиальной слизи (бокаловидными клетками-железами);
- нарушение цилиарного (реснитчатого) аппарата респираторного эпителия («мукоцилиарного клиренса»);
- дискинезия бронхов;
- сдавливание бронха снаружи;
- обтурация бронхов изнутри;
- их деформация.

Эти факторы варьируют по продолжительности во времени, по протяженности, степени устранимости. Таким образом, СБО — это НБП распространенного и обратимого характера. Его патофизиологические процессы сходны с таковыми при бронхиальной астме: бронхоспазм, отек и гиперсекреция.

Бронхообструктивные состояния могут быть при наследственных заболеваниях (например, муковисцидозе), микроаспирационном синдроме (регургитация и аспирация малых доз жидкой пищи), при заболеваниях гортани и глотки, внутригрудных опухолевидных образований (например, тимомегалии).

Распространенность СБО при ОРВИ — 10–40% (25%), у детей первых месяцев жизни — в 20%.

Если бронхообструктивные состояния развиваются при ОРВИ — их обозначают терминами «обструктивный бронхит» и «бронхиолит».

Обструктивный бронхит развивается, как правило, при поражении мелких бронхов — в отличие от простых бронхитов, когда поражаются крупные бронхиальные ветви, и НБП не развивается.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИТА (ПРОСТОГО)

Острый бронхит клинически характеризуется кашлем с отделением мокроты («продуктивный» кашель), морфологически — острым диффузным воспалением слизистой оболочки бронхов с повышенной бронхиальной секрецией.

В классическом варианте, когда причиной острого бронхита является вирусная инфекция, ее симптомы (катаральный и интоксикационный) предшествуют острому воспалению бронхов. Самым частым симптомом острого бронхита является кашель. Вначале он сухой, надсадный. При вовлечении гортани — лающий. Бесперывный кашель приводит к болевым ощущениям в нижних отделах

грудной клетки, соответственно местам прикрепления диафрагмы. Дети указывают на эту область достаточно четко. Через 2–3 дня кашель становится влажным, с отделением мокроты слизистого или слизисто-гнойного характера.

Температура тела субфебрильная; может быть недлительная гипертермия (больше 38,5–39°С).

Данные осмотра, пальпации и перкуссии грудной клетки малоинформативны: иногда болезненность в местах прикрепления диафрагмы к межреберьям; при обструктивных формах бронхита – коробочный или тимпанический оттенок перкуторного звука. Аускультативные данные богаче: жесткое дыхание, сухие рессеянные хрипы, тембр которых тем выше, чем ниже уровень поражения бронхов. При скоплении в просвете бронхов относительно жидкого секрета выслушиваются влажные, обычно мелкопузырчатые хрипы. Рассеянный (нелокализованный) характер хрипов и их изменчивость после каждого кашлевого эпизода – отличительные аускультативные признаки острого бронхита от бронхопневмонии у детей. Меньшая звучность и исчезновение влажных мелкопузырчатых хрипов после энергичного покашливания, непостоянность их локализации позволяют исключить острую бронхопневмонию.

ДИАГНОСТИКА острого бронхита складывается из перечисленных клинических симптомов, а также по результатам рентгенологического исследования легких (только расширение и нечеткость рисунка корней легких) и лабораторных анализов крови (воспалительные сдвиги средней выраженности).

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ: длительность заболевания при среднетяжелой форме не превышает 2–3 нед., при легкой – 1–1,5 нед. Но для детей раннего возраста характерно волнообразное течение острого бронхита, с возобновлением кашля, интоксикации. Выздоровление может затянуться до месяца и более. Затяжное течение острого бронхита может продолжаться до года. Этому способствуют особенности преморбидного состояния ребенка: аномалии конституции, среднетяжелая и тяжелая формы рахита, гипотрофии, анемии, перинатальной энцефаломиелопатии, замедленное постнатальное созревание легочной паренхимы и др.

Каждому ребенку с затяжным течением острого бронхита необходимо проведение рентгенографии в двух проекциях, для исключения пневмонии, врожденных аномалий развития органов грудной клетки. Необходимо также лабораторное обследование по полной программе (фаза и активность воспалительного процесса, КОС крови, иммунограмма, анализ мочи и др.).

Показания к госпитализации: дети первого года жизни со среднетяжелой формой острого бронхита; дети любого возраста с тяже-

лыми формами острого бронхита, с обструктивным бронхитом и бронхиолитом.

Лечение острого бронхита (простого) в домашних условиях включает:

1. В случае острого небактериального бронхита (ребенок не выделяет гнойной мокроты):

1. Постельный режим до нормализации температуры тела, с переменной положением в постели.

2. Улучшенное санитарно-гигиеническое содержание: проветривание помещения, поддержание температуры воздуха в комнате не выше 20°C, теплая сухая постель.

3. Предупреждение обструкции дыхательных путей: положение с приподнятой головой и туловищем; постуральный дренаж для улучшения отхождения мокроты; изменение положения ребенка в постели для улучшения вентиляции и кровотока в легких; перкуссионный массаж (постукиванием ребром кисти по грудной клетке), стимуляция кашлевого рефлекса. Медицинская сестра обучает этим приемам ухаживающих за ребенком родителей, проверяет правильность их выполнения.

4. Санация трахеобронхиального дерева (гиперсекреция слизи в бронхах детей грудного возраста может сохраняться 3–4 недели): отхаркивающие и разжижающие мокроту средства — настои и отвары трав — мать-и-мачеха, девясил, солодка, душица, чабрец, листья подорожника — по 0,25–0,5–1 стакану в течение дня; настоек алтея в теплом виде в возрастной ложке каждые 2 часа; щелочные минеральные воды в теплом виде; лекарственные препараты — мукалтин (препарат алтея), бромгексин (сольвин), глицирам, грудной эликсир (флавоноиды из корня солодки); микстуры с алтейным корнем и йодидами (1% раствор йодида калия), бензоатом натрия, нашатырно-анисовыми каплями (1 капля на год жизни); пертуссин.

Для подавления сухого, навязчивого «нерезультативного» кашля: глауцин (таблетки по 0,05), либексин (таблетки по 0,1), тусупрекс (таблетки по 0,01 и сироп); детям старше 5 лет — фалиминт (таблетки по 0,025 под язык).

5. Потогонные процедуры: горячие ванны (39°C 7–10 мин.), чай с малиной, достаточное питье.

6. Витамины группы В (В₁, В₆, В₁₅ — пангамат кальция), РР — никотиновая кислота, витамины А, Е, витамин С — аскорбиновая кислота.

7. Противовоспалительные средства (нестероидные противовоспалительные препараты — используется их жаропонижающий, противовоспалительный, анальгезирующий эффект: парацетамол, аспирин и др.).

II. В случае острого бактериального бронхита (ребенок выделяет гнойную мокроту): к лечению добавляются антибактериальные препараты внутрь: оспен в течение 7–10 дней, ампиокс (50–100 мг/кг/сут., 5–7 дней), макролиды (эритромицин) 20 мг/кг/сутки, 5–7 дней.

Выбор антибиотиков эмпиричен и определяется эпидемиологической ситуацией и условиями пребывания ребенка.

III. При бронхите вирусной природы вместо антибактериальных препаратов добавляют противовирусные: ремантадин детям старше 12 лет (по убывающей схеме – от 3 до 1 раза в день по 0,1 г после еды, запивая водой); противогриппозный γ -глобулин (по 2–3 дозы в течение 5–7 дней); интерферон в носовые ходы и для местного орошения слизистой оболочки гортани (по 0,6 мг *pro dosi* в течение 5–7 дней), для орошения используют также раствор ДНК-зы и РНК-зы (0,2% раствор на физиологическом растворе по 20–30 мл), йодиол, раствор Люголя;

– проводят ингаляции фитонцидов (сок чеснока и лука, – готовится *ex tempore* на физиологическом растворе, в соотношении 1:20, 1:10, 1:5).

ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ. КЛИНИКА, ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СБО

Клиническая картина СБО зависит от уровня патологического процесса в бронхах и выраженности бронхоспазма. Она складывается из кашля, экспираторной одышки, вентиляционной эмфиземы.

Чем дистальнее в бронхиальном дереве располагается обструкция – тем тяжелее вентиляционные и газообменные нарушения.

Выраженность кашля зависит от степени поражения, наряду с мелкими, бронхов крупного калибра и (или) трахеи – в этом случае кашель значителен. Вначале кашель сухой, затем преобразуется во влажный.

Экспираторная одышка, с жестким дыханием, удлиненным выдохом – связана с сужением мелких бронхов и увеличением сопротивления дыхательных путей движению в них воздуха.

По мере развития гиперсекреции в просвете бронхов накапливается бронхиальный секрет, а в условиях одышки и гипертермии он подсыхает, придавая дыханию звуки сухих жужжащих и свистящих хрипов.

Если значительно выражен бронхоспазм, – аускультативные данные могут быть более разнообразными и лабильными, т. к. тонус бронхиальной мускулатуры неравномерен в разных отделах, характерна «пестрая» и непостоянная в течение дня физикальная картина.

Наличие экспираторного препятствия (спадения мелких бронхиальных ветвей) ведет к повышению внутригрудного давления и

вентиляционной эмфиземе. Это проявляется повышением объема легких, увеличением грудной клетки в передне-заднем размере («состояние вдоха»), корочным оттенком перкуторного звука.

Дыхательная недостаточность вентиляционного характера (при распространенном НБП) проявляется цианозом — локальным, а в тяжелых случаях — общим.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА обструктивного бронхита дополняется инфекционным токсикозом с повышением температуры тела, ухудшением самочувствия и состояния (характерен для гриппа, аденовирусной инфекции). В то же время RS-вирус и вирус парагриппа малотоксигенны.

Изменения в периферической крови соответствуют вирусному характеру инфекции.

ТЕЧЕНИЕ заболевания, как правило, 5–10 дней, но могут быть рецидивы.

Особенно тяжело протекает **бронхиолит** (в старой терминологии «капиллярный бронхит»). НБП возникает в самом терминальном отделе бронхиального дерева, носит распространенный характер; вентиляция альвеол нарушена на значительном протяжении. Развивается тяжелая гипоксемия, **дыхательная недостаточность**. **Выражены все признаки бронхообструктивного синдрома**, кроме компонента «бронхоспазм» — из-за недостаточной развитости бронхиальной мускулатуры в терминальных отделах бронхиального дерева. Зато **отек и гиперсекреция** — ведущие механизмы НБП. Поэтому бронхообструктивный синдром более стоек, трудноустраним, менее подвержен волнообразному течению.

Характерна выраженная одышка, мучительный кашель со скудной мокротой, боли в грудной клетке, акроцианоз, фиксированность грудной клетки в положении глубокого вдоха с приподнятым плечевым поясом, ригидность ее при пальпации. Перкуссия выявляет тимпанический звук над всей поверхностью легких, аускультация — ослабленное везикулярное дыхание, незвучные мелкопузырчатые хрипы, напоминающие крепитацию. Эти хрипы связаны с преобладанием отека и гиперсекреции, выслушиваются равномерно на всем протяжении легких, устойчивы в течение 1–2 недель.

Рентгенологически выявляется картина острой вентиляционной эмфиземы: удлинение легочных полей, реже их «уширение»; низкое стояние уплощенных куполов диафрагмы (диафрагма с обеих сторон, как двускатная крыша); контур срединной тени в нижней своей части с обеих сторон прослеживается на большем протяжении, чем в норме: сердце как бы «подвешено» над диафрагмой.

Лечение бронхообструктивного синдрома — это устранение бронхоспазма, отека и гиперсекреции.

1. Для устранения бронхоспазма применяют:

— **бронхоспазмолитики**: β_2 — адреномиметики прямого действия (сальбутамол, орципреналин, беротек), адреномиметики непрямого действия (эфедрин): М-холинолитики (атропин, ипратропиума бромид), холиноблокаторы (солутан, атровент, бронхолитин). Они требуют ингаляционного введения, и для детей первых месяцев жизни неприменимы, т. к. нужны спейсеры (устройства, позволяющие применять дозированные аэрозоли без синхронизации введения с вдохом ребенка);

— универсальный миолитик — **эуфиллин** — стал широко применяться и для маленьких детей, эффективен и относительно безопасен при недлительном применении: внутрь, внутривенно, внутримышечно, ингаляционно, в свечах. Стартовая доза 7–9 мг/кг/в сут. При даче внутрь суточная доза делится на 4–6 приемов. Показано ступенчатое повышение суточной дозы на 1,5–2 мг/кг/в сутки до достижения клинического эффекта. Если курс лечения эуфиллином более 10–14 дней, отмену препарата следует проводить ступенчато, по 1,5–2 мг/кг/в сутки;

— кроме лекарственных средств, проводят приемы ЛФК, массаж грудной клетки, дыхательную гимнастику (у маленьких детей — рефлекторную), эффективна **отвлекающая терапия**: горячие ручные и ножные ванны;

— для уменьшения гиперреактивности бронхиального дерева у детей с синдромом нервно-рефлекторной гипервозбудимости подключают седативную терапию, она ослабляет и склонность к бронхоспазму.

2. Для устранения отека слизистой оболочки бронхов:

— наиболее мощное противоотечное и противовоспалительное действие у **глюкокортикоидов**, назначаемых коротким курсом (7–10 дней) парентерально, по 1–1,5 мг/кг/в сутки (по преднизолону) в 2 приема. Особенно показаны при бронхиолите;

— мочегонные — лазикс (фуросемид), в сочетании с умеренной инфузионной терапией (30–50 мл/кг/в сутки) 5% раствора глюкозы;

— антибиотики — не показаны при неосложненном течении обструктивного бронхита. Если произошла бактериальная суперинфекция (продолгация повышения температуры или ее повторные подъемы, с воспалительными изменениями в периферической крови), или ослабление эффекта от бронхоспазмолитиков — антибиотики показаны, для снятия отека слизистой оболочки бронхов вследствие бактериального воспаления. В госпитальных условиях назначают антибиотики резерва, на 5–7 дней.

3. Устранение гиперсекреции бронхов:

— **муко- и -секретолитики**, как патентованные, так и официальные: при обструктивном бронхите — солутан, бронхолитин, солевые растворы в ингаляциях (1,5–2% NaHCO_3 или NaCl);

— при бронхиолите могут быть назначены ацетилцистеин, амброксал, ласольван. Это мощные муколитики, не увеличивающие объема мокроты.

Применение муко- и секретолитиков у маленьких детей должно сочетаться с ЛФК — приемами постурального дренажа, вибрационного массажа грудной клетки;

— фитотерапия — традиционный метод лечения при гиперпродукции бронхиального секрета, но у детей первых месяцев жизни она должна применяться с осторожностью (возможны аллергические реакции, расстройство стула, рвота).

Дифференцированный подход к лечению:

— при **обструктивном бронхите** — начинать с понижения возбуждения (возникающего из-за чувства удушья, недостатка воздуха): теплая ванна (37,5°C), седативные препараты (кроме нейролептиков); с самого начала БОС преобладает бронхоспазм, поэтому показаны бронхоспазмолитики; на 2–3 день — присоединяют средства борьбы с отеком и гиперсекрецией;

— при **бронхиолите** — начинать с противоотечных и улучшающих реологические свойства бронхиального секрета (т. е. КС и АЦЦ); часто нужны антибиотики;

— при **рецидивирующем течении обструктивного бронхита** — показан задитен, кетотифен (мембранотропные препараты, ингибирующие выход БАВ, возможный как вследствие иммунологического (аллергического), так и либераторного механизма. Курс — 3–6 месяцев. по 0,0005 г × 2 раза в день.

Прогноз. После выздоровления от острого бронхита у ребенка может длительно, до 1–2 месяцев, сохраняться гиперактивность бронхов, с возобновлением кашля и затруднениями выдоха на улице, при вдыхании запахов и др.

Критерии хронизации острого бронхита у детей: продуктивный кашель в течение 3-х месяцев в году на протяжении 2 лет.

Возможна эволюция рецидивирующего обструктивного бронхита в бронхиальную астму.

Оба заболевания имеют общую патофизиологическую характеристику (бронхоспазм, отек, гиперсекреция). Но:

— бронхиальная астма — это приступ, а обструктивный бронхит — пролонгированное состояние;

— различны пусковые механизмы: аллергический — при бронхиальной астме; инфекционный, дибераторный, ирритативный — при обструктивном бронхите;

— различен возраст, к которому привержены эти заболевания: обструктивный бронхит и рецидивирующий обструктивный бронхит — «удел» детей первого года жизни и детей раннего возраста (им присуща повышенная реактивность, в частности бронхов — не

только в виде повышенной склонности к бронхоспазму, но и быстрому развитию гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов).

Все же обструктивный бронхит заставляет отнести ребенка к группе высокого риска по бронхиальной астме. Степень риска увеличивается, если отягощен аллергический анамнез — наличие родственников, страдающих аллергическими заболеваниями; аллергические реакции на пищу, лекарства.

Естественное вскармливание, создание гипоаллергенного окружения ребенка, понижение медикаментозной нагрузки — профилактика неблагоприятной эволюции рецидивирующего обструктивного бронхита в бронхиальную астму.

ОРГАНИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СБО

При выраженных нарушениях трахеобронхиальной проходимости в стационарных условиях проводится:

— катетеризация дыхательных путей с последующей аспирацией содержимого электро- или вакуумным насосом. Катетер в ротовую и носовую часть глотки вводится под контролем ларингоскопа; перед аспирацией в течение нескольких минут проводят ингаляцию чистым кислородом. Продолжительность катетеризации дыхательных путей не более 15 секунд. Катетеры и растворы для промывания должны быть стерильными; размеры катетера должны соответствовать возрасту ребенка, дистальный конец катетера — гладкий и закрепленный;

— наиболее эффективный метод санации трахеобронхиального дерева — бронхоскопия;

— аэрозольная терапия: введение в дыхательную систему аэрозольных форм лекарственных препаратов, обладающих муколитическими и бронхолитическими свойствами, противовоспалительных препаратов и средств, улучшающих регенерацию трахеобронхиального дерева; среди этих средств — ингаляции **ацетилицитина** (мукомиста) по 5 мл 2–3 раза в день по 10–15 мин; **химопенна** в дозе 5–10 мг на 1 процедуру (развести в 2,5 мл изотонического раствора хлорида натрия), дезоксирибонуклеазы в разовой дозе 2 мг в 1 мл растворителя;

— ингаляции кислородно-воздушной смеси, пропущенной через сосуд с кипящей водой, в котором заваривают ромашку, шалфей, чабрец, эвкалиптовый лист. Такая ингаляция эффективно разжижает мокроту, оказывает бактерицидный эффект, уменьшает спазм бронхов.

Важна **оксигено- и аэротерапия**: проветривание палат, сон больных детей в конверте на свежем воздухе, подача кислородно-воздушной смеси через носовой катетер, который закрепляют у входа в нос (при этом обеспечивается обогащение вдыхаемого ребенком воздуха кислородом на 25%) или через назофарингеальный катетер,

введенный в носовой ход так, что конец его находится на уровне язычка. Увлажненная и подогретая кислородно-воздушная смесь может подаваться непрерывно в течение 6 часов и более, с повторениями.

Помогают также **тепловые методы физиотерапии.**

СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННЫХ НАРУШЕНИЯХ В ЛЕГКИХ

Патологические процессы в респираторных отделах паренхимы и интерстициальной ткани легких приводят к ухудшению газообмена и легочного кровообращения. Развивается нарушение перфузионно-вентиляционных отношений в легких, к которым часто присоединяется рестрикция дыхания — как в связи с повышением напряжения в грудной полости, так и в связи с понижением эластичности тканей.

Клинически синдром вентиляционно-перфузионных нарушений характеризуется **одышкой**, истощающей дыхательные мышцы и организм в целом.

Клинические признаки одышки:

- тахипноэ, чрезмерные дыхательные усилия с участием не только дыхательной, но и вспомогательной мускулатуры (напряжение и раздувание крыльев носа, втяжение межреберий, западение мечевидного отростка грудины, открывание рта и сгибание головы в такт дыханию), изменение формы грудной клетки (вздутие, деформации);
- аритмичное дыхание (диспноэ) вплоть до патологических типов дыхания при прогрессировании дыхательной недостаточности (ДН) (периодическое, парадоксальное и др.).

У детей в возрасте до 2-х лет наиболее частыми причинами такой ДН являются **бронхопневмонии.**

ДН преимущественно вентиляционного типа протекает с выраженной гипоксемией и гиперкапнией, ДН преимущественно диффузионно-распределительного типа — с гипоксемией без гиперкапнии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГИПОКСЕМИИ характерны для начальной фазы ДН: повышенная возбудимость ЦНС, беспокойство ребенка, серовато-бледные холодные кожные покровы, цианоз носогубного треугольника. Прогрессирование гипоксемии приводит к гипоксии, последняя — к общему цианозу. АД вначале повышается, а затем падает, возникает тахикардия, сознание угнетается, развивается гипоксическая кома, арефлексия, судороги, агональное дыхание, остановка дыхания и сердечной деятельности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГИПЕРКАПНИИ: повышенное АД, учащение пульса, теплая и влажная кожа, усиление секреции слизистых оболочек (бронхоррея), нарастающее угнетение сознания за счет «СО₂-наркоза», арефлексия, цианоз, расстройство кровообращения, шок, остановка сердца.

Кроме того, при ДН обоих типов компенсаторно учащается дыхание, появляются чрезмерные дыхательные усилия (одышка). Угнетение дыхательного центра может сопровождаться нарушением ритма дыхания (паузы, брадипноэ, дыхание типа Чейн-Стокса и Биота), а декомпенсированный ацидоз со снижением РН до 7,2 вызывает дыхание Куссмауля. С учетом этих данных, у детей выделяют **четыре степени ДН** — по тяжести и клинической компенсации (декомпенсации) внешнего дыхания и гемодинамики:

I — гипоксемия клинически компенсирована умеренной гипервентиляцией; в покое нет расстройств гемодинамики (цианоза) и акта дыхания (одышки). При физической нагрузке появляется одышка без участия вспомогательной мускулатуры и локальный цианоз, исчезающий при вдыхании 40–50% кислородно-воздушной смеси. Артериальное давление нормальное или повышено. Тахикардия. Отношение ЧД к ЧСС=1:2,5.

II — умеренная гипоксемия без гиперкапнии. Одышка в покое с участием вспомогательной мускулатуры (дыхание учащенное, шумное и углубленное, порой стридорозное, втяжение податливых участков грудной клетки, яремной ямки, раздувание крыльев носа). Цианоз выражен постоянно (pO_2 снижается до 60–79 мм рт. ст., насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови — до 85–93%), не исчезает при вдыхании 40–50% кислородно-воздушной смеси, уменьшается в кислородной палатке. Соотношение ЧД к ЧСС=1:1,5–2. Ребенок беспокоен, возбужден. АД повышено, тахикардия.

III — выраженные признаки декомпенсации дыхания и гемодинамики: резкое усиление работы дыхательной мускулатуры не предупреждает развитие гипоксемии (pO_2 снижается до 40–50 мм рт. ст.), гиперкапнии (pCO_2 повышается до 70 мм рт. ст. и выше), метаболически-респираторного ацидоза. Ребенок возбужден или заторможен, сонлив. Дыхание шумное, частое, аритмичное. Соотношение ЧД к ЧСС=1:1,5. Кожа серо-цианотична, цианоз слизистых оболочек. Мышечный тонус снижен, АД снижено.

IV — гипоксемическая кома: резкое ослабление дыхания или появление периодического, аритмичного поверхностного дыхания типа Чейн-Стокса, Биота. Сознание отсутствует, зрачки расширены, могут быть судороги. Общий цианоз (acroцианоз), набухание шейных вен; АД резко падает, в крови низкие показатели pO_2 , очень высокие — pCO_2 .

ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ. Это острый воспалительный процесс в легких, вызванный неспецифической патогенной (или условно патогенной) микрофлорой с прорывом иммунных механизмов защиты, сопровождающийся поражением респираторных отделов паренхимы и интерстициальной ткани с обязательным накоплением в альвеолах экссудата, содержащего нейтрофилы.

Возбудители (вирусы и бактерии) проникают в легочную ткань наиболее часто аэробронхогенным путем (развиваются бронхопневмонии — очаговые, сливные, сегментарные, полисегментарные, крупозные), реже — гематогенным путем (со вторичным проникновением в альвеолярную ткань — при сепсисе, других инфекционных заболеваниях), еще реже — лимфогенным (из соседних органов — в основном только при ранениях грудной клетки). В классификации острой пневмонии у детей, кроме бронхопневмонии (ее морфологические варианты перечислены выше) выделяют интерстициальную (при гематогенном проникновении возбудителя в интерстициальную ткань легких, богатую клетками РЭС, с формированием воспалительного очага в межальвеолярных перегородках («сухие» пневмонии). Часто это лишь фаза пневмонии, с последующим поражением и альвеолярной ткани легких.

Наряду с тяжелыми расстройствами функций дыхательной системы, у детей при пневмонии страдают функции нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной систем, процессов обмена и гормонального гомеостаза.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ: поверхностное, учащенное неравномерное дыхание, раздувание крыльев носа, втяжение податливых мест грудной клетки, цианоз губ, носогубного треугольника, мраморность кожи.

Отмечается укорочение перкуторного звука, выслушиваются стабильные влажные и сухие хрипы. Развиваются сердечно-сосудистые расстройства — тахикардия, гипотензия, глухость сердечных тонов. Наблюдаются вялость, беспокойство, адинамия, общая гипотония, могут быть менингеальные явления, судороги, потеря сознания. Как правило, развивается токсикоэкозоз, нарушаются функции почек, печени.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ острой бронхопневмонии, позволяющие отличить ее от бронхита: большая выраженность токсического и гипертермического синдрома (гипертермия дольше 3 дней даже на фоне лечения), наличие (как правило) ДН; кашель с отсутствием (как правило) бронхообструктивного синдрома; стабильный и локальный (очаговый) характер физикальных изменений в легких — в проекции пораженных участков (чаще II, VI, VIII, IX—X бронхолегочных сегментов, т. е. задних и задненижних): постоянные крепитирующие и звучные «консонсирующие» мелкопузырчатые хрипы, не исчезающие после кашлевого эпизода, и выслушиваемые не менее нескольких дней; в сочетании с жестким дыханием, усиленной бронхофонией и укорочением перкуторного звука.

Для **подтверждения диагноза** важны данные дополнительных методов исследования: воспалительные сдвиги в общих анализах крови, диспротеинемия с увеличением «острофазных» белков вос-

паления, изменения показателей КОС крови (снижение рН, pO_2 , увеличение pCO_2 , сдвиги величин ВЕ, В, АВ), а также данные рентгенографического исследования органов грудной клетки (инфильтрация легочной ткани с нечеткими контурами).

Иногда важно провести исследование мокроты и (или) бронхиального содержимого (диагностически значимо обнаружение в 1 мл мокроты 10^5 – 10^7 микробных тел); для предварительной расшифровки этиологии пневмонии важно окрашивание мокроты по Граму.

Прогностические критерии: особенно тяжело протекают вторичные пневмонии, пневмонии с деструкцией, наличием плеврита и обширным легочным поражением (долевые, полисегментарные, сливные и тотальные).

Очаговые пневмонии дают циклическое течение с хорошей динамикой, обратным развитием в среднем за 3 недели, полным восстановлением легочной ткани (исход без склероза). **Очаговые сливные пневмонии** часто имеют осложнения (токсические в период разгара, гнойно-септические и аллергические на 2–3 неделе заболевания) и более длительное течение — до 4–5 недель.

Сегментарные пневмонии часто протекают со вторичными ателектазами, торпидно (4–6 недель), с исходом в ограниченный пневмосклероз.

Крупозная пневмония (пневмококковая) дает тяжелое циклическое течение, с осложнениями гнойно-септического характера и исходом в карнификацию; длительность ее при осложнении массивным плевритом — до 2 месяцев.

Осложнения. Наиболее частым осложнением острой бактериальной пневмонии является плеврит (серозно-фибринозный или гнойный). У каждого больного крупозной пневмонией отмечается сухой плеврит. Нагноительные процессы в легочной ткани регистрируются у 2,5–4% больных острой пневмонией детей старшего возраста, в раннем возрасте — чаще; при крупозных и крупноочаговых пневмониях — в 40–50% случаев.

При стафилококковых, реже стрептококковых и пневмококковых пневмониях возможны септические осложнения — инфекционно-токсический шок, гнойный перикардит и медиастинит, эндокардит, гнойный отит, токсические поражения печени, токсические и воспалительные поражения почек, мочевыводящих путей, суставов, слюнных желез.

При тяжелом течении крупозной пневмонии и у больных сливной пневмонией возможно развитие острой сосудистой недостаточности, функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы регистрируются у детей при всех формах пневмонии. При всех видах пневмонии могут развиваться инфекционно-аллергические миокардиты.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ.

Предпочтительнее проводить лечение детей в боксированном отделении, с привлечением к уходу за ребенком матери. Дети первых двух лет жизни и с тяжелыми, осложненными формами пневмонии госпитализируются обязательно. Дополнительно к лечебным направлениям, изложенным в отношении бронхита, обязательно назначается **этиотропная терапия** — **антибиотиками** и **гипериммунными препаратами** направленного действия.

Выбор первого курса антибиотиков диктуется эпидемиологической ситуацией: «домашним» детям хороший эффект оказывает нативный бензилпенициллин — натрий в дозе 100–150 тыс. ЕД/кг/сут.; детям из детских дошкольных учреждений — полусинтетические пенициллины в дозе 150–200 тыс. ЕД/кг/сут.; или цефалоспорины в дозе 50–100 мг/кг в сутки; детям из больничного окружения или с хроническими очагами инфекции — аминогликозиды II–IV поколения, или ампициллин (действующие на грамотрицательную микрофлору).

Антибактериальная терапия считается эффективной, если в течение 2–3 суток отмечается уменьшение явлений интоксикации. Отсутствие эффекта в течение этого срока предполагает наличие в организме воспалительного процесса, вызванного грамотрицательной флорой или ассоциацией возбудителей. В этих случаях применяется комбинация антибактериальных бактерицидных средств (пенициллин + гентамицин; клафоран + тобрамицин), либо препараты широкого спектра действия (ампиокс, фортум, амикацин и др.).

Хорошо зарекомендовал себя выбор этиотропной терапии по схеме (См. таблицу № 16. Выбор этиотропной терапии при пневмонии).

Таблица № 16

Выбор этиотропной терапии при пневмонии

Возбудитель	Препарат выбора	Препарат резерва
пневмококк	пенициллин	эритромицин
стрептококк стафилококк	оксациллин метициллин	цепорин гентамицин
палочка Фрилендера (клебсисллы)	гентамицин	тетрациклин (в старшем возрасте)
кишечная Палочка	ампициллин	гентамицин
микоплазма	эритромицин или линкомицин	рулид
палочка легионеллы	эритромицин	рифампицин

Эмпирическая терапия внутрибольничных пневмоний должна быть направлена против аэробных грамотрицательных бактерий (в том числе *Pseudomonas aeruginosa*) и включать комбинацию препаратов цефалоспориновой группы (цефотаксим, клафоран или лонгасеф, фортум, нетромицин) и группы аминогликозидов. (См. таблицу № 17. Конкретные схемы проведения антибиотикотерапии детям).

Таблица № 17

Конкретные схемы проведения антибиотикотерапии детям

Антибиотик, доза (сут.)	Способ введения, кратность, курс	Возможный побочный эффект
ГРУППА ПЕНИЦИЛЛИНОВ Бензилпенициллин-Na 50-100000 ЕД/кг массы детям до года. 50000 ЕД/кг детям старше года	в/м, п/к, в/в 3-4-6 раз в день	Аллергические реакции, при больших дозах - повышенная возбудимость, угнетение ГАМК)
Метициллина Na 100-150 мг/кг	в/м, 3-4-6 раз в день	Возможны аллергические реакции
Оксациллина Na внутрь (только при легком течении) 200 мг/кг, до 2-х лет 1 г/сутки, в 2-6 лет 2 г/сутки; в/м, в/в - от 40 до 100 мг/кг	в/м, в/в и внутрь (так как сохраняет актив- ность в кислой среде) 7-10 дней	Возможны аллергические реакции
Диклоксациллина-Na 20-40-80 мг/кг (соответ- ственно недоношенным - новорожденным - детям до 1 года)	в/м, в/в, внутрь 4 раза в день (внутрь - за час до еды или через 2 часа после еды)	
Ампициллин внутрь - 100 мг/кг; в/м - 100-75-50 мг/кг (соответ- ственно новорожденным - детям до 1 года - до 4 лет)	в/м, внутрь, внутри- плеврально; 5-10 дней	Аллергические реак- ции. Дизбактериоз (при приеме внутрь)
Ампиокс 100-200 мг/кг-100 мг/кг (соответственно детям до 1 года - до 3 лет)	в/м, в/в, внутрь 3-4 раза в день от 5-7 дней до 14 дней	Аллергические реак- ции, дизбактериоз (при приеме внутрь)
Карбенциллина Na в/м 50-100 мг/кг в/в 250-400 мг/кг	в/м, в/в 4 раза в сутки	Аллергические реак- ции, снижение агре- гации тромбоцитов с геморрагическим син- дромом

Антибиотик, доза (сут.)	Способ введения, кратность, курс	Возможный побочный эффект
II. ГРУППА цефалоспоринов Цефалоридин (цепорин) 40–100 мг/кг	в/в капельно, в/м, 2–4 раза в день, 7 дней	
Цефазолин (кефзол) 50–100 мг/кг	в/м	
Цефалексин (цепорекс) 25–50 мг/кг	внутри 4 раза в день 7–14 дней	Аллергические реакции, поражение почек, лейкопения
III. ГРУППА аминогликозидов Гентамицина сульфат (гарамицин) 2–5 мг/кг	в/в и в/м 2–3 раза в день, 5–7 дней	Ото- и нефротоксическое действие
Тобрамицин (бруламицин) 2–5 мг/кг	в/в и в/м 2–4 раза в день, 7–10 дней	
Сизомицина сульфат 4–3 мг/кг (соответственно детям до 1 года - от 1 года до 3 лет)	в/в капельно и в/м 3 раза в день, 7–10 дней	
Канамицина сульфат 15 мг/кг	в/в капельно на 5% растворе глюкозы или 0,9% NaCl и в/м 2–3 раза в день; 5–7 дней	
Амикацин 7,5–10 мг/кг	в/в и в/м, 2–3 раза в день 5–7 дней	
IV ГРУППА макролидов Эритромицин 20–40 мг/кг	внутри, за 1,5–2 часа до еды, 5–7 дней	Аллергические реакции
Эритромицин-фосфат	в/в капельно	
Олеандомицин-фосфат 20 мг/кг	внутри после еды, 4–6 раз в день, 5–7 дней	
V. ЛЕВОМИЦЕТИН (хлорамфеникол) до 3 лет 10–15 мг/кг прием, от 3 до 8 лет 0,15–0,2 г 3–4 раза в сутки	в свечах и внутри 3–4 раза в день, за 30 мин. до еды. 7–10 дней	Диспептические явления, дерматит, лейкопения, гранулоцитопения
Левомецетина сукцинат 25–30 мг/кг/сутки	в/м, 2 раза в день. 7–10 дней	

Антибиотик, доза (сут.)	Способ введения, кратность, курс	Возможный побочный эффект
VI. ЛИНКОМИЦИНА ГИДРОХЛОРИД 10-20 мг/кг/сутки	в/в капельно, в/м 2-3 раза в день внутри 3-4 раза в день	Понос (псевдомембранозные колиты), лейкопения
VII. ДРУГИЕ ХИМИОПРЕПАРАТЫ А. Сульфадимезин от 4 мес. до 3 лет - 0,1 г/кг на 1-й прием, 0,025 г/кг каждые последующие 4-6-8 часов (ночью не давать)	5-10 дней	Способствуют образованию метгемоглобина, гипоксии, метаболического ацидоза
Этазол до 2 лет 0,1-0,3 г от 2 до 5 лет 0,3-0,4 г	5-10 дней	
Сульфадиметоксин 25 мг/кг в первый день 12,5 мг/кг последующие дни	внутри, 1 раз в день, 5-10 дней	
Бактрим (бисептол-120) от 2 до 5 лет 1-2 табл.	2 раза в день: 2№ 5-10 дней	Лейкопения, агранулоцитоз
Б. Нитрофураны фуразолидон 10 мг/кг	внутри 3-4 раза в день	Не сочетать с приемом витамина С и кальция, «подкисляющих» мочу, что усиливает реабсорбцию нитрофуранов, их избыток способствует образованию метгемоглобина, гемолизу, анорексии.

Применение у больных пневмонией детей в качестве этиотропной терапии препаратов сульфаниламидного и нитрофуранового ряда имеет в настоящее время второстепенное значение.

Гипериммунные препараты направленного действия по механизму своего действия также могут быть отнесены к этиотропному лечению, их применение значительно улучшило исходы заболевания у детей. Это антистафилококковая гипериммунная плазма (по 5-8 мл/кг массы тела через день, № 4-6) и ее компоненты - γ -глобулин, иммуноглобулин, а также плазма с повышенным титром антител к антигенам любого возбудителя - антисинегнойная, антипротейная и т. д. Если антистафилококковая гипериммунная плазма и ее компоненты заготавливаются на станциях переливания

достаточно постоянно, то другие подобные препараты готовятся индивидуально, путем активной иммунизации специальными вакцинами или анатоксинами здоровых доноров — как правило, из числа родственников больного ребенка, после их обследования.

Патогенетическая терапия больных пневмонией детей включает несколько важных направлений:

оксигенотерапия, проводимая в разных фазах заболевания разными методами — через лицевую маску с подачей увлажненной и подогретой 40–50% кислородно-воздушной смеси — сеансами или постоянно; через катетер под тент, натянутый над головой больного; в кислородной палатке или кувезе; с организацией сеансов СДППД, с переводом на ИВЛ в различных режимах; в стадии выздоровления — кислородные коктейли с соком шиповника. При ДН II с явлениями гипервентиляции (общий цианоз, токсическое дыхание) оптимальная 45% кислородно-воздушная смесь. При ДН II с гиповентиляцией (частое поверхностное дыхание, бледность с пероральным цианозом) — 60%; при ДН II–III на фоне ВПС или заболеваниях ЦНС — 30%. Медицинская сестра должна следить за переменной жидкости в банке Боброва (теплая дистиллированная вода — подогрев можно проводить электрогрелкой; 2% раствор бикарбоната натрия; 30% спирт (в качестве «пеногасителя» при очень влажных легких, длительность каждого сеанса не более 20 мин.); высотой водного столба (не менее 10 см).

Важно моделировать оптимальную скорость потока (чтобы достигать достаточного увлажнения и подогрева) и объем потока (расход кислорода от 1 до 7 л в мин.). Признаки насыщения организма кислородом: уменьшение одышки и цианоза, углубление и ритмичность дыхания.

Коррекция КОС, гиповитаминоза и энергодефицита (используют фосфатные и белковые буферные системы — АТФ, ККБ, плазму и ее заменители; коферментные формы витаминов — рибофлавина мононуклеотид, пиридоксаль фосфат, коферменты невитаминного происхождения — цитохром С, цито-Мак, рибоксин — предшественник АТФ).

Кардиотрофные препараты — сердечные гликозиды, панангин, рибоксин.

Дезинтоксикация и коррекция микроциркуляции, а также гемодинамики в малом круге кровообращения, почках. Это вазоактивные препараты — эуфиллин, компламин, никотиновая кислота, ганглиоблокаторы; препараты и лекарственные средства внутрисосудистого действия — реополиглюкин, глюкозо-новокаино-гепариновая смесь, кавинтон, курантил, трентал.

При синдроме легочной гипертензии (как ответной реакции микроциркуляторного русла легких на гипоксемию) — показано

применение эуфиллина (2,4% раствор по 0,15 мл/кг в составе внутривенного введения), пентамин в дозе 2–3 мг/кг в 10 мл 5% глюкозы (внутривенно медленно) или бензогексоний (1–2 мг/кг в/м), «титруемые» дозы дофамина.

Мембраностабилизирующие препараты – антиоксиданты (витамин Е, карнитина хлорид, особенно при интенсивной оксигенотерапии), ингибиторы протеаз (контрикал, трасилол, гордокс – особенно при деструкции легких и назначении мощных бактерицидных антибиотиков).

Десенсибилизирующая терапия, для профилактики аллергических осложнений, особенно частых в фазу стихания острого процесса и появления в периферической крови эозинофилии или эозинофильно-лимфоцитарной ассоциации (диета с исключением пищевых аллергенов и экстрактивных веществ, антигистаминные препараты на 7–14 дней – фенкарол, тавеги; хороший эффект установлен у димефосфона – угнетающего липидные медиаторы аллергии).

Иммунотерапия – заместительная в остром периоде тяжелой пневмонии (разобрана выше), стимулирующая и моделирующая различные звенья иммунной системы в периоде репарации (левамизол – по 2–3 мг/кг однократно на ночь, через день, 3 раза; тималин, т-активин, тимоген – в инъекциях и интраназально).

Симптоматическая терапия – включает направления:

– жаропонижающая терапия (уксусно-водочные растирания, аспирин или парацетамол (панadol) внутрь, папазол, свечи с цефekonом, литическая смесь. Но антипиретики могут скрыть неэффективность антибиотиков. Поэтому их назначение обязательно лишь детям, у которых в анамнезе были фебрильные судороги;

– санация трахеобронхиального дерева (разобрана выше);

– купирование метеоризма (0,05% раствор прозерина по 0,15 мл на год жизни подкожно, 1–2 раза в сутки; внутривенно – калимин 0,1–0,2 мл или хромосмон 0,1 мл/кг массы);

– **противоанемическая терапия** в периоде репарации – стимулирующая неспецифические факторы защиты – пентоксил, метацил.

Физиотерапевтические методы – предпочтительнее «неаппаратные» – перкуссионный или вибромассаж клетки, постуральный дренаж. Горчичники, банки, компрессы на грудную клетку не рекомендуются, т. к. неприятны для ребенка и нередко дают осложнения (аллергия, ожоги), а ощутимого влияния на течение пневмонии не оказывают.

В стационаре возможно применение электрического поля УВЧ или электромагнитного поля СВЧ, ультразвука, УФО на грудную клетку; электрофореза с сульфатом магния, йодидами, гепарином; микроволновой терапии (СВЧ) в периоде репарации. УВЧ- и СВЧ-терапия назначаются ежедневно или через день, по 5–8 на курс.

Противопоказания: выраженная интоксикация, гипертермия, судорожный синдром, сердечно-сосудистая недостаточность.

Выбор лекарств для электрофореза на грудную клетку: при наличии бронхообструктивного синдрома – сульфат магния, эуфиллин с гепарином и димексидом; при наличии гиперкоагуляции – гепарин; при выраженной анемии – сульфат меди; при вязкой мокроте – йод; протеолитические ферменты (панкреатин, химотрипсин, трипсин), аскорбиновая кислота, кальций; при упорном кашле – дионин, новокаин, при деструкции легочной ткани – контрикал. На этапе рассасывания пневмонического процесса широко используют электрофорез аскорбиновой кислоты, лидазы, алоэ, новоиманина.

Лекарственная аэрозольтерапия (в стационаре) – электроаэрозольтерапия отрицательными электрическими зарядами, которые потенцируют фармакотерапевтическое действие аэрозолей. Для снятия бронхоспазма – смеси № 1 и № 3 Ю. Ф. Домбровского (1% раствор эфедрина, 1% раствор димедрола и др.); при трудноотделяемой мокроте – тепло-влажные ингаляции 1–2% раствора хлористого натрия, минеральных вод (Боржоми, Ессентуки), отваров трав (ромашки 10,0–100,0; мать-и-мачехи 10,0–160,0; чабреца 20,0–200,0; сосновых почек 10,0–200,0; шалфея 10,0–200,0).

Массаж и лечебная физкультура. У детей раннего возраста после исчезновения интоксикации применяют поглаживающий массаж и пассивные гимнастические упражнения в медленном темпе, в течение 3–5 мин. Обучают специальным дыхательным упражнениям, сочетая их с постуральным дренажем и вибрационным массажем.

Реконвалесцент острой пневмонии наблюдается в детской поликлинике в течение 6 месяцев, при затяжном течении заболевания – 1 год (диспансеризация), частота врачебных осмотров в 2 раза больше, чем положено в отношении здоровых детей. Ежеквартально проводятся лабораторные исследования крови и мочи. Ребенок получает полноценное питание, курсы витаминов, общего массажа, ЛФК, должен много находиться на воздухе.

Лечение на дому детей с острой пневмонией можно проводить, если:

- 1) форма пневмонии нетяжелая и протекает без осложнений, токсикоза, выраженной ДН и сердечно-сосудистой недостаточности;
- 2) жилищно-бытовые условия благоприятные, уровень общей и санитарной культуры членов семьи достаточный, и есть уверенность в четком выполнении всех назначений врача;
- 3) возможна организация ежедневного наблюдения больного ребенка врачом и медицинской сестрой до выздоровления.

Лечение на дому осуществляется лекарственными препаратами по льготным рецептам (бесплатным).

В первые 2–3 дня необходимо сделать рентгенограмму грудной клетки, анализы крови и мочи.

Питание должно соответствовать возрастным физиологическим потребностям, но с учетом сниженного аппетита; общий калораж может быть уменьшен на $\frac{1}{5}$. Пища должна быть легкоусвояемой, хорошо и вкусно приготовленной, обязательны молоко, простокваша, рисовая, манная и другие каши, супы, пюре, паровые котлеты, фрукты, овощи, соки, морсы. В качестве питья желателен раствор для оральной регидратации (оралит, регидрон), содержащий в 1 литре питьевой воды: 20 г глюкозы, 3,5 г хлорида натрия, 1,5 г хлорида калия, 2,5 г гидрокарбоната натрия.

При достижении клинического выздоровления должны быть сделаны контрольные анализы крови и мочи, при необходимости (отягощенный преморбидный фон) – рентгенография грудной клетки. Ребенок нуждается в консультативном осмотре врача-оториноларинголога.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – хроническое заболевание органов дыхания, в основе которого лежит аллергическое воспаление слизистой оболочки бронхов. Характеризуется рецидивами бронхиальной обструкции, которые проявляются в виде приступов удушья или экспираторной одышки вследствие бронхоспазма, гиперсекреции слизи и отека слизистой оболочки бронхов и бронхиол.

Среди аллергических заболеваний у детей 60–70% приходится на бронхиальную астму (БА). Ею страдает от 3 до 10% детского населения. Начинается она в большинстве случаев в раннем детском возрасте и имеет более тяжелое течение, чем у взрослых, что связано с анатомо-физиологическими особенностями детского организма. В 90% случаев бронхиальная астма у детей атопическая.

Развитие БА определяется сенсибилизацией организма к аллергенам и влиянием генетических факторов.

У детей в формировании БА наиболее существенно значение **аэроаллергенов жилищ** – аллергены и микрочлеци домашней пыли, плесневые грибы, аллергены домашних животных, птиц, тараканов. Для **клещевой БА** характерна связь обострений с пребыванием дома, усиление симптомов в ночные часы, проявления аллергического ринита. **Грибковая БА** развивается в сырых помещениях, в воздухе которых могут быть высокие концентрации спор плесневых грибов, и отличается более тяжелым течением.

У 20 % больных БА детей в развитии ее обострений повинна **пыльцевая сенсибилизация** (пыльца деревьев, злаковых и сорных трав). При сенсибилизации к пыльце амброзии течение БА может быть более тяжелым.

Пищевая и лекарственная сенсибилизация (к яйцам, рыбе, орехам, коровьему молоку, пенициллину и его полусинтетическим

производным) редко бывает единственной причиной возникновения БА, гораздо чаще входят в комплекс других этиологических факторов, или приступ БА может быть в таких случаях проявлением системных аллергических реакций. Доказано участие микробной сенсибилизации в развитии БА.

С генетических позиций БА — мультифакториальное заболевание по igE -опосредуемому механизму.

Наследственное предрасположение к БА реализуется на этапе синтеза igE и цитокинов (интерлейкинов ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-13), стимулирующих его продукцию и развитие аллергического воспаления.

Основные участники развития аллергического воспаления: активированные аллергенами Th_2 -лимфоциты (хелперы) и стимулируемая ими гиперпродукция igE ; тучные клетки и базофилы «шокового» органа с фиксированными на них специфическими антителами класса igE ; при дестабилизации их клеточных мембран высвобождаются медиаторы аллергии (гистамин, простагландин $F_{2\alpha}$, лейкотриены LTV_4 , LTC_4 , LTD_4 , LTE_4 — с реализацией ранней фазы аллергического ответа в виде синдрома бронхиальной обструкции), провоспалительные цитокины (интерлейкины ИЛ₃, ИЛ₅, ИЛ₈, ИЛ₁₆, гранулоцитарно-моноцитарный колониестимулирующий фактор, фактор некроза опухоли — α), а также адгезивные молекулы, способствующие притоку «провоспалительных» клеток (эозинофилов, нейтрофилов, макрофагов, моноцитов) в слизистую оболочку дыхательных путей, что реализует и поддерживает аллергическое воспаление; эозинофильный катионный протеин (повреждающий эпителий дыхательных путей), фактор активации тромбоцитов и лейкотриенов (с формированием бронхиальной гиперреактивности). Бронхиальная гиперреактивность обуславливает у детей с БА возникновение повторных приступов астмы не только на аллергические стимулы, но и на неспецифические (физическая нагрузка, сильные эмоции, воздействие запахов, холода).

Клинические симптомы БА — удушье, приступообразный кашель, вздутие грудной клетки, свистящее дыхание, экспираторная одышка. У детей раннего возраста эквивалентами астмы могут быть эпизоды ночного кашля или в предутренние часы, а также повторный обструктивный синдром затяжного характера. Все эти симптомы обычно носят обратимый характер, но могут быть тяжелыми и даже приводить к летальному исходу. Большинство обострений можно предотвратить, если организовать лечение всестороннее и непрерывное.

Согласно классификации, выделяют легкую, среднетяжелую и тяжелую астму, исходя из клинических симптомов, частоты приступов удушья, потребности в спазмолитических препаратах, объек-

тивной оценки проходимости дыхательных путей (см. табл. № 18. Критерии тяжести бронхиальной астмы у детей).

Таблица № 18

Критерии тяжести бронхиальной астмы у детей

	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Частота приступов	Не чаще 1 раза в месяц	3-4 раза в месяц	Несколько раз в неделю или ежедневно
Клиническая характеристика приступов	Эпизодические, быстро исчезающие, легкие	Приступы средней тяжести протекают с отчетливыми нарушениями функции внешнего дыхания	Постоянное наличие симптомов: тяжелые приступы, астматические состояния
Ночные приступы	Отсутствуют или редки	2-3 раза в неделю	Почти ежедневно
Переносимость физической нагрузки, активность и нарушение сна	Не изменена	Снижение переносимости физических нагрузок	Значительно снижена переносимость физических нагрузок
Показатель FEV1 и PEF в период обострения	80% от должного значения и более	60-80% от должного значения	Менее 60%
Суточные колебания бронхопроходимости	Не более 20%	20-30%	Более 30%
Характеристика периодов ремиссии	Симптомы отсутствуют, нормальная функция внешнего дыхания	Неполная клинико-функциональная ремиссия	Неполная клинико-функциональная ремиссия (дыхательная недостаточность различной степени выраженности)
Длительность периодов ремиссии	3 и более месяцев	Менее 3 месяцев	1-2 месяца
Физическое развитие	Не нарушено	Не нарушено	Возможно отставание и дисгармоничность физического развития
Способ купирования приступов	Приступы ликвидируются спонтанно или однократным приемом бронхолитиков	Приступы купируются бронхолитиками (в ингаляциях и парентерально), по показаниям назначают —	Приступы купируются введением парентерально бронхоспазмолитиков в сочетании с кортикостерои-

	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
	(в ингаляциях, внутрь)	кортикостероидные препараты парентерально	дами в условиях стационара, нередко — в отделении интенсивной терапии
Базисная противовоспалительная терапия	Кромогликат натрия, недокромил натрия	Кромогликат натрия или недокромил натрия, у части больных — ингаляционные кортикостероиды	Ингаляционные и системные кортикостероиды

В течении астмы выделяют периоды:

Предприступный (период предвестников) — повышенная раздражительность, плаксивость, нарушение сна, аппетита, может быть частое чихание, обильные серозные выделения из носа, сухой кашель, головная боль, тошнота, рвота. Длительность его — от нескольких часов до суток.

Приступный — возникает, как правило, на фоне или после предшествующей ОРВИ. Нередко приступ начинается поздно вечером или ночью: усиливается сухой кашель, появляется шумное свистящее дыхание с затрудненным выдохом и участием вспомогательной мускулатуры. Дети испуганы, мечутся в постели, более старшие из них принимают вынужденную позу, фиксируя плечевой пояс (сидя с упором на руки).

Температура тела иногда повышается. Кожа бледная, губы цианотичны, акроцианоз. Грудная клетка эмфизематозно вздута, перкуторный звук коробочный, аускультативно-сухие свистящие, жужжащие и разнокалиберные влажные хрипы на фоне жесткого или ослабленного дыхания.

Выделяемая мокрота вязкая, плохо откашливается, дети часто ее заглатывают.

Иногда отмечается боль в животе, обусловленная напряжением диафрагмальной мышцы. Тоны сердца обычно приглушены.

Во время приступа астмы снижается глубина дыхания, ЖЕЛ, повышается АД в малом круге кровообращения и периферическое сопротивление сосудов большого круга.

Продолжительность приступа от 20–30 мин до суток и более.

У наиболее тяжело больных наблюдается **астматическое состояние** с выраженным и постоянным затруднением дыхания, экспираторной одышкой, упорным кашлем, отчетливым ограничением подвижности грудной клетки, эмфизематозным вздутием легочной

ткани, гипоксемией, гипоксией, гиперкапнией, метаболическим ацидозом.

Одним из наиболее тяжелых проявлений астмы является **асфиктический синдром**. Он возникает в результате закупорки бронхов и бронхиол вязким секретом, что нередко бывает при отмене или быстром снижении дозы стероидных гормонов, присоединении ОРВИ или злоупотреблении препаратами с симпатомиметического действия. Синдром развивается постепенно. Усиливается одышка, дыхание становится более поверхностным, резко учащенным, исчезает кашель, нарастают признаки ДН (цианоз, тахикардия и др.). Дыхание резко ослаблено. Признаки сердечно-сосудистой недостаточности, альвеолярной гиповентиляции с увеличением pCO_2 в крови.

Если помощь не оказана своевременно, возможна потеря сознания, судороги, летальный исход. Это обуславливает большую, чем у взрослых, продолжительность приступа. Хрипы, выслушиваемые у маленьких детей во время приступа, более влажные, что и позволило педиатрам предложить термин «астматический бронхит» как вариант астмы.

Диагноз БА ставят прежде всего на основании характерной клинической картины — типичных приступов экспираторной одышки, свистящих хрипов, кашля, чувства нехватки воздуха. Диагностике помогают выявление аллерген-специфических IgE при проведении кожных тестов и/или обнаружение специфических антител IgE в сыворотке крови.

Дифференциальный диагноз проводится с инородным телом гортани, трахеи, бронхов, с ретрофарингеальным и перитонзиллярными абсцессами, опухолями этих областей, ангионевротическим отеком гортани, ларингомалацией, трахеитом, увеличением трахеальных лимфатических узлов, бронхитом, бронхиолитом, пневмонией, муковисцидозом.

Основной целью лечения больного БА ребенка является улучшение качества его жизни за счет обеспечения постоянного контроля за симптомами, предотвращения обострений, а также обеспечение нормальной функции легких при разных уровнях активности, включая физкультуру. Важно и исключение побочных действий лекарственных средств, применяемых при лечении детей.

Для эффективного лечения БА необходимы:

- обучение больных, в результате которого они должны стать соратниками врачей в деле лечения («Астма-школа»);
- оценка и мониторинг тяжести БА с помощью объективных показателей внешнего дыхания (по данным спирометрии и контроля за максимальным потоком выдоха, лучше с помощью индивидуальных пикфлоуметров);
- исключение контакта с триггерными факторами или контролирование их влияния;

– разработка плана медикаментозной терапии для постоянного лечения;

– разработка плана мероприятий в период обострения;

– регулярное наблюдение.

I ПЕРВАЯ ЗАДАЧА ЛЕЧЕНИЯ – обеспечить контроль над астмой, то есть достичь состояния, которое характеризуется следующим:

– минимальное количество клинических симптомов, включая и ночное время (в идеале – полное отсутствие);

– минимальная частота обострений (возникает нечасто);

– минимальная потребность в β_2 -агонистах, применяющихся по требованию (в идеале – полный отказ от них);

– отсутствие ограничений активности, включая физическую нагрузку;

– суточные колебания максимального потока выдоха (МПВ) составляют менее 20%;

– «близкое к норме» или нормальное значение МПВ;

– минимальное количество (или отсутствие) побочных эффектов при применении лекарственных средств.

II. ВЫБОР ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПОСТОЯННОГО ЛЕЧЕНИЯ И ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ обострений определяется аллергическим воспалительным характером патологического процесса. Ведущие меры: устранение факторов, ответственных за развитие этого воспаления, а также применение препаратов, тормозящих воспалительный процесс в бронхах.

Для подавления или полного устранения воспаления (прежде всего аллергического, или с наслоением бактериального, вирусного или вызванного другими агентами) при БА применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП); кортикостероидные; антибактериальные (а также противогрибковые или противовирусные), иммуномодуляторы.

При легкой и среднетяжелой астме у детей в первую очередь назначают НПВП:

Натрия хромогликат (кромоллин натрия, интал), применяемый местно по 1–2 ингаляции 3–4 раза в день, 6–8 недель. Он частично ингибирует медиаторный IgE рилизинг биологически активных веществ из тучных клеток, оказывает избирательное супрессивное действие на собственно клетки и медиаторы других клеток (макрофагов, эозинофилов, нейтрофилов, моноцитов). Вводится с профилактической целью и как поддерживающее лечение.

Недокромил натрия (тайлед) – по 2 ингаляции 2 раза в день в течение 6–8 недель. Этот препарат эффективнее натрия хромогликата в 4–10 раз в отношении профилактики бронхоспазма. Использование этих препаратов перед контактом с предполагаемым

аллергеном предотвращает послеаллергический бронхоспазм, а также спазм после физической нагрузки.

При сохраняющихся эпизодах одышки или скрытого бронхоспазма используют комбинированные препараты **интала**: дитек (с беротеком), интал-плюс (с сальбутамолом).

Кетотифен (задитен) применяют у детей раннего возраста при БА на фоне кожной и интестинальной аллергии (в дозе 0,025 мг/кг 2 раза в сутки).

У детей старше 6 лет могут быть использованы антилейкотриеновые препараты нового поколения, селективно блокирующие рецепторы для «бронхоконстрикторных» лейкотриенов: сингуляр (монтелукаст).

Базисная терапия тяжелой астмы (и среднетяжелой – при недостаточной эффективности перечисленных средств) – ингаляционные **кортикостероиды**.

Кортикостероиды относятся к наиболее эффективным противовоспалительным средствам для лечения астмы. Их наиболее важные эффекты: влияние на метаболизм арахидоновой кислоты и на синтез лейкотриенов и простагландинов, уменьшение проницаемости капилляров, ингибирование продукции цитокинов, предупреждение направленной миграции и активации воспалительных клеток, повышение реактивности β -рецепторов гладкой мускулатуры дыхательных путей. Вводятся парентерально, перорально или в форме аэрозолей. Именно ингаляционные формы кортикостероидов являются безопасными и эффективными средствами **поддерживающей терапии** астмы, их вводят длительно низкими дозами. Это беклометазона дипропионат (бекотид, альдецин, бекодиск фирмы *Глакс*, Англия), бекломет (*Ogion*, Финляндия), пульмикорт (Швеция), ингакорт (Германия), бенакорт (Россия), флютиказон (фликсотид). Дозу варьируют от 150 до 1000 мкг/сут., в зависимости от возраста и тяжести течения. Лечение этими средствами проводят длительно, не менее 6 мес. при тяжелой астме.

Дети часто не могут пользоваться ингаляторами, содержащими дозированный аэрозоль (ИДА). Использование спейсера позволяет применять ИДА после соответствующего обучения даже у двух-трехлетних детей. В целом эти устройства рекомендуется применять у детей старше 5 лет. Распылители применяются и у детей в возрасте 2 лет. Побочное действие ингаляторных кортикостероидов по сравнению с пероральными кортикостероидами минимально, и проявляется только при длительном использовании в больших дозах (кандидоз полости рта, дисфония).

Системные глюкокортикоиды используются при тяжелых обострениях БА, с развитием признаков дыхательной недостаточности.

Они вводятся каждые 4–6 час. парентерально до выведения из приступа. После этого в ряде случаев проводят короткий энтеральный курс глюкокортикоидов.

III. **ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ**, применяемыми для купирования приступа БА, являются β_2 -стимуляторы (β_2 -агонисты). Они вызывают расслабление гладкой мускулатуры дыхательных путей, усиливают мукоцилиарный клиренс, снижают проницаемость сосудов, изменяют высвобождение медиаторов из тучных клеток и базофилов.

Сальбутамол (сальбутерол, вентолин — Glaxo, Англия; тербуталин — Швеция; сальтос — Россия) — селективно действующий на β_2 -адренорецепторы. Препарат применяется в ингаляциях, вызывает расширение бронхов через 30 мин продолжительностью до 6 часов. При применении препарата нередко наблюдается тахикардия. Применяется во время приступа из расчета 1 вдох на 1 год жизни ребенка.

У большинства существующих в настоящее время β_2 -агонистов длительность действия ограничивается 4–6 часами. Ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия являются препаратом выбора для лечения острого приступа БА. Новые ингаляционные β_2 -агонисты типа сальметерола имеют продолжительность действия более 12 часов. Они ингибируют вызванные аллергенами ранний и поздний астматические ответы, а также повышенную реактивность дыхательных путей, вызванную гистамином. Следует отметить, что β_2 -агонисты в форме аэрозоля или ингаляционного препарата эффективнее пероральной терапии.

Во время приступа применяются и блокаторы фосфодиэстеразы — метилксантины: теofilлин, теотард, теопек, тео-дур, ретафил. Это эффективные бронходилататоры, действующие в направлении накопления цАМФ. Метилксантины можно применять одновременно с вышеперечисленными β_2 -агонистами. Эуфиллин и теofilлин можно вводить внутрь, внутривенно, в свечах. Дозы эуфиллина — 5–10 мг/кг массы или 1 мл 2,4%-ного раствора на год жизни внутривенно (медленно, струйно или капельно).

Превышение рекомендованных доз приводит к токсичным реакциям — беспокойству, тошноте, рвоте, мышечным подергиваниям, судорогам, бледности, повышению температуры тела, тахикардии, аритмии. Индивидуальная чувствительность к эуфиллину зависит также от скорости его полураспада. Для купирования легкого приступа БА достаточно эффективными могут быть эфедрин и эуфиллин (внутри). Разовые дозы эфедрина детям: от 6 месяцев до 1 года — 0,002–0,005 г, от 2 до 5 лет — 0,005–0,01 г, от 6 до 12 лет — 0,01–0,02 г.

В ряде стран в качестве альтернативного бронходилататора у больных с БА, реализующих при применении β_2 -агонистов побочные эффекты в виде тахикардии и тремора, применяют ингаляционные холинолитики (ипратропиум бромид). Они блокируют постганглионарные эфферентные вагусные пути; однако их преимущества при постоянном лечении астмы не выявлены.

Для купирования приступа **средней тяжести** и при неэффективности указанных выше препаратов следует перейти к парентеральному введению эуфиллина.

При **тяжелых приступах** астмы с выраженными явлениями дыхательной недостаточности ребенок должен быть срочно госпитализирован. Ему необходимо ввести эуфиллин внутривенно из расчета 1 мл 2,4% раствора на год жизни ребенка (но не более 10 мл), внутривенно капельно на 150–200 мл изотонического раствора хлорида натрия. Нарастание ДН требует внутривенного введения глюкокортикоидов (из расчета по преднизолону 2–5 мг/кг массы).

IV. КРОМЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ, в лечении БА у детей используют: противоаллергический иммуноглобулин, гистаглобулин; иммуностимуляторы бактериального происхождения (рибомунил, бронхомунал, бронваксон и др.); специфическую иммунотерапию (парентерально, эндоназально, перорально, сублингвально с использованием только стандартных экстрактов аллергенов и алергоидов, в период клинической ремиссии нетяжелых форм БА). В исключительных случаях (при отсутствии эффекта от терапии) – поднаркозная бронхоскопия, плазмаферез, гемосорбция; при наличии инфекционно-воспалительных изменений в бронхо-легочной системе – антибиотикотерапия.

Следует знать, что ингаляционные муколитики в период тяжелых обострений БА могут усилить кашель и обструкцию дыхательных путей.

V. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БА: диета (индивидуальная гипоаллергенная), респираторная терапия (повышение устойчивости к гипоксическим воздействиям – волевое управление дыханием, дыхание через сопротивление, медленный удлиненный вдох, пассивный выдох, умение дышать расслабленно в различных позах и при физических нагрузках, массаж и вибромассаж; лечебная физкультура – дыхательная гимнастика с форсированным выдохом, упражнения на расслабление и координацию; спелеотерапия, горноклиматическое лечение, галотерапия, физиотерапия (магнитофоры, магнитные поля; лазерная терапия, иглоукалывание), фитотерапия, психотерапия.

При попытках применять нетрадиционную терапию (ионизаторы, акупунктура, гомеопатия) – детям с БА необходимо продолжать обычное лечение.

Дети с БА нуждаются в **длительном противорецидивном лечении и реабилитации** — в домашних условиях, в поликлинике, в реабилитационном центре, в местном санатории.

Противорецидивная терапия при БА проводится противовоспалительными средствами. Разработан **ступенчатый подход** к длительной терапии БА, в зависимости от тяжести заболевания. **При легком течении БА** противорецидивное лечение проводится кромогликатом или недокромилем натрия; эпизодически (в случае возникновения приступов БА) подключаются ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия (беротек, вентолин) или теофиллин короткого действия.

При среднетяжелом течении БА противорецидивное лечение (базисная терапия) проводится также кромогликатом или недокромилем натрия ингаляционно, в случае неэффективности в течение 6–8 недель они заменяются ингаляционными кортикостероидами; параллельно применяют бронходилататоры длительного действия (теофиллин и β_2 -агонисты пролонгированного действия — сальметерол seu серевент, формотерол seu форадил). Для быстрого купирования приступа вводят ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия (сальбутамол, тербуталин seu бриканил, фенотерол seu беротек) или теофиллин короткого действия. **При тяжелом течении БА** длительная базисная терапия проводится ингаляционными кортикостероидами (с добавлением в случае неполного контроля симптомов астмы оральных кортикостероидов коротким курсом) и бронходилататорами пролонгированного действия.

В базисной терапии предпочтителен (по возможности) ингаляционный способ введения. Ступенчатый подход к базисному (длительному) лечению позволяет смягчать и даже ликвидировать клинические проявления заболевания, уменьшает частоту и выраженность обострений, улучшает показатели функции внешнего дыхания, жизненной активности (включая переносимость физических нагрузок), снижает потребность в бронхолитической терапии, предупреждает инвалидизацию.

При реализации контроля за течением БА у больного ребенка встречаются определенные сложности. У детей в возрасте до 5 лет показания МПВ получить трудно, поэтому особое внимание уделяют данным анамнеза, оценке качества жизни ребенка, данным физикального обследования, хотя эти методы несовершенны. Имеет значение и дневник, который должны вести родители. У маленьких детей нельзя недооценивать такие состояния, как свистящие хрипы на фоне ОРВИ (ошибочный диагноз — бронхит, пневмония, хотя эти симптомы более характерны при БА). Часто пусковым механизмом БА у детей являются ОРВИ, и родители должны быть готовы применить противоастматические препараты при первых признаках ОРВИ. Таким детям приходится проводить короткий

курс пероральной кортикостероидной терапии в возрастных дозах. При приеме хромогликата натрия дозу кортикостероидов уменьшают. Всегда необходимо уточнение и по возможности элиминация аллергенов, санация очагов хронической инфекции (в легких и носоглотке).

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ПРИСТУПОВ БА

В домашних условиях важно распознать ранние симптомы развивающегося приступа и своевременно оказать помощь. В детской поликлинике или в семье больного ребенка следует иметь средства лечения гипоксии (кислородной маской или носовым катетером), измерения пика воздушного потока на выдохе (пикфлоуметр — для оценки бронхоспазма и эффективности лечения), обязательно наличие ингалятора с дозатором или небулайзера для введения аэрозольных β_2 -агонистов. Должны быть созданы условия для наблюдения за пациентом в течение 1–2 часов.

При начинающемся приступе больной ребенок должен продолжить прием тех лекарственных средств, которые получал раньше — аэрозольные кортикостероиды, теофиллин, β_2 -агонисты, интал; через сутки следует осуществить контроль за состоянием ребенка по телефону, амбулаторный осмотр провести через 3 дня (для решения вопроса о продолжении приема кортикостероидов).

Если в домашних условиях развивается среднетяжелый или тяжелый приступ БА — следует, кроме перечисленного, назначить системные кортикостероиды (внутрь или внутримышечно, в дозе эквивалентной 2 мг/кг преднизолона для лечения воспалительного компонента острого периода), наблюдать каждые 20' в течение часа, и если состояние не стабилизируется — госпитализировать ребенка в пульмонологическое отделение, вводя при транспортировке кислород (маской), ингаляционно — сальбутамол и кортикостероиды. Предпочтительно вводить аэрозоли через рот, используя носовые зажимы.

Реабилитацию начинают вне приступов удушья, но она возможна и на фоне появления экспираторной одышки при физической нагрузке, а также при предшествующем бронхоспазме вследствие гиперактивности бронхов (на запахи, холодный воздух).

Методы **восстановительного лечения** детей с бронхолегочными заболеваниями неспецифической этиологии в условиях реабилитационного центра или местного санатория:

1. Варианты режимов:

а) режим **щадающий** с ограничением нагрузки в виде быстрой ходьбы, бега, аэробики; дыхательные упражнения проводятся без использования спортивных снарядов;

б) режим **тренирующий** — нарастающая физическая нагрузка под контролем функциональных проб, быстрая ходьба, аэробика, упражнения с использованием велоэргометра, шведской стенки, музыкотерапии, закаливающее обливание, лечебное плавание;

в) режим с использованием волевой ликвидации глубокого дыхания.

2. Восстановление или улучшение функции мукоцилиарного эпителия и тонуса бронхов. С этой целью рекомендуется трехэтапная система аэрозольтерапии (используются муколитические, антисептические, стимулирующие препараты — хлорид натрия, хемосин, мукосальвин, настой ромашки, календулы, шалфея, эвкалипта, лизоцим, гепарин, эпсилонаминокапроновая кислота, прополис, алоэ, масло шиповника, облепихи, мед, витамина «А», «Е»); лекарственный электрофорез с гепарином, лизоцимом, диоксидином, сернокислой магнезией, платифилином и др.; искусственный микроклимат «соляных шахт»; бромгексин, бронхолитин, эуфиллин; массаж грудной клетки; позиционный дренаж.

3. Гипосенсибилизирующий комплекс: антигистаминные препараты (тавегил, супрастин и др.); эндоназальный электрофорез с гистоглобулином, специфическая гипосенсибилизация с включением витамина В₆.

4. Иммунокорректирующий комплекс: настойки элеутерококка, аралии, заманихи; этимизол, глицерам; аскорбиновая кислота; индуктотерапия на область надпочечников; иммуноглобулин донорский; Т-активин.

5. Мембраностабилизирующий комплекс: аскорутин, витамин Е, задитен, интал.

6. Санация очагов хронической инфекции носа, глотки: аденоидэктомия, фонофорез на миндалины с интерфероном; лечение дисбиоза кишечника — биопрепараты — ацидофильная «Малютка», кумыс и др.

7. Нормализация тонуса вегетативной нервной системы: обучение родителей и детей точечному массажу с вьетнамским бальзамом, лазерная акупунктура, иглорефлексотерапия, ультрафиолетовое облучение.

Немедикаментозные методы реабилитации при БА: волевое управление дыханием, биологическая обратная связь, интенсивные дозированные нагрузки на велоэргометре, нормобарическая гипоксическая стимуляция и др. — показаны при легких и среднетяжелых формах БА. Условием применения немедикаментозной терапии является спиритографический контроль, т. к. за счет психотерапевтического воздействия при субъективном улучшении часто сохраняется бронхиальная обструкция.

ИНВАЛИДНОСТЬ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Бронхиальная астма — наиболее частая причина инвалидности при хронических неспецифических заболеваниях легких у детей и составляет 90% от общего числа детей с инвалидностью вследствие хронических заболеваний легких.

Тяжелая бронхиальная астма является причиной значительных ограничений жизнедеятельности, социальной активности больных

детей, т. е. снижения их качества жизни. Частые пропуски занятий в школе, ограничение социальной и физической активности отрицательно сказываются на развитии ребенка, вызывают существенные трудности у родителей больного.

По существующим в нашей стране нормативным документам инвалидность устанавливается у детей, больных тяжелой бронхиальной астмой. К категории детей-инвалидов относятся дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушений развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Социальная дезадаптация при астме отражает нарушение адаптации ребенка к условиям внешней среды и проявляется снижением так называемых функций выживания — ориентации, физической независимости; ограничением к перемещению, к возможности получения образования и осуществления деятельности, соответствующей возрасту.

Определение и трактовка ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности вследствие заболевания у детей нередко затруднена, так как у ребенка постоянно меняются по мере роста функциональные способности и зависимость от взрослых.

Констатация факта наличия тяжелой патологии может быть достаточным условием для определения инвалидности в случае резких и выраженных нарушений и заведомо неблагоприятного для восстановления функций прогноза. В случае, если степень нарушений и прогноз недостаточно определены, перед врачом встает задача оценки степени выраженности функциональных нарушений и критериев прогноза. При этом важен также социальный аспект функционального диагноза, включающий оценку типа и уровня адаптации ребенка к конкретным социальным условиям, т. е. условиям семьи, школы и других детских учреждений или объединений.

При прогнозируемой возможности полного или частичного восстановления нарушенных функций, вариантов с обратным развитием заболевания, исходом в полную ремиссию при тяжелом течении бронхиальной астмы назначается инвалидность на 2 года, с последующим переосвидетельствованием. При гормонозависимой бронхиальной астме в связи с тяжестью течения, на долгие годы требующего постоянного медикаментозного лечения и наблюдения; неуклонном прогрессирующем течении, а также отсутствии эффективных методов лечения с возможностью неблагоприятного прогноза — инвалидность сразу устанавливается на срок до достижения 16 лет.

Инвалидность означает необходимость предоставления социальной защиты или помощи ребенку. Временная инвалидность является этапом реабилитации и восстановления социальной полноцен-

ности с использованием комплекса медицинских, педагогических, психологических мероприятий; при длительном назначении позволяет оказывать всестороннюю социальную поддержку общества.

В Москве и С.-Петербурге инвалидность определена у 7% из числа официально зарегистрированных детей с диагнозом бронхиальной астмы. Можно с уверенностью утверждать, что реальное число детей-инвалидов вследствие бронхиальной астмы значительно превышает данные официальной статистики и ежедневно увеличивается.

Бронхиальная астма, начавшаяся в детском возрасте, является причиной инвалидизации и взрослого населения. У 40–50% взрослых инвалидов вследствие бронхиальной астмы заболевание началось в детском возрасте.

Создание системы реабилитации детей-инвалидов вследствие бронхиальной астмы является насущной задачей. При этом, наряду с решением вопросов медицинского наблюдения, пристальное внимание должно быть обращено на решение социальных и психологических проблем этих больных. Реабилитационные воздействия должны начинаться как можно раньше. Психологическая реабилитация является неотъемлемой частью общих реабилитационных мероприятий у детей-инвалидов вследствие бронхиальной астмы.

ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

ЛИХОРАДКА — это регулируемое повышение температуры тела, как адекватный ответ организма на болезнь или иное повреждение. **Повышение температуры тела** — самый частый и важный симптом острых заболеваний у детей. В раннем детском возрасте лихорадка часто сопутствует острым инфекционным заболеваниям (ОРВИ, пневмонии, сепсис, кишечные инфекции), аллергическим процессам (лекарственная лихорадка, крапивница, сывороточная болезнь и др.), а также отмечается при водodefицитном обезвоживании и гипернатриемии. Ограничение теплоотдачи через кожу происходит и за счет неграмотного ухода за больным ребенком (перегрев грелками, укутыванием, душное помещение), а также при нарушении микроциркуляции.

У детей старшего возраста лихорадка часто сопровождает болезни соединительной ткани, гепато-билиарной системы и ЛОР-органов.

ЭТИОЛОГИЯ. Причиной лихорадки является воздействие экзогенных и эндогенных пирогенов на центр терморегуляции в гипоталамической области мозга. Повышение температуры центра стимулирует усиление теплопродукции в организме (за счет активации метаболизма) и активирует механизмы, уменьшающие теплоотдачу. На

каждый градус свыше 37°C энергозатраты увеличиваются на 10% и сокращается теплоотдача из-за спазма сосудов подкожной клетчатки.

В зависимости от величины подъема температуры тела в подмышечной впадине выделяют:

субфебрильную ($37,1-38^{\circ}\text{C}$);

умеренную фебрильную ($38,1-39^{\circ}\text{C}$);

высокую фебрильную гипертермию ($39,1-41^{\circ}\text{C}$).

Повышение температуры тела до определенного предела и длительности имеет большое физиологическое значение для организма, представляя защитно-компенсаторную реакцию на агрессию. Гипертермия обеспечивает ускорение гибели микробов и вирусов, усиление иммунного ответа организма ребенка, активацию антитоксической функции печени, водовыделительной функции легких, кожи, почек, что на фоне возмещения потерянной жидкости способствует самоочищению организма.

Но гипертермия создает условия для значительной тканевой гипоксии, увеличивает нагрузку на дыхание (на каждый градус свыше 37°C одышка увеличивается на 4 дыхания в минуту), кровообращение (на каждый градус свыше 37°C тахикардия возрастает на 20 ударов в минуту), ЦНС (головная боль, бред, галлюцинации, фебрильные судороги), может приводить к дегидратации. Таким образом, при длительном сохранении (более 3 часов) высокая температура тела приобретает характер патологической реакции.

Поэтому при гипертермии очень важна диагностика и коррекция развивающейся дезадаптации.

Адекватная, сбалансированная реакция на инфекцию у ребенка — это так называемая «розовая» лихорадка, или гипертермическая реакция. При ней теплоотдача соответствует теплопродукции. Кожные покровы тела и конечностей умеренно гиперемированы, теплые, влажные, стопы и ладони ребенка розовые, разница между температурой в подмышечной ямке и кожной температурой конечностей $3-5^{\circ}\text{C}$, поведение ребенка, как правило, не меняется, тахикардия и учащение дыхания соответствуют уровню температуры.

Признаком дисбаланса между теплопродукцией и теплоотдачей (в связи с повреждением ЦНС и выраженной периферической вазоконстрикцией) является другой клинический вариант гипертермии — «бледная» гипертермия, или гипертермический синдром. У ребенка на фоне гипертермии сохраняется ощущение холода и даже есть озноб, кожа бледная, «мраморная», с цианотическим оттенком ногтевых лож и губ, конечности холодные, цианотичные, разница между аксилярной температурой и кожной температурой конечностей достигает $6-10^{\circ}\text{C}$. Это прогностический признак того, что повышение температуры тела будет сохраняться и даже прогрессировать. Именно при такой «бледной» лихорадке (с централизацией кровообращения) типичны чрезмерная тахикардия, одышка

и возможен бред, судорожный приступ. При этом повышается риск развития токсической энцефалопатии, нейротоксикоза.

Симптоматическая жаропонижающая терапия (дополнительно к комплексному лечению основного заболевания) показана:

во всех случаях «бледной» гипертермии; при подъеме температуры выше 38,5–39°С независимо от возраста ребенка;

при умеренной лихорадке у детей до 3-х лет;

если в анамнезе были фебрильные судороги;

при сопутствующих заболеваниях сердца, легких, ЦНС;

при длительности гипертермии более 6–8 часов.

Наиболее рациональный способ лечения лихорадки – **восстановление** нормальной температуры **гипоталамического** центра терморегуляции. Назначаются препараты, подавляющие синтез простагландинов:

антипиретики центрального действия – производные салициловой кислоты и пиразолон (аспирин в дозе 0,1–0,3 г на прием, детям до года – 0,05 г; анальгин 5–10 мг/кг 3–4 раза в сутки, внутримышечно в виде 50% раствора по 0,1 мл на год жизни, детям до года – 0,02 мл/кг); в последние годы предпочтение отдается препаратам **парааминофенола** – анилина (парацетамол, панadol, эффералган), детские лекарственные формы его – сиропы (калпол, тайленол), суспензии, ректальные свечи, комбинированные парацетамолсодержащие жаропонижающие средства (колдрекс, фервекс). Парацетамол детям до года назначается в дозе 0,025–0,05 г на прием; детям 2–5 лет – 0,1–0,15 г; 6–12 лет – 0,15–0,25 г 2–3 раза в день;

нестероидные противовоспалительные препараты (используется их жаропонижающее действие): производные индолуксусной кислоты (индометацин, метиндол), акрилкарбоновой кислоты (диклофенак, волтарен, ибупрофен), пироксикам, мефенамовая кислота. При выборе следует учитывать возможные побочные эффекты.

Второе направление лечения – восстановление периферического кровообращения и адекватной теплоотдачи (особенно при «бледной» гипертермии) **сосудорасширяющими** препаратами (папаверин, дибазол, но-шпа, теоникол, никотиновая кислота), а в случаях стойкой гипертермии – также методами физического наружного охлаждения (позволяют быстро, в течение 15–20 мин снизить температуру тела на 1,5–2°С).

Усиливают и пролонгируют жаропонижающий эффект антипиретиков **антигистаминные** препараты (дипразин, супрастин, кларитин, гисманол).

Организация и последовательность выполнения лечебных мероприятий.

При «розовой» лихорадке применяются физические методы охлаждения: бутылочки (пузыри) со льдом или холодной водой (подвешивают над головой или накладывают на область проекции круп-

ных сосудов — шея, паховые складки); освобождение от лишней одежды, обдувание кожных покровов с помощью вентилятора, обертывание ребенка простыней (пеленкой), смоченной прохладной водой (12–14°C), растирание тела смесью равных количеств 40% спирта, воды и столового уксуса; промывание водой желудка (температура воды 4–5°C) при отсутствии судорог, обильное питье, очищение кишечника.

2. При «бледном типе» гипертермии, при фебрильных судорогах, перинатальной энцефалопатии физическое охлаждение противопоказано. До введения сосудорасширяющих средств разрешается только энергичное сухое растирание кожи (для улучшения микроциркуляции и теплоотдачи).

Без промедления назначаются жаропонижающие и сосудорасширяющие препараты: парацетамол в дозе 0,05 на прием детям первого года жизни (0,1 г/прием в 1–3 года, 0,15–0,2 г/прием детям старше 3-х лет) и папазол или никотиновая кислота (периферические спазмолитики); свечи с цефеконом.

После введения каждого из препаратов повторно контролируют температуру тела с интервалом 30 мин. Введение этих препаратов можно повторить через 1–2 часа (при отсутствии жаропонижающего эффекта).

3. Для быстрого снижения температуры тела назначают внутримышечно анальгин (50% раствор 0,1 мл/год жизни) и амидопирин (4% раствор 0,1 кг/массы), а также сосудорасширяющие препараты — папаверин с дибазолом в возрастной дозе (не смешивая в одном шприце!).

Отсутствие эффекта от терапии в течение 1–1,5 часов является показанием для госпитализации ребенка в стационар, где могут быть использованы ганглиоблокаторы, ГОМК, фторотановый наркоз.

В стационарных условиях для уменьшения возбуждения (и теплообразования) в диэнцефально-гипофизарной системе вводят внутривенно и внутримышечно дроперидол, седуксен (в возрастных дозах). Более выраженный эффект достигается при введении литической смеси: 1 мл 2,5% раствора аминазина, 1 мл 2,5% раствора дипразина, 0,2 мл 1% раствора промедола, 8 мл 0,25% раствора новокаина. Литическую смесь вводят из расчета одноразовой дозы 0,4–0,5 мл/кг массы тела. При тяжелых гипертермических состояниях повторяют введение смеси каждые 4–7 часов. Литическую смесь не применяют при глубокой коме, резком угнетении дыхания или сердечной деятельности. Вводят никотиновую кислоту (1% раствор) 0,5 мг/кг; пентамин (5% раствор) 2 мг/кг; пипольфен (2,5% раствор) 0,25 мг/кг.

5. При значительных дыхательных и циркуляторных нарушениях необходима дозированная оксигенотерапия (40–60% кислородно-воздушная смесь, увлажненная и подогретая).

6. Комплексные мероприятия по детоксикации, дегидратации, снятию ацидоза, нормализации водно-электролитного обмена. В домашних условиях – это обильное питье, потогонные средства (чай с малиной, медом).

7. При отсутствии эффекта от проводимой терапии – проводят фторантовый масочный наркоз.

После снижения температуры тела до 37,5°C лечебные мероприятия этого направления прекращаются, продолжают лишь лечение основного заболевания.

Стремление добиться снижения субфебрильной температуры (ниже 38°C) с помощью жаропонижающих средств необосновано: не следует угнетать защитные реакции организма.

Диагностическому поиску причин лихорадки и стойкого субфебрилитета у детей помогут данные таблиц № 19 и 20.

Таблица № 19

**Причины лихорадочных состояний у детей
(выше 38°C; ректальной – выше 38,2°C)**

Острые инфекционные заболевания	Повышение температуры в ночные часы. Имеются признаки инфекций – поражение верхних дыхательных путей, кожные высыпания, пятна Филатова–Коплика на слизистой оболочке рта при кори, расстройства пищеварения при кишечных инфекциях, признаки интоксикации (сальмонеллез, острая дизентерия, ботулизм и др.)
Инфекционно-воспалительные заболевания	Отиты, синуситы, тонзиллит, начальная стадия пневмонии (повышение частоты дыхания, физикальные изменения в легких), инфекции мочевой системы (изменение осадка мочи)
Центральная гипертермия	Уменьшение различий кожной и ректальной температуры тела. Начальные стадии менингита, энцефалита, синдром Рейно (неврологическая симптоматика), гипертермия при наркозе (сочетается с мышечной гипертонией), опухоли мозга, злокачественный гипертермический синдром. Особенно склонны недоношенные дети
Гиперсмолярная лихорадка	Дефицит жидкости при нарушениях вскармливания (избыток сахара, белка, соли). Гипертоническая дегидратация при кишечных инфекциях. Конституционная гипертермия. При всех вариантах – повышенная температура в утренние часы
Двигательная гипертермия	Повышение температуры тела при значительных физических нагрузках, снижение в условиях постельного режима
Перегревание	Тепловой удар

Причины рецидивирующей лихорадки и стойкого субфебрилитета

Болезни уха, горла, носа	Хронический фарингит, тонзиллит, синусит, аденоидит, паратонзиллярный абсцесс, хронический отит
Заболевания дыхательных путей и легких	Затяжные бронхиты, пневмонии, респираторные аллергии
Очаговые гнойные процессы	Гнойные заболевания кожи, абсцессы, лимфаденит, мезаденит, скрытые дентальные абсцессы, постинъекционные абсцессы, абсцессы внутренних органов, мозга
Общие инфекционные заболевания	Туберкулез — первичный комплекс, бронхоаденит и др.; бруцеллез, инфекционный мононуклеоз
Аутоаллергические заболевания	Ревматизм, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, периодическая болезнь
Болезни крови и онкопатология	Лейкозы, лимфогранулематоз, злокачественные опухоли
Болезни желудочно-кишечного тракта	Сальмонеллез, дизентерия, вирусные затяжные энтериты, язвенный колит, холецистит, гепатиты
Болезни мочевой системы	Пиелонефрит, инфекции мочевыводящих путей
Нейровегетативная дистония, конституционная лихорадка	Диэнцефальный синдром (фебрильные припадки), постинфекционный субфебрилитет (после перенесенной пневмонии), поствакцинальные реакции, семейное предрасположение к лихорадке
Патология щитовидной железы	Тиреотоксикоз новорожденных от матерей с тиреотоксикозом

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Судорожный синдром — встречается у детей часто, особенно в раннем возрасте.

СУДОРОГИ — произвольные насильственные сокращения скелетных мышц, сопровождающиеся различной степенью нарушения сознания. Это следствие патологически синхронизированного электрического разряда большой группы нейронов. Они могут быть генерализованными или локализованными; клоническими, тоническими и клонико-тоническими. Клонические судороги — кратковременные размашистые, следующие друг за другом сокращения и расслабления отдельных групп мышц (лица, конечностей); они обусловлены раздражением коры головного мозга. Тонические — более длительное сокращение мышц с тоническим разгибанием

конечностей и туловища, что приводит к вынужденному положению отдельных частей тела (обусловлены поражением ствола и подкорковых структур мозга). Клонико-тонические судороги характеризуются периодической сменой тонических и клонических сокращений, при этом частые подергивания отдельных мышц переходят в длительное тоническое напряжение.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ. Судорожный синдром развивается при различных метаболических расстройствах в ЦНС, связанных с нарушением центральной гемодинамики, гипоксией, ацидозом. Частое его возникновение при этих процессах обусловлено онтогенетическими особенностями ЦНС в раннем возрасте, предрасполагающими к генерализованным общемозговым реакциям. Судороги могут быть проявлением нейроинфекций, токсикозов при инфекционных заболеваниях, эндокринной патологии, эпилепсии. Поэтому диагностический процесс следует проводить в отношении различных органических поражений ЦНС; реакций ЦНС на травму, интоксикацию, тяжело протекающие острые и хронические инфекционные заболевания, на гипертермию, обменные нарушения. У детей раннего возраста наиболее частые причины судорог — гипокальциемия (в частности, при лечении рахита или спонтанно возникает спазмофилия), менингоэнцефальные реакции (в частности, в поствакцинальном периоде), судорожный и гипертензионно-гидроцефальный синдром в разные периоды перинатальной энцефаломиелопатии.

У детей в возрасте 6 мес — 5 лет до 40% всех судорожных эпизодов являются **фебрильными**, или гипертермическими. Фебрильные судороги развиваются на фоне высокой лихорадки, продолжаются до 5 мин, имеют в большинстве случаев благоприятный прогноз.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА. Судорожный синдром начинается с внезапного двигательного возбуждения, чаще с тонической фазы: туловище и конечности ребенка «застывают», дыхание прекращается примерно на минуту, кожа бледнеет, приобретает цианотоничный оттенок, сознание нарушается от легкой степени до комы. Затем появляется хриплый вдох, и приступ переходит в клоническую фазу с частыми сокращениями скелетных мышц.

Если приступы повторяются без восстановления сознания, — это **судорожный статус**, опасный развитием отека мозга циркуляторно-гипоксического генеза.

ТРЕБУЕМЫЕ ЭКСТРЕННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ при судорогах у детей: определение уровня глюкозы, кальция, магния, натрия, бикарбонатов, азота мочевины, креатинина, билирубина в крови, газового состава артериальной крови; люмбальная пункция для выявления нейроинфекции или кровоизлияния.

конечностей и туловища, что приводит к вынужденному положению отдельных частей тела (обусловлены поражением ствола и подкорковых структур мозга). Клонико-тонические судороги характеризуются периодической сменой тонических и клонических сокращений, при этом частые подергивания отдельных мышц переходят в длительное тоническое напряжение.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ. Судорожный синдром развивается при различных метаболических расстройствах в ЦНС, связанных с нарушением центральной гемодинамики, гипоксией, ацидозом. Частое его возникновение при этих процессах обусловлено онтогенетическими особенностями ЦНС в раннем возрасте, predisposing к генерализованным общемозговым реакциям. Судороги могут быть проявлением нейроинфекций, токсикозов при инфекционных заболеваниях, эндокринной патологии, эпилепсии. Поэтому диагностический процесс следует проводить в отношении различных органических поражений ЦНС; реакций ЦНС на травму, интоксикацию, тяжело протекающие острые и хронические инфекционные заболевания, на гипертермию, обменные нарушения. У детей раннего возраста наиболее частые причины судорог — гипокальциемия (в частности, при лечении рахита или спонтанно возникает спазмофилия), менингоэнцефальные реакции (в частности, в поствакцинальном периоде), судорожный и гипертензионно-гидроцефальный синдром в разные периоды перинатальной энцефаломиелопатии.

У детей в возрасте 6 мес — 5 лет до 40% всех судорожных эпизодов являются **фебрильными**, или гипертермическими. Фебрильные судороги развиваются на фоне высокой лихорадки, продолжаются до 5 мин, имеют в большинстве случаев благоприятный прогноз.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА. Судорожный синдром начинается с внезапного двигательного возбуждения, чаще с тонической фазы: туловище и конечности ребенка «застывают», дыхание прекращается примерно на минуту, кожа бледнеет, приобретает цианотичный оттенок, сознание нарушается от легкой степени до комы. Затем появляется хриплый вдох, и приступ переходит в клоническую фазу с частыми сокращениями скелетных мышц.

Если приступы повторяются без восстановления сознания, это **судорожный статус**, опасный развитием отека мозга циркуляторно-гипоксического генеза.

ТРЕБУЕМЫЕ ЭКСТРЕННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ при судорогах у детей: определение уровня глюкозы, кальция, магния, натрия, бикарбонатов, азота мочевины, креатинина, билирубина в крови, газового состава артериальной крови; люмбальная пункция для выявления нейроинфекции или кровоизлияния.

НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, независимо от патогенеза судорожного синдрома, направлены на подавление возбудимости ЦНС и восстановление адекватного дыхания:

- придание горизонтального положения с мягкой подушкой;
- обеспечение доступа свежего воздуха;
- аспирация слизи из верхних дыхательных путей (очистить ротовую полость от слизи, пищи, рвотных масс);
- предотвращение западания языка, аспирация рвотных масс (голову повернуть набок, нижнюю челюсть приподнять);
- физические методы охлаждения при гипертермии.

Далее следует позаботиться об адекватной дыхательной и сердечной деятельности, устранении метаболических нарушений.

Для купирования судорожного синдрома препаратом выбора является седуксен (диазепам, реланиум, сибазон — из группы транквилизаторов) в/м или в/в на 10% растворе глюкозы или изотоническом растворе натрия хлорида, в дозе 0,2 мг/кг (в тяжелых случаях до 0,4 мг/кг). Разовая доза детям до 3 месяцев 0,2 мл 0,5% раствора (по 0,04 мл/кг), от 3 месяцев до 1 года 0,25–0,5 мл, от 3 до 5 лет 1–1,5 мл, в школьном возрасте 2–3 мл.

Обычно препарат хорошо переносится, однако передозировка опасна угнетением дыхания, снижением АД.

Побочные эффекты седуксена — мышечная гипотония, сонливость, вялость.

Для уменьшения опасности развития отека мозга внутримышечно вводят 25% раствор магния сульфата из расчета 0,2 мл/кг массы тела, детям старше 3 лет 1 мл/год жизни (не более 10 мл); фуросемид в дозе 2 мг/кг массы тела, маннитол. Их следует сочетать с введением в организм препаратов калия (панангин, аспаркам, хлорид калия).

В стационарных условиях при необходимости в комбинации с седуксеном вводят натрия оксibuтират (ГОМК) в дозе 70–100–150 мг/кг внутривенно струйно или капельно на изотоническом растворе натрия хлорида или 5% растворе глюкозы. Для предупреждения или купирования отека мозга вводят наряду с салуретиками (лазикс, фуросемид) осмодиуретики (маннитол, сорбитол), концентрированную плазму, альбумин.

При некупирующихся судорогах (судорожный статус) проводят барбитуровый наркоз: гексенал или натрия тиопентал в виде 0,5–1% раствора внутривенно на 5% растворе глюкозы по 3–5–10 мл (40–50 мг/год жизни); ингаляционный наркоз (фторотан, закись азота).

Дополнительно назначают внутрь фенобарбитал в дозе 1 мг/кг 3 раза в сутки (при невозможности глотания — вводят через зонд).

Антигистаминные препараты (тавегил, супрастин, димедрол) потенцируют действие противосудорожных препаратов.

Для профилактики рецидива судорожного приступа используют фенobarбитал и дифенин в сочетании с диакарбом.

При гипокальциемических судорогах внутривенно вводят 10% раствор кальция глюконата из расчета 1–1,5 мл/кг массы тела в сутки в 2–3 приема с последующим приемом препарата по 1 чайной ложке 4–6 раз в сутки внутрь.

При фебрильных судорогах, кроме жаропонижающих средств, назначают фенobarбитал в дозе 3 мг/кг внутрь.

В ряде случаев проводится лечебно-диагностическая люмбальная пункция, но она противопоказана при тоническом характере судорог и наличии симптомов поражения ствола мозга.

После купирования судорог назначают поддерживающие дозы фенobarбитала, бромиды, витамины С, группы В, РР.

Госпитализация детей с судорожным синдромом обязательна в детском неврологическое отделение, при инфекционной природе заболевания — в инфекционное отделение, в тяжелых случаях — в отделение РИГ. В последующем при всех заболеваниях они получают поддерживающую антиконвульсивную терапию (реланиум, люминал, дифенин), длительность которой определяет невропатолог.

ПРОГНОЗ. Важное прогностическое значение имеют продолжительность приступа, тяжесть дыхательных расстройств, глубина и длительность нарушения сознания при выходе из приступа, появление очаговых неврологических симптомов.

Преобладание тонической фазы приступа — свидетельство тяжелой гипоксии мозга (нередко с продолжительными нарушениями сознания). Распространение отека на ствольные структуры мозга может приводить к сердечно-сосудистым и дыхательным расстройствам, коллапсу, глубокой коме, угрожающих жизни больного ребенка.

Диагностическому поиску причин судорог у детей, что необходимо для назначения этиотропной терапии, могут помочь приведенные ниже клинико-anamnestические данные:

1. Судороги **аллергической** природы — поствакцинальные, сопровождаются повышением температуры тела, имеют сходство с фебрильными судорогами.

2. Судороги **инфекционной** природы — при инфекционных заболеваниях, протекают у маленьких детей по типу эпилептических припадков (эпилептическая реакция), быстро купируются при своевременно начатом лечении. Их повторение свидетельствует об опасности формирования эпилептического очага. При **фокальных** припадках думают об очаговом поражении мозга вследствие энцефалита.

3. **Фебрильные** (гипертермические) судороги — в виде клонико-клонических, проявляются у детей первых трех лет жизни при

повышении температуры выше 38°C вследствие инфекционных заболеваний, чаще бывают у мальчиков. Могут сопровождаться ютой, общим возбуждением. Нет локальной неврологической симптоматики (патологических рефлексов, ригидности затылочных мышц). Продолжительность — от нескольких секунд до 15–20 мин. повторение приступа в течении болезни редко; но если они повторяются или длятся более 1 часа, необходимо исключить эпилепсию. Предполагается семейная предрасположенность. Дифференцировать следует с менингитом, внутричерепным кровоизлиянием, гипогликемией.

4. Судороги вследствие **метаболических нарушений:**

а) гипокальциемические судороги:

карпопедальный спазм — тоническое напряжение мускулатуры топ и кистей: кисти согнуты, ротированы внутрь, большой палец риведен к ладони («рука акушера»), стопы в подошвенном сгибании. Характерен для спазмофилии (рахитической тетании), гипопаратиреоза (при этой патологии спазм может продолжаться часами);

ларингоспазм (возможна судорога голосовой щели) — развивается преимущественно у детей на искусственном вскармливании, при недостаточности солей кальция и витамина Д, на фоне различных заболеваний. Появляется звучный стонущий крик, затрудненныйдох, остановка дыхания как результат повышенной возбудимостисервно-мышечного аппарата гортани. Ребенок бледнеет, губы цианотичны. Характерно двигательное беспокойство или застывание запрокидыванием головы, тоническое напряжение туловища и конечностей, взбухание большого родничка. Приступ продолжается от нескольких секунд до 1–2 мин, завершается несколькими шумными свистящими вдохами; может повторяться до 20 раз в сутки. Приступы характерны для гипопаратиреоза и спазмофилии в зимне-весенний период) и связаны со снижением концентрации ионизированного кальция в крови и других экстрацеллюлярных жидкостях;

спазмофилия (рахитическая тетания) — помимо перечисленных форм судорог (карпопедального спазма и ларингоспазма) проявляется склонностью к общим и местным тоническим, реже клоническим судорогам. Могут быть симптомы бронхоспазма. Следует знать симптомы латентной (скрытой) спазмофилии в виде повышеннойсервно-мышечной возбудимости различных групп мышц: **симптом Гюстека** — сокращение мимической мускулатуры лица при легком поколачивании пальцем между скуловой дугой и углом рта; **симптом Труссо** — напряжение кисти в положении «рука акушера» при давлении сосудисто-нервного пучка в бороздке двуглавой мышцы; **симптом Люста** — поднятие наружного края стопы и отведение ноги

при поколачивании в области головки малоберцовой кости (в месте прохождения перонеального нерва). Спазмофилия наблюдается у детей в возрасте от 4 месяцев до 1,5 лет, находящихся на искусственном вскармливании, с клиникой рахита, в основном в зимне-весенний период. Диагностически значимы: снижение концентрации ионизированного кальция в сыворотке крови (менее 0,9 ммоль/л); алкалоз — респираторный, реже метаболический;

эклампсические судороги — клонические судороги вследствие церебральной дизритмии из-за повышенной нервно-мышечной возбудимости;

б) при наследственных дегенеративных заболеваниях (липоидозы, лейкодистрофии, аминокислотопатии) судороги начинаются в неонатальном периоде и продолжаются на фоне задержки психомоторного развития, неврологических и соматических изменений;

в) миоклонус — эпилепсия. Судороги обычно проявляются после 10 лет. Первое проявление — либо миоклонический гиперкинез, либо эпилептический припадок. В дальнейшем — их сочетание.

4. Судороги нейрогенной природы:

аффективные (аффективно-респираторные) — у детей от 6 мес до 3 лет, кратковременные; на фоне плача возникает инспираторная задержка дыхания, сопровождающаяся асфиксией, потерей сознания, выраженной адинамией;

истерические — при неврозах с повышенной возбудимостью (обязательно исключить органическое поражение ЦНС);

физические раздражители (проводят ИВЛ, в последующем валериана, бром; витамины группы В, кальция).

5. Судороги пернода новорожденности (при перинатальных повреждениях мозга — метаболических: ацидоз, алкалоз, гипербилирубинемия, гипогликемия, гипокальциемия, пиридоксиновая зависимость, гипомagneзиемия, гипопаратиреоидизм; — врожденных anomalies мозга) — проявляются в виде: генерализованных тонических или клонических судорог; тонического напряжения мышц с вычурными позами; фокальных двигательных припадков; импульсивных вздрагиваний, флексорных спазмов; пароксизмальных движений лицевой мускулатуры глаз, языка, рта (гримасы); вегетативно-сосудистых и вегетативно-висцеральных пароксизмов (бледность или покраснение кожи, цианоз, бради- или тахикардия, бради- или тахипноэ); кратковременных повторяющихся приступов апноэ, цианоза, сопровождающихся криком.

6. Судороги при соматических заболеваниях (пороки сердца и нарушения ритма; болезни крови, коллагенозы, комы, опухоли головного мозга) — имеют в своей основе нарушение мозгового кровообращения и гипоксию ткани мозга, гипогликемию, уремию, внутричерепную гипертензию, отек и др. патологические процессы.

7. Судороги вследствие травм и отравлений — имеют четкую связь с действием повреждающих факторов, клинические проявления разнообразны и наслаиваются на клинику основного заболевания.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

ОСТРАЯ АНЕМИЯ (малокровие) — синдром, характеризующийся быстрым уменьшением содержания гемоглобина и эритроцитов в системе кровообращения. Основные причины:

1. Наружная или внутренняя кровопотеря (постгеморрагическая анемия).
2. Разрушение эритроцитов в кровяном русле (гемолитическая анемия).
3. Нарушение кроветворения вследствие поражения костного мозга (апластическая анемия).

Как и любая другая патология у детей, проявления и причины анемии зависят от возраста.

Анемией у новорожденных следует считать снижение уровня гемоглобина ниже 150 г/л (в капиллярной крови) и числа эритроцитов ниже $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, гематокритного числа — ниже 0,4. С этой патологией встречаются неонатологи родильного дома и детских больниц.

Анемический синдром у детей старше периода новорожденности и до 5 лет диагностируется при снижении в периферической крови количества гемоглобина менее 110 г/л или числа эритроцитов менее $4 \cdot 10^{12}$ /л или того и другого.

У детей старше 5 лет анемия диагностируется при снижении уровня гемоглобина в периферической крови ниже 123 г/л.

АНЕМИЯ ПОСТГЕМОМОРРАГИЧЕСКАЯ

Острое развитие постгеморрагической анемии у детей старше периода новорожденности наблюдается при травме, нарушении свертывающей и антисвертывающих систем (коагулопатии — в том числе гемофилия), тромбоцитопении, увеличении проницаемости сосудистой стенки и др.

У детей грудного возраста выраженная клиническая симптоматика постгеморрагической анемии возникает при острой кровопотере 100 мл, у детей старшего возраста — 200–500 мл. Клинические проявления такой кровопотери: обморочное состояние, тошнота, иногда рвота, жажда, заостренные черты лица, холодный пот, холодные и бледные кисти и стопы с цианозом. Пульс малый, частый (при больших кровопотерях нитевидный), АД снижено. Состояние ухудшается при переходе из горизонтального положения в верти-

кальное — усиливается головокружение, потемнение в глазах, нередко потери сознания.

В начальной фазе (до суток) степень анемизации по анализам периферической крови и гематокритному показателю не соответствует тяжести кровопотери. Лишь по мере замещения потерянной крови тканевой жидкостью (и лечения больных кровезаменяющими растворами) наступает гемодилуция, в крови снижается содержание гемоглобина и эритроцитов. Анемия нормохромная, наблюдается тромбоцитоз, лейкоцитоз со сдвигом влево. При постепенном развитии постгеморрагическая анемия гипохромная, микроцитарная, нормо- или гиперрегенераторная.

НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

На догоспитальном этапе останавливают кровотечение наложением жгута, давящих повязок, прижатием кровоточащих сосудов, тампонадой носа и др. При наружных кровотечениях применяют гемостатическую губку, фибринную пленку, биоклей, орошают места кровотечения 5% раствором Е-АКК;

— при полостных кровотечениях и из паренхиматозных органов в стационарных условиях внутривенно вводят свежезамороженную плазму (10–15 мл/кг), внутримышечно — 1–2 мл 1% раствора викасола, 1–2 мл 12,5% дицинона или адроксона. Внутривенное введение Е-АКК показано при всех кровотечениях, кроме паренхиматозных, обусловленных системным микро-тромбоваскулитом и ДВС-синдромом (в последнем случае оно строго противопоказано);

— восполнение потери крови и лечение коллапса следует начинать со струйного внутривенного введения глюкозо-солевых растворов — изотонического раствора натрия хлорида, раствора Рингера, лактосола, 5% раствора глюкозы, а также свежесцитратной крови, прямых переливаний крови;

— при критическом падении АД с этими растворами однократно вводят 0,5–1 мл 0,2% раствора норадреналина;

— после этого для более устойчивого восстановления гемодинамики и ОЦК внутривенно капельно вводят 5% раствор альбумина, коллоидные кровезаменители осмотического действия — полиглюкин (декстран, макродекс) желатиноль или реополиглюкин. Соотношение объемов вводимых глюкозо-солевых растворов к коллоидным 2:1 или 3:1. Коллоидные растворы частично можно заменить трансфузиями свежезамороженной плазмы;

— при снижении уровня гемоглобина ниже 70–80 г/л вводят эритроцитарную массу.

Следует опасаться посттрансфузионных осложнений и усугубления нарушений микроциркуляции в органах в связи с большими объемами вводимой консервированной крови.

После купирования кровотечения и стабилизации гемодинамики назначают препараты железа: в первые 3–4 дня внутривенно — полифер по 100–200 мл в сутки, ферковен по 2–3 мл и феррум-лек по 2,5–5 мл (вводить медленно), при более легкой анемизации — препараты железа внутрь перед едой — феррокаль, ферроплекс, ферроцерон и др.

ОСОБЕННОСТИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГЕМОФИЛИИ А (наследственно обусловленном дефиците фактора свертывания VIII), с клиникой постинъекционных гематом, подкожных и внутримышечных кровоизлияний (у новорожденных — кровотечений из пупочного канатика), носовых кровотечений при падениях, ушибах, гемартрозов:

— внутривенные инфузии свежезамороженной плазмы, антигемофильной плазмы, криопреципитата, концентрат VIII фактора (который лабилен и не сохраняется в консервированной крови и нативной плазме). Объем вводимой плазмы — 10–15 мл/кг, чтобы не перегружать систему кровообращения, 2–3 раза в сутки (так как время полураспада фактора VIII в плазме составляет 8–12 час);

— криопреципитат наиболее активен, доступен, дешев среди концентратов VIII фактора и может быть введен в больших количествах без опасения перегрузки системы кровообращения при лечении обильных кровотечений. Хранят его при -20°C , так как при оттаивании он быстро утрачивает свою активность. Вводят в дозах 30–40 ед/кг сут. через 12 час (1 ед. криопреципитата по активности соответствует 200 мл антигемофильной плазмы);

— все антигемофильные препараты вводят внутривенно струйно, до остановки кровотечения, не смешивая с другими инфузионными растворами;

— ацетилсалициловая кислота и препараты, влияющие на функцию тромбоцитов, противопоказаны при гемофилии;

— кровь и ее препараты должны быть проверены на антигены ВИЧ.

Ребенок с клиникой геморрагий должен быть госпитализирован в детское гематологическое отделение.

Лабораторные критерии диагностики гемофилии: выраженное удлинение времени свертывания крови, изменение потребления протромбина, генерации тромбопластина при нормальном тромбо-тесте и одноэтапном протромбиновом времени Квика.

При гемофилии В (наследственном геморрагическом диатезе, обусловленном недостаточностью фактора IX — плазменного компонента тромбопластина) — помогают инфузии свежезамороженной плазмы (в которой фактор IX хорошо сохраняется) по 10–15 мл/кг 1 раз в сутки, в то время как криопреципитат неэффективен;

— активны концентраты, включающие фактор IX: ППСБ — концентрат протромбина, проконвертина, фактора Стюарта или X,

антигемофилического ФАКТОРА В или IX, то есть смесь всех синтезируемых в печени К-витаминзависимых факторов. Однако есть опасность гиперкоагуляции при его избыточном введении, а следовательно — тромбоза и ДВС-синдрома;

— концентрат фактора IX высокой степени очистки.

ОСОБЕННОСТИ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ:

— **при носовом кровотечении** — абсолютный покой, в положении полусидя, с умеренно запрокинутой головой; запрещается сморкаться; лед на переносицу (или марля, смоченная в холодной воде); тампоны, смоченные 3% раствором перекиси водорода — в носовые ходы (или гемостатическая губка, которую прижимают к носовой перегородке). Если кровотечение не прекращается, выполняют переднюю тампонаду носа тампоном, смоченным теми же растворами. Внутрь назначают 10% раствор кальция хлорида или глюконат кальция (по показаниям внутривенно 1–5 мл), рутин, витамин С.

Ребенок подлежит госпитализации в оториноларингологическое отделение.

Кровотечения из пищеварительного тракта.

Клинически характеризуются кровавой рвотой или кровавым стулом.

Наиболее частой **причиной** кровотечения у детей 1–3 лет бывает инвагинация кишки, грыжа пищевого отверстия диафрагмы; у 3–7-летних — полипоз толстого кишечника, старше 7 лет — варикозное расширение вен пищевода и желудка, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивный и аллергический гастрит. Кровотечение из пищевода при портальной гипертензии и расширении его вен обычно длительное и обильное. Возникает рвота с темной (венозной) кровью, ухудшается состояние больного, развивается выраженная анемия и даже коллаптоидное состояние. О портальной гипертензии будет свидетельствовать гепатомегалия, спленомегалия и расширенные подкожные вены передней брюшной стенки.

Неотложные мероприятия на I-м этапе: восполнение кровопотери и остановка кровотечения (ввести в пищевод компрессионный зонд); — госпитализация ребенка в хирургический стационар.

Кровотечение из **кардиального отдела** пищевода на почве язвенно-эрозивного процесса обычно проявляется примесью алой крови в рвотных массах и возникает при постоянной механической травме (при грыже пищеводного отверстия диафрагмы) или в результате забрасывания кислого желудочного содержимого (при коротком пищеводе).

В диагностике решающими являются данные рентгенологического исследования с барием и эндоскопия. Диагностика и лечение (только оперативное!) — в хирургическом стационаре.

Для кровотечения из прямой кишки (или полипозе) характерна «полоска крови» на каловых массах и отдельные сгустки крови при окончании дефекации. Кровотечение обычно не обильное и не ухудшает состояния больного. Лечение оперативное (электрокоагуляция полипов) при ректоромано- или колоноскопии, в хирургическом стационаре.

ГЕМОЛИТИЧЕСКИЕ АНЕМИИ

Анемический синдром такого генеза у детей встречается, прежде всего, при наследственном микросфероцитозе (быстрая сферуляция эритроцитов в селезенке из-за аномалии эритроцитарной мембраны), называемой также анемией Минковского—Шоффара. Впервые она может обнаруживаться не только в периоде новорожденности, но и в другие периоды жизни. Поздний диагноз, как правило, связан с легким течением заболевания, привычкой больного к своему состоянию и незнанием состояния здоровья. Классическая клиническая триада: анемия, желтуха, спленомегалия — характерна для тяжелых и средне-тяжелых форм у детей старшего возраста и у взрослых. В более раннем возрасте бывают выражены не все симптомы, чаще это желтуха, спленомегалия, пигментирование мочи и кала; могут быть вялость, слабость, пониженный аппетит, боли в животе, одышка, сердцебиение, субфебрильная температура; свойственные анемической гипоксии сердечные шумы.

При раннем начале возможны изменения скелета, вызванные чрезмерной эритроидной костно-мозговой гиперплазией: утолщение лобной и других костей черепа («башенный» череп), широко расставленные глаза, широкая переносица, готическое небо, узкие зубные дуги и нарушение зубного ряда.

При тяжелых формах анемии, проявляющихся с раннего возраста, может задерживаться физическое и умственное развитие. Вследствие повышенного выделения билирубина могут образовываться камни в печени и желчном пузыре (печеночные колики) уже в более старшем возрасте.

Заболевание протекает с гемолитическими кризами, при которых все симптомы резко усиливаются: повышение температуры, восковая бледность, желтуха, тошнота и рвота, резкая слабость. При тяжелой гемической гипоксии — тахикардия, одышка, сердечная недостаточность, потеря сознания. Могут развиться гипопластические кризы (при наложении паровирусной инфекции).

У новорожденных в клинической картине преобладает желтуха, без спленомегалии; анемия вначале «маскируется» физиологическим эритроцитозом, а осмотическая резистентность не снижается из-за высокого содержания фетального гемоглобина. Имеется высокий риск тяжелого поражения нервной системы токсическим непрямым билирубином.

Дополнительные диагностические критерии наследственной микросфероцитарной анемии Минковского—Шоффара (вне криза): эта анемия нормохромная, микросфероцитарная (меньший диаметр эритроцитов связан с их сферуляцией — шаровидной формой, в то время как средний их объем нормальный и даже несколько больше нормального из-за большей толщины); с анизоцитозом (за счет нормальных эритроцитов, поступающих из костного мозга в кровь); со снижением осмотической резистентности эритроцитов до 0,6–0,7 (мин) и 0,4–0,44 (макс.) % NaCl, снижением механической стойкости; с ретикулоцитозом от 30–40% до 400 и более при тяжелых формах; повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови в среднем до 68–102 мкмоль/л.

Обследование и лечение во время гемолитического или болевого криза проводится в детском гематологическом отделении стационара.

Кризы купируются трансфузиями крови и эритроцитарной массы. Современные антианемические препараты не дают излечения.

С 5-летнего возраста показана спленэктомия, после которой наблюдается стойкое клиническое выздоровление, практически нормализуется интенсивность разрушения и образования эритроцитов, прекращается анемия, желтуха, хотя мембранный дефект эритроцитов не исправляется.

В то же время после спленэктомии, особенно в течение первых трех лет после операции, следует хорошо защищать ребенка от инфекций с применением антибиотиков.

ДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ

Наряду с достаточно острым развитием анемического синдрома при геморрагиях и усиленном гемолизе, у детей весьма распространены более медленно развивающиеся «дефицитные анемии». Они бывают преимущественно белково-, или витамино-, или железodefицитными. У женщин фертильного возраста и детей наиболее часто (у детей — в 90% случаев) анемия обусловлена именно дефицитом железа, обычно сочетающимся с недостаточным поступлением в организм белков и витаминов, также участвующих в кроветворении.

Их общая причина — недостаточное поступление в организм или нарушение всасывания продуктов, необходимых для построения молекулы гемоглобина. Самую большую группу среди них составляют **анемии алиментарные**, связанные с дефицитом железа, белка и витаминов при частичном голодании или при патологических состояниях, препятствующих нормальному всасыванию пищи из кишечника (целиакия, экссудативная и белково-депривная, язвенный колит и др.). В популяции железodefицитная анемия встречается с частотой 90%, ею страдают до 100% беременных женщин, у детей до 4 лет ее частота 40%.

К предрасполагающим факторам относится раннее искусственное вскармливание, позднее введение прикорма, длительное одностороннее (молочное) вскармливание, вегетарианская пища, лишенная животного белка; частые заболевания ребенка; рахит, гипотрофия, недоношенность. Следует учитывать, что и при правильно проводимом естественном вскармливании дефицит железа (а также меди, цинка, кобальта, витамина С и Е) является у детей первого года жизни самым распространенным «пищевым» дефицитом; это обосновывает необходимость ранней коррекции молочного питания. Истощение фетальных запасов железа происходит к 5–6 мес жизни у доношенных детей, к 3–4 мес — у недоношенных.

До 2–3-летнего возраста баланс железа у детей находится в напряженных условиях в связи не только со спецификой питания, но и быстрым ростом и недостаточным запасом депонированного железа при рождении. Поэтому 85–90% случаев железодефицитных анемий у детей относится к возрасту до 3 лет, и лишь к 3 годам баланс железа в организме приближается к нормальному.

У детей старше 3 лет, как и у взрослых, возможны следующие три причины возникновения железодефицитной анемии: 1. Недостаточный подвод железа с пищей. 2. Пониженная абсорбция алиментарного железа. 3. Повышенное потребление или потеря железа.

В зависимости от степени снижения гемоглобина различают легкие (Hb 90–110 г/л), среднетяжелые (Hb 60–80 г/л) и тяжелые (Hb менее 60 г/л) формы анемии. Число эритроцитов снижается соответственно до $3,5-2,8 \cdot 10^{12}$ /л и ниже, анемия клинически проявляется бледностью кожных покровов (разной степени и оттенков), слизистых оболочек.

Поскольку железо, наряду с участием в транспорте кислорода гемоглобином, принимает участие в синтезе 13 ферментных систем и миоглобина, клинические проявления железодефицитной анемии захватывают многие системы органов.

Наиболее характерные неспецифические синдромы: астеноневротический (отставание в развитии, снижение эмоций и интеллекта), эпителиальный (бледность, дистрофия, воспаление кожи и слизистых), иммунодефицитный (ОРВИ и кишечные инфекции учащаются в 2–3 раза, у 35% больных рано формируются очаги хронической инфекции); сердечно-сосудистый и гепатолиенальный.

Так, при анемии средней тяжести отмечается значительная вялость, апатия, адинамия, плаксивость, резкое снижение аппетита. Кожа при осмотре сухая, волосы могут стать тонкими и редкими. Язык может быть обложен, с атрофией нитевидных сосочков на кончике. Пульс становится частым, на верхушке сердца выслушивается нежный систолический шум функционального характера.

При тяжелой анемии ребенок резко заторможен, вялый, аппетит отсутствует, возникают запоры. У некоторых детей появляется стрем-

ление есть графит, кирпич, глину, землю. Кожа бледная, с восковидным оттенком, ногти нередко изменены (истончение, слоистость), волосы тусклые, выпадают. В углах рта заеды. Язык «лакированный» (лишен нитевидных и грибовидных сосочков на всем протяжении). Нарастают изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, появляется одутловатость лица, пастозность ног. Выраженная гепатоспленомегалия обуславливает значительное увеличение живота.

Лабораторные диагностические критерии железодефицитной анемии у детей: анемия гипохромная, с микроцитозом и ретикулоцитозом (17–20%), уровень сывороточного железа менее 14,3 мкмоль/л, железосвязывающая способность сыворотки повышена (более 78 мкмоль/л).

К вариантам железодефицитной анемии следует относить позднюю «физиологическую» анемию детей второго полугодия жизни (у недоношенных она развивается раньше — в 3–4-месячном возрасте), алиментарную или инфекционно-алиментарную анемию детей раннего возраста и **скрытый дефицит железа**; у детей пре- и пубертатного возраста — **хлороз**.

Поздняя «физиологическая» анемия имеет все признаки железодефицитной — она гипохромная, микроцитарная, гиперрегенераторная. Без соответствующего лечения уровень гемоглобина начинает повышаться лишь к концу 2-го года жизни, а полная нормализация баланса железа может затянуться на несколько лет. Длительная анемия и дефицит железа отрицательно влияют на общее развитие и сопротивляемость детей, предрасполагает к повышенной инфекционной заболеваемости.

Профилактика и лечение поздней «физиологической» анемии:

- выдерживание 2-летнего интервала между беременностями;
- гемоглобиновое «оздоровление» матери во время беременности (контроль за анализами крови; курсы глутамевита — поливитаминного комплекса с железом, медью и солями кальция, калия);
- раннее назначение препаратов железа (с 1 мес) детям группы риска по развитию дефицита железа (недоношенным, от многоплодной беременности, от матерей с анемией, с кровопотерями из фетальной циркуляции) в суточной дозе по элементарному железу 30–45 мг в течение 2 мес, затем курс продолжается в уменьшенных дозах. Отечественные препараты «выбора» — восстановленное (закисное) железо, лактат железа, сульфат закиси железа, аскорбинат железа и содержащие их феррокаль и ферроплекс; сироп алоэ с железом по-прежнему используется благодаря удобной «детской» форме.

Клиническая картина **скрытого дефицита железа**: умеренная бледность кожных покровов, видимых слизистых оболочек, сухость кожи, трофические изменения волос, ногтей, довольно часто — извращение вкуса, респираторные заболевания.

У ряда детей выявляется астеновегетативный синдром: беспокойный сон, раздражительность, утомляемость, головокружение, головные боли. Несколько реже — атрофический глоссит и ангулярный стоматит.

Все эти симптомы определяются при нормальных показателях периферической крови, но есть снижение уровня сывороточного железа, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови.

Хлороз — своеобразная форма железодефицитной анемии, встречается у девочек в пре- и пубертатном периодах. Проявляется слабостью, легкой утомляемостью, иногда обмороками, головокружениями, сердцебиением, снижением аппетита, склонностью к запорам. Кожа алебастровой бледности, у некоторых — с зеленоватым оттенком. Боли в эпигастрии, извращение вкуса сочетается с олиго- или аменореей. Возрастно-половая обусловленность патологии свидетельствует об участии в патогенезе эндокринных факторов.

ЛЕЧЕНИЕ. Назначают сбалансированную диету, с высоким содержанием витаминов, микроэлементов, железа; пищеварительные ферменты; препараты закисного железа внутрь (в дозе 4–5 мг элементарного железа на 1 кг массы тела в сутки в течение 2 мес, затем на срок до 6 мес — в половинной, профилактической дозе — ферроплекс, фесовит).

Удобные лекарственные формы для детей начиная с первого года жизни — капли и сироп активферрина внутрь (по 5 капель/1 кг массы, 2–3 раза в сутки, для грудных детей — 10–15 капель 3 раза в сутки, дошкольникам и школьникам — по 35 и 50 капель 3 раза в сутки). Лечение продолжается не менее 4 мес после достижения нормальных показателей гемоглобина и сывороточного железа. 1 капля содержит 47,2 мг железа закисного (Германия, фирма «Меркле»).

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Система гемостаза обеспечивает, с одной стороны, предупреждение и остановку кровотечения (тромбирование в месте повреждения сосуда), с другой — сохранение жидкого состояния циркулирующей крови (предупреждение тромбообразования в системном кровотоке). Известны три звена гемостаза: сосудистое, тромбоцитарное и плазменное, каждое из которых имеет элементы прокоагуляции (способствующие образованию сгустка) и антисверывающие, фибринолитические факторы.

В связи с тесной взаимосвязью про- и антикоагулянтной, про- и антифибринолитической активности сосудистого, тромбоцитарного и плазменного звеньев гемостаза нетяжелое повреждение или недостаточность одного из гемостатических механизмов у детей (наследственная или приобретенная) может быть длительное время компенсирована за счет усиленной функциональности другого, и благодаря этому не проявляется клинически повышенной кровоточивости. Геморрагический синдром может появиться лишь при присоединении дополнительного «возмущающего фактора» (у детей это обычно инфекционное заболевание или назначенные в связи с ним медикаменты: гиповитаминозы и другие пищевые дефициты; в последнее время участились декомпенсированные дисбактериозы, неблагоприятные экологические влияния, обменные нарушения). Отдельные эпизоды повышенной кровоточивости могут быть отделены у ребенка многими месяцами и годами даже при наследственном дефекте гемостаза, а затем «внезапно» учащаются. Это особенно типично для наследственных дефектов тромбоцитов — тромбоцитопатий и болезни Виллебранда. Именно к такой патологии обращен термин «**геморрагические диатезы**». С другой стороны, такие дефекты коагуляционного звена (коагулопатии), как **гемофилии**, при тяжелом дефиците факторов VIII и IX (менее 1% нормы) являются **геморрагическими заболеваниями**.

Для диагностики наследственных дефектов гемостаза у детей крайне важен тщательный сбор анамнеза в отношении минимальных признаков повышенной кровоточивости (периодический кожный геморрагический синдром и носовые кровотечения или кровотечения после травм, порезов, длительность месячных кровотечений у женщин) — не только у самого больного, но и у всех известных родителям их родственников.

В связи с удобством для практической ориентации у «постели» больного ребенка приведем типичные проявления кровоточивости при тромбоцито-, коагуло- и вазопатиях.

Для нарушения тромбоцитарного звена гемостаза характерен **микроциркуляторный**, петехиально-пятнистый (синячковый или экхимозный) тип повышенной кровоточивости: несимметричные, спонтанно возникающие (преимущественно по ночам) кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, «цветущие», т. е. меняющие свою окраску; периодические носовые кровотечения и микрогематурия; длительные месячные кровотечения у девушек и женщин; мелена; длительные кровотечения во время «малых» хирургических операций — удаление зубов, адено-, тонзиллоэктомии). Эндотелиальные пробы (жгута, щипка и др.) положительные, продолжительность кровотечения удлинена.

Для нарушения коагуляционного звена гемостаза характерен **гематомный тип** повышенной кровоточивости: болезненные напряженные кровоизлияния в мягкие ткани, суставы, внутренние органы обычно после минимальных травм, инъекций и даже спонтанных кровоизлияния; длительные кровотечения из ран.

Для васопатий характерен **васкулитно-пурпурный тип** повышенной кровоточивости (при инфекционных и аллергических васкулитах): чаще симметричные, нецветущие эритематозные или геморрагические сыпи, нередко сочетающиеся с кишечным кровотечением; они часто трансформируются в ДВС-синдром.

Можно также выделить **ангиоматозный тип** повышенной кровоточивости — при телеангиоэктазиях, ангиомах, артерио-венозных шунтах: упорные, строго локализованные и обусловленные локальной сосудистой патологией кровотечения.

Для ДВС-синдрома характерна смешанная синячковая — гематомная кровоточивость (как и для болезни Виллебранда) и одновременная склонность как к тромбообразованию, так и к кровотечениям из-за гипокоагуляции.

Все первичные геморрагические диатезы и заболевания делят на **3 группы**: коагулопатии; тромбоцитопатии и -пении; васопатии.

Доминируют по частоте нарушения тромбоцитарного звена гемостаза.

ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКИХ ПУРПУР У ДЕТЕЙ

Прежде всего это ранняя клиническая манифестация первичных тромбоцитопений (болезни Верльгофа — идиопатической тромбоцитопенической пурпуры — в дошкольном возрасте; врожденной изоиммунной — при несовместимости плода и матери по тромбоцитарным антигенам и врожденной трансиммунной — транзиторной тромбоцитопении новорожденных от матерей, больных тромбоцитопенической пурпурой, красной волчанкой, — у новорожденных; наследственных тромбоцитопений — часто в период новорожденности).

В то же время посттрансфузионные тромбоцитопении (после переливаний крови и тромбоцитной массы) развиваются независимо от возраста. Характерно численное преобладание у детей вторичных (симптоматических) тромбоцитопений, их связь с острым периодом инфекционных заболеваний (особенно перинатальных вирусных инфекций), с аллергическими реакциями и болезнями, протекающими с гиперреактивностью немедленного типа; развитие при коллагенозах и других аутоиммунных заболеваниях, ДВС-синдроме гемоонкологической патологии (лейкозы), гипопластических и витамин В₁₂-дефицитных анемиях, болезнях со спленоомегалией и циррозом печени и др.

При врожденной изоммунной тромбоцитопенической пурпуре (материнский организм сенсибилизируется к отсутствующему в нем и имеющемуся у плода тромбоцитарному антигену А-1) петехиальные и мелкопятнистые геморрагии на коже появляются уже в первые дни жизни; возможны и более тяжелые проявления — кровоизлияния на слизистых оболочках, мелена, носовые кровотечения, легочные, внутрочерепные. Типична умеренная спленомегалия. Тромбоцитопения держится от 2 до 12 недель, но нарастание геморрагического синдрома можно купировать в первые дни жизни.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа), по современным представлениям — всегда следствие иммунопатологического процесса, развивающегося в связи с перенесенными вирусными инфекциями, профилактическими прививками, физическими и психическими травмами, на фоне наследственной предрасположенности. Последняя заключается в наследственной тромбоцитопатии (измененных функциональных свойствах тромбоцитов с повышенной деструкцией их в селезенке, где образуются и антитромбоцитарные антитела), семейных особенностях иммунорегуляции, с легким развитием пролиферации сенсибилизированных к аутотромбоцитам лимфоцитов. В то же время тромбоцитопоз при этом заболевании повышен (большое количество в крови мегакариоцитов). Количественная (тромбоцитопения) и качественная (тромбоцитопатия) неполноценность тромбоцитарного звена гемостаза дополняется повышением проницаемости сосудов (т. к. сосудистый эндотелий лишается ангиотрофической функции тромбоцитов, подвергается дистрофии — отсюда спонтанные геморрагии) и коагулопатией (снижение темпов тромбопластинообразования, повышение фибринолиза), которые всегда вторичны по отношению к тромбоцитопении.

Болезнь Верльгофа может протекать **остро** (менее 6 месяцев), **хронически** — с редкими и частыми рецидивами; может быть непрерывно-рецидивирующее течение. Каждая клиническая форма имеет периоды: обострения (криз), клиническую ремиссию (отсутствие кровоточивости при сохраняющейся тромбоцитопении), клинико-гематологическую ремиссию. В дошкольном возрасте болезнь одинаково часто встречается у мальчиков и девочек; среди старших школьников — в два раза чаще у девочек.

Диагностически значимые симптомы:

клинические — полихромность пурпуры (одновременно на коже обнаруживаются геморрагии разной окраски — от красновато-синеватых до зеленых и желтых, так называемая «шкура леопарда»); **полиморфность** (наряду с разной величины экхимозами имеются петехии); **несимметричность**; **спонтанность** возникновения (преимущественно по ночам); типичны кровотечения — носовые, десневые,

из лунки удаленного зуба, маточные — в пубертатном возрасте); умеренная спленомегалия;

лабораторные: тромбоцитопения (при норме тромбоцитов периферической крови $150-400 \cdot 10^9$ л); увеличение времени кровотечения после стандартной травмы; положительные пробы на резистентность капилляров (жгута, баночная и др.); увеличение количества «недеятельных» мегакариоцитов в костном мозге.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТРОМБОЦИТОПАТИЯМИ:

— новорожденные с изо- и трансиммунными пурпурами должны в первые 2 недели вскармливаться донорским грудным молоком; затем прикладываться к груди матери (с контролем числа тромбоцитов в периферической крови ребенка);

— при всех формах тромбоцитопенической пурпуры показаны Σ -АКК (0,05–0,1 г/кг 4 раза в сутки) и другие препараты, улучшающие адгезивно-агрегационную активность тромбоцитов (адроксон, дидинон, этамзилат, пантотенат кальция, хлорофиллин натрия, АТФ в/м в сочетании с препаратами магния внутрь; фитотерапия);

— в период геморрагического криза Σ -АКК вводят 1–2 раза в день в/в капельно;

— глюкокортикоиды (преднизолон в дозе 2 мг/кг в сутки на 2–3 недели с дальнейшим снижением дозы и отменой) показаны при генерализованном кожном геморрагическом синдроме в сочетании с кровоточивостью слизистых оболочек, кровоизлияниях в склеру, сетчатку глаза, внутренние органы, а также при «влажной» пурпуре, осложнившейся постгеморрагической анемией;

— **спленэктомия** показана при «влажной» форме болезни Верльгофа, длящейся более 6 месяцев и требующей назначения повторных курсов глюкокортикоидов; при острой пурпуре с тяжелой кровоточивостью, не купирующейся на фоне современного консервативного лечения, и при подозрении на кровоизлияние в мозг. Эффективность спленэктомии отмечается у 85% прооперированных больных в виде стойкой клинико-лабораторной ремиссии или значительного уменьшения кровоточивости. Спленэктомия нежелательна у детей до 5 лет (риск сепсиса, пневмококковой инфекции в первый год после операции; в случае ее проведения — «защищать» ребенка ежемесячным введением бициллина-5 в течение года).

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ осуществляется в течение 5 лет при остром течении болезни Верльгофа и до перехода ребенка во взрослую поликлинику — при хроническом. Прививки живыми вакцинами противопоказаны; убитыми штаммами — возможны на фоне десенсибилизирующей терапии через год после острого периода.

Диета обычная. Анализы крови с подсчетом числа тромбоцитов в первые 3 месяца — раз в 2 недели, а также после каждой перенесенной инфекции. Избегать ацетилсалициловой кислоты, ни-

трофуранов, анальгина, карбенциллина, УВЧ и УФО. Фитотерапия — кровоостанавливающий сбор трав, чередовать с 2-недельными курсами препаратов, стимулирующих адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов, и желчегонными. Прогноз при современных методах лечения — благоприятный.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ ГЕМОФИЛИЕЙ ДЕТЬМИ

При организации наблюдения за больными детьми нужно знать следующее:

внутримышечные инъекции по поводу любых заболеваний запрещены; все препараты могут быть введены только внутривенно либо назначены внутрь;

— любой локализации и тяжести кровотечения, припухлость и боль в суставе, подозрение на кровоизлияние во внутренние органы — показание к немедленному (даже ночью) введению концентрированных антигемофильных препаратов;

— аналогично нужно поступать при травме с нарушением целостности кожных покровов;

— больной ребенок должен раз в квартал посещать стоматолога, имеющего опыт лечения детей с гемофилией;

— любые хирургические вмешательства возможны лишь после введения препаратов антигемофильного глобулина. Для введения используются лишь поверхностные вены.

Применяются две программы лечения больных гемофилией:

1) Систематическое трансфузионное лечение (при тяжелой гемофилии: каждые 10–14 дней вводят в/в при гемофилии А криопреципитат VIII фактора от 200 до 600 ЕД в зависимости от возраста; при гемофилии В — нативную концентрированную плазму, содержащую IX фактор, в дозе 150–300 ЕД в зависимости от возраста). Это приводит через 1,5–2 года к 4–5-кратному увеличению уровня VIII и IX факторов и уменьшению тяжести течения болезни.

2) Введение концентратов VIII и IX факторов в первые часы после кровоизлияния или обширной травмы (описано в разделе 4).

Следует знать об опасности повторных вливаний препаратов крови:

— о возможном инфицировании больного рядом вирусов (ВИЧ, гепатита В, реже А, Д, С, Е; цитомегалии, герпеса). Поэтому больных с тяжелой формой гемофилии нужно прививать против гепатита В, обследовать на все эти инфекции;

— о возможном появлении у 10% больных гемофилией антител к VIII или IX факторам, что существенно утяжеляет течение и возможности лечения болезни («ингибиторная» гемофилия).

При необходимости экстракции зуба за полчаса до операции вводят криопреципитат в дозе 15–20 ЕД/кг и дают внутрь Σ -АКК в дозе

0,05 г/кг 4 раза в день (в течение недели). Через 6 часов после операции вновь вводят криопреципитат и затем повторяют в течение 3 дней ежедневно, а затем через день — до эпителизации лунки.

Так же «ведут» больного гемофилией ребенка при других хирургических операциях, но первые две дозы криопреципитата увеличивают до 50 ЕД/кг.

При гемартрозах на 3–4 дня иммобилизируют сустав (покой и наложение эластичного бинта); при выраженных, болезненных гемартрозах показана пункция сустава и удаление крови (хирургом, после переливания криопреципитата). При повторных гемартрозах и выраженной гемофильной артропатии (I степень — припухлость мягких тканей, расширение суставной щели без изменения костей; II степень — остеопороз в эпифизах и эпифизиолиз; III степень — начинающаяся дезорганизация сустава, синовит, изменение суставных поверхностей, субхондральные кисты; IV степень — сужение суставного пространства и деструкция хряща; V степень — потеря суставной щели, фиброз, выраженный эпифизиолиз) показан 2–3-недельный курс преднизолонотерапии; с хирургом решается вопрос о синовэктомии.

ДИСПАНСЕРНОЕ наблюдение проводится совместно участковым педиатром и гематологом специализированного центра. От прививок и занятий физкультурой в школе ребенок освобождается. Легкие физические нагрузки показаны, т. к. они увеличивают уровень VIII фактора. Питание — по возрасту. Из лекарственных трав показаны отвары душицы и зайцегуба опьяняющего (лагохилуса). При простудных заболеваниях не следует назначать ацетилсалициловую кислоту или индометацин, противопоказаны банки. Бытовая и профессиональная ориентация ребенка — на чтение книг, нетравматичные развлечения, «интеллектуальные» профессии. Полезны консультации психотерапевта. Прогноз при современных методах лечения значительно улучшается, и больные могут дожить до глубокой старости.

В последние годы появилась возможность ранней **антенатальной диагностики** гемофилии А у зародыша человека после 8 недель жизни (благодаря созданию ДНК-зонда, имитирующего характерную последовательность оснований гемофильного гена, и методу блот-гибридизации его с клетками крови человека или фибробlastами околоплодных вод). Более доступные методы определения пола плода в семьях с отягощенной родословной по гемофилии имеют лишь косвенное значение для медико-генетического консультирования семьи и прогнозирования рождения больного гемофилией мальчика. Решение этих вопросов усложняется также в связи с установленным фактом, что приблизительно у 25% больных гемофилия — следствие спонтанной мутации.

СИНДРОМ ВАЗОПАТИИ

Из третьей группы геморрагических диатезов — вазопатий — наиболее распространен у детей **геморрагический васкулит** или болезнь Шенлейна—Геноха (анафилактическая пурпура, капилляротоксикоз). Это аллергическое (иммунокомплексной природы) заболевание, характеризующееся системным васкулитом, который проявляется симметричными, чаще мелкоточечными кровоизлияниями на коже, обычно в сочетании с болью и отечностью суставов, болями в животе, поражением почек. Чаще заболевают дети в возрасте 6 месяцев — 7 лет, мальчиков среди больных вдвое больше, чем девочек.

Из анамнестических данных можно установить связь с перенесенными острыми вирусными заболеваниями, бактериальными (чаще стрептококковыми) инфекциями, профилактическими прививками, введениями γ -глобулина, лекарственной аллергией, гельминтозами, наличием очагов хронической инфекции. Об иммунокомплексном характере поражения сосудов (обычно это *vasa vasorum*) свидетельствуют отложения комплексов igA , M , G , фибриногена, C_3 -комплемента в местах поражения (кожа, внутри сосудов), а в сосудах почек — комплексов с igA .

Диагностически значимые клинические симптомы:

— начало через 1–2 недели после острого респираторного заболевания; обязательное поражение кожи (при отсутствии кожных изменений диагноз не ставят) — как единственного геморрагического синдрома при простой (кожной) форме; в сочетании с суставным, абдоминальным, почечным синдромом — при кожно-суставной, кожно-абдоминальной и кожно-суставно-абдоминальной (или смешанной) формах пурпуры;

— **характер сыпи — мелкоточечный** (эритематозные пятна около 2–3 мм в диаметре) и макулопапулезный, сыпь вначале бледнеет при надавливании, позже — стойкая, приобретает геморрагический характер и красно-багровую окраску. Далее сыпь бледнеет, становясь коричневой, с желтым оттенком, но обычно не «цветет»;

— сыпь симметричная, группируется вокруг суставов. на ягодицах, внутренней поверхности бедер, разгибательных поверхностях конечностей; может «волнообразно» подсыпать; могут дополнительно быть другие элементы сыпи (многоформная или узловатая эритема до 3–5 см в диаметре, ангионевротический отек, некротическая пурпура с предшествующими буллезными высыпаниями);

— **суставной синдром** (у $2/3$ больных) охватывает крупные суставы, поражения несимметричные, быстро проходят, без стойких деформаций;

— **абдоминальный синдром** (у $2/3$ больных) — очень резкие боли вокруг пупка, сопровождаются стулом черного или алого цвета (мелена), тошнотой, повторной рвотой. Возможны осложнения:

нарушения моторики с непроходимостью, инвагинацией, некрозом кишечной стенки, перитонитом (анализ на скрытую кровь в кале положителен у 80% больных);

– почечный синдром (у $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ больных) в виде очагового или сегментарного нефрита: кратковременная микрогематурия и альбуминурия при очаговом нефрите; изменения в моче и даже макрогематурия в течение нескольких недель и месяцев без экстрауретеральных симптомов и нарушения функций почек – при сегментарном; у $\frac{1}{3}$ больных нефропатией – клиника типичного острого диффузного гломерулонефрита. Течение, как правило, доброкачественное, но может быть переход в хронический нефрит. Самое тяжелое из возможных осложнений – ОПН.

Диагноз ставится на основании клинических данных. План обследования традиционный.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ:

– курс антибиотиков, если выявлена связь с перенесенной бактериальной инфекцией или имеется очаг хронической инфекции, лихорадка;

– отмена всех медикаментов, на фоне которых возникает пурпура;

– диета с ограничением в остром периоде животных белков, поваренной соли, экстрактивных веществ, продуктов промышленного консервирования; полезны кисло-молочные продукты;

– режим постельный на 2–3 недели;

– энтеросорбция (активированный уголь, холестирамин, полифепан внутрь);

– антигистаминные препараты, пантотенат кальция, рутин, аскорбиновая кислота в умеренных дозах;

– при болях в животе – желудочные капли; но-шпа, баралгин;

– при выраженной активности процесса (бурный абдоминальный, кожно-суставной синдром) – сочетание преднизолона и гепарина (преднизолон по 1 мг/кг, гепарин 200–300 ЕД/кг в сутки, разделить на 4–6 введений под кожу живота):

– курс гемосорбций и плазмафереза со свежемороженой плазмой;

– у больных с бурным течением гломерулонефрита – сочетание иммунодепрессантов (азатиоприн или циклофосфамид) с глюкокортикоидами и гепарином, антиагрегантами (курантил).

Прогноз – 60% больных выздоравливают в течение месяца, 95% – в течение года. Хронический нефрит развивается у 1–2% детей.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: в течение 5 лет у участкового педиатра (с осмотром у стоматолога, отоларинголога каждые 6 месяцев для своевременной диагностики и санации наиболее распространенных очагов инфекции). Дегельминтизация. Общие анализы мочи один раз в полгода и после каждого перенесенного ОРЗ. Медицинский отвод от прививок на 2 года.

СИНДРОМ РВОТЫ И СРЫГИВАНИЯ

Срыгивание — «сливание» нествороженного молока изо рта сразу после кормления или через небольшой промежуток времени, из-за недостаточности кардиального жома желудка при хорошо выраженном пилорическом сфинктере, у новорожденных и детей первых месяцев жизни с сокращением мышц живота без участия диафрагмы и мышц передней брюшной стенки.

Рвота — произвольное и быстрое выбрасывание содержимого желудка через рот (иногда через нос), сопровождающееся низким звуком (ребенок как бы «давится»).

Рвота является признаком многих заболеваний. Для уточнения причин рвоты важно выяснить, когда она возникла (появилась впервые или беспокоила ранее), ее временной характер (однократная, многократная, повторяется с определенной периодичностью); связь с приемом пищи, временем суток. Диагностическое значение имеет **характер рвотных масс**: наличие слизи, непереваренной и переваренной пищи, несвернувшегося молока, желчи, алой или темной крови, кишечных паразитов и др.

Важен и возраст ребенка.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РВОТА

У новорожденных и детей раннего возраста часто бывает рвота **функционального** характера (без нарушения анатомической проходимости желудочно-кишечного тракта) — при перекармливании, аэрофагии, перинагальной энцефалопатии, пилороспазме, функциональной непроходимости при инфекционных заболеваниях желудочно-кишечного тракта или гипокалиемии, дефиците витамина В₁, отите, пневмонии, менингите; коротком пищеводе, диафрагмальной грыже, адено-генитальном синдроме.

При коротком пищеводе (брахиэзофагус) — рвота бывает частой и обильной в положении ребенка лежа и прекращается при его выпрямлении. В последующем, когда ребенок начинает сидеть или ходить, рвота исчезает, но до тех пор существует опасность развития язвенного эзофагита, вызванного соляной кислотой, с его последствиями (гематомезис, стриктура). Для своевременного установления диагноза, часто неверно трактуемого как **аэрофагия** (при которой рвота тоже зависит от положения ребенка), необходима контрастная рентгенография с йодолиполом, введенным внутрь: обнаруживается расширение пищевода, а при положении ребенка вниз головой — кардия и часть желудка обнаруживается над диафрагмой.

В отличие от брахиэзофагуса, **истинная диафрагмальная грыжа** не сопровождается расширением пищевода; а вследствие слабости мускулатуры, образующей диафрагмальное отверстие пищевода,

кардия и часть желудка располагаются над диафрагмой постоянно или при глубоком вдохе (и сопровождающем его повышении внутрибрюшного давления). Рвота усиливается в положении ребенка лежа (и облегчается, если приподнять верхнюю часть тела), сопровождается болями в эпигастрии; но преобладающей симптоматикой у новорожденных детей бывает **легочно-сердечная**: приступы цианоза и диспноэ, затруднение сосания, притупление перкуторного звука и урчание выше диафрагмы. Требуется хирургическое вмешательство.

Дивертикул пищевода может быть причиной отрыжки пищи со значительной примесью слизи. Стеноз пищевода, обычно в среднем его отделе, проявляется рвотой при переводе ребенка на обычную пищу; при образовании складки слизистой оболочки пищевода рвота появляется сразу после рождения и повторяется при каждом кормлении.

Срыгивание и рвота с первых дней жизни отмечаются при **пилороспазме** (спазм мускулатуры привратника). Он связан с гипертонусом симпатического отдела вегетативной нервной системы, вследствие перинатальной гипоксии, энцефалопатии. Дети обычно имеют признаки синдрома гипервозбудимости, плохо прибавляют в массе. Частота и объем срыгиваний в разные дни непостоянны, примеси желчи в рвотных массах нет. Признаки обезвоживания отсутствуют или выражены слабо. Стул ежедневный, не изменен, нет видимой перистальтики желудка. В дифференциальной диагностике с пилоростенозом решающее значение имеют рентгенологическое исследование желудка с йодолиполом, барием; исследование пилоруса ультразвуком (проводится в стационаре).

Халазия кардии, приводящая к зиянию отверстия между пищеводом и желудком — характеризуется срыгиваниями и рвотой с первых дней жизни, без примеси желчи, но нередко с прожилками крови. Срыгивания частые, объем и характер варьируют — от неизмененного молока до створоженного с примесью слизи; на 2–3-й неделе жизни может быть рвота фонтаном и признаки гипотрофии. Требуется обследование в стационаре.

Функциональная рвота у новорожденных может быть также связана с нарушениями обмена веществ (дисахаридазная недостаточность или непереносимость молока; галактоземия и др.), церебральными нарушениями вследствие внутриутробной или постнатальной асфиксии, интранатальной родовой травмы.

Рвота может возникать при сепсисе, токсемии, эксикозе, т. е. быть проявлением токсического синдрома.

Дисахаридазная (лактазная) недостаточность — наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, может выявиться в первые дни жизни: частая рвота, вздутие живота и нарастающее беспокойство после кормления, диарея, прогрессирующее ухудшение общего состояния, токсикоз, дегидратация. Только при переводе на парен-

теральное питание диарея и рвота исчезают, но при назначении молока вновь появляются. Часто один из родителей плохо переносит молоко или «не любит» его. Уточнение диагноза возможно по отсутствию повышения гликемии после кормления грудным молоком, при повышенном содержании лактозы в кале.

Непереносимость сахарозы — проявляется упорной рвотой, диареей, обезвоживанием после того, как в питании ребенка начинают использовать сахар (т. е. при искусственном вскармливании и даче большого количества подслащенной воды). Отмечаются гепатомегалия, желтуха, анорексия, гипотрофия. Исключение из питания сахарозы приводит к исчезновению рвоты и диареи.

Галактоземия — наследственное аутосомно-рецессивное заболевание (частота 1:20000 новорожденных) с клиникой упорной и обильной рвоты с первых часов жизни и быстрым истощением; отличает это заболевание желтуха с доминированием непрямого билирубина в крови, гипогликемическими состояниями. Типично увеличение печени, селезенки, положительная реакция мочи на сахар (за счет галактозурии), раннее развитие катаракты (к 3 неделям жизни) и цирроза печени. Лечение неперспективно.

Адреногенитальный синдром (сольтеряющая форма) — помимо упорной рвоты, характеризуется вирилизацией у девочек и гиперандрогенией у мальчиков. Маскулинизация наружных гениталий у девочек возможна в различной степени — от увеличения клитора до полной инверсии пола с образованием канализированного пениса (при наличии яичников, матки и верхней части влагалища). Гиперандрогения у мальчиков проявляется макрогенитосомией; пигментацией сосков, белой линии живота, мошонки. Из-за упорных срыгиваний и рвоты «фонтаном» отсутствует прибавка массы тела, развивается эксикоз, общая вялость, анорексия, одышка.

Синдром потери солей лабораторно подтверждается гипонатриемией (ниже 135 ммоль/л) и гипохлоремией (ниже 96 ммоль/л), повышенным выделением натрия и хлоридов с мочой; а также развитием гиперкалиемии (более 6–7 ммоль/л) и повышением экскреции 17 — КС с мочой.

Лечение разработано только патогенетическое — глюкокортикоидами и минералокортикоидами; лишь при своевременной и хорошо контролируемой терапии глюкокортикоидами с тщательным выбором препарата, дозы, способа введения (в/м — внутри-имплантация кристаллов ДОКСА) удается сохранить жизнь больным в первые 3 года; в более старшем возрасте прогноз улучшается, хотя излечение от этого наследственного заболевания не наступает.

Церебральная рвота наблюдается на фоне других признаков перинатальной энцефалопатии: неэмоциональный, монотонный, слабый или пронзительный крик, подстанывания, выпячивание большого родничка и расхождение швов черепа, синдромы гипервозбуди-

мости или угнетения, апатии, двигательных нарушений, судорожный, мышечной гипо- или гипертонии, приступы цианоза и др. При мозговой рвоте нет связи с приемами пищи, после рвоты состояние не улучшается. Мозговая рвота может быть обусловлена менингитом, энцефалитом, нарушением проходимости ликворных путей, интракраниальной гипертензией и другими причинами.

ОРГАНИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ РВОТЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Обусловлены различными вариантами острой врожденной непроходимости при пороках развития:

1. Атрезия пищевода диагностируется уже в родильном зале (поскольку при рождении каждого ребенка проводится обязательное зондирование пищевода). Характерно большое количество слизи, наполняющей рот, горло и нос. При неправильном ведении ребенка — при первом же кормлении, если оно проводилось, отмечается отрыжка неизмененного молока, со слизью, опасная аспирацией. Слизь отделяется и при каждой отрыжке. Дети в первые дни жизни должны быть переведены в отделение детской хирургии для оперативного лечения до развития осложнений (аспирационно-го синдрома, пневмонии).

2. Атрезия пищевода часто сочетается с **трахеозофагеальной фистулой (свищом)**, при этом во время кормления наступает внезапный кашель, цианоз и выбрасывание молока с кашлем.

3. Рвота в первые дни жизни отмечается также при **стенозе и атрезии тонкого кишечника**. Она появляется через некоторое время после кормления. Рвотные массы содержат желчь, перистальтика в эпигастральной области усилена, испражнения скудные или в виде тонких слизистых прожилков, а при атрезии отхождение кала отсутствует. Быстро наступает ухудшение состояния. Дети как можно раньше должны быть переведены в специализированное хирургическое отделение детской больницы, с катетером в желудке во избежание аспирации.

4. **Мекониевая кишечная непроходимость (меконеальный илеус)** — одна из ранних клинических форм муковисцидоза (кистофиброза поджелудочной железы с отсутствием или низкой активностью ее ферментов в просвете кишечника, формированием вязкого и обезвоженного мекония). Характерно отсутствие отхождения мекония с момента рождения, появление рвоты — вначале редкой, затем некротимой с примесью желчи в конце 1-х и на 2–3-и сутки; вздутие и увеличение размеров живота с усиленной перистальтикой; определение шнуroidных уплотнений по ходу кишечника.

Ребенку требуется рентгенологическое обследование: выявляется низкая кишечная непроходимость с растянутыми петлями кишечника, иногда горизонтальные уровни жидкости.

НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ: введение назогастрального зонда с целью абдоминальной декомпрессии и профилактики аспирации желудочного содержимого. Внутривенная инфузионная терапия (10% раствор глюкозы 10 мл/кг, реополиглюкин 10 мл/кг, 3% раствор калия хлорида 3–4 мл/кг). Экстренная госпитализация в хирургическое отделение для оперативного вмешательства.

5. Рвота **фонтаном**, свежим и створоженным молоком без примеси желчи, является характерным признаком еще одной аномалии пищеварительной системы – **пилоростеноза** (гипертрофического стеноза мышечного слоя привратника желудка). В отличие от большинства аномалий пищеварительной системы, проявляющихся рвотой непосредственно после рождения, рвота при пилоростенозе обычно проявляется позже, через несколько недель, все более усиливаясь. Встречается только у грудных детей.

Характерные клинические проявления: рвота «фонтаном» почти после каждого кормления, причем количество рвотных масс обычно больше принятой пищи; видимая усиленная перистальтика желудка в виде «песочных часов», она может быть вызвана легким поколачиванием или поглаживанием эпигастральной области; запоры, снижение диуреза, быстрое падение массы тела; вялость, сонливость, нарастающая гипотрофия; пальпаторно определяемое под краем печени (на 2 см ниже правой реберной дуги), у наружного края прямой мышцы живота плотное опухолевидное образование размером 2×3 см, представляющее собой гипертрофированный привратник.

Обязательна как можно более ранняя госпитализация ребенка в детское хирургическое отделение. Дифференцируя эту патологию от пилороспазма, проводят рентгенологическое и эндоскопическое исследование в стационаре. Реже встречается частичная препилорическая атрезия и частичная непроходимость верхней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки, дающие сходную с пилоростенозом клинику; уточнение диагноза проводится в стационаре.

ЛЕЧЕНИЕ ОПЕРАТИВНОЕ, сразу после установления диагноза. В течение 1–2 дней проводится предоперационная подготовка, для компенсации метаболических показателей, поскольку для пилоростеноза характерен гипохлоремический алкалоз.

Для улучшения проходимости привратника назначают **аминазин** 1–4 мг/кг сут внутрь или в/м (2,5% раствор 0,1 мл/год жизни).

Для восстановления водно-солевого, кислотно-основного и энергетического гомеостаза проводят парентеральную регидратацию.

Перед операцией прекращают кормление за 6–8 часов, непосредственно перед операцией зондируют и при необходимости промывают желудок.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ функциональных срыгиваний и рвоты у новорожденных и детей грудного возраста:

— контроль объема высасываемого ребенком молока (для предупреждения перекармливания), особенно если ребенок крупный, активно сосущий;

— контроль техники кормления грудью (захватывание ребенком не только соска, но и околососковой ареолы), из бутылочки (удержание бутылочки в наклонном положении; не должно быть большого отверстия в соске) — во избежание аэрофагии;

— перевод ребенка в вертикальное положение после кормления на полчаса для выделения изо рта заглощенного в момент кормления воздуха и прекращения срыгиваний;

— последующее выкладывание ребенка на живот — до очередного кормления;

— патогенетическое лечение синдрома гипервозбудимости (седативные, легкие дегидратирующие средства — диакарб);

— медикаментозное лечение:

аминазин или **церукал** (реглан) по 0,5 мг/кг в/м за 20–30 мин. до кормления 2–3 раза в день;

витамин В₁ (2,5% раствор по 0,5 мл) и **В₆** (5% раствор по 0,5 мл) в/м через день;

0,25% раствор **новокаина** по 1 ч. ложке перед кормлением 3 раза в день;

абомин по 0,05 г 3 раза в день перед кормлением;

ноотропил или **аминолон** по 0,06–0,08 г 2–3 раза в день после еды в сочетании с **фенобарбиталом** по 0,005 г.

Состав «спазмолитического коктейля», который также используется при функциональных рвотах: 2,5% растворы аминазина и пипольфена по 1 мл; 0,25% раствор дроперидола 1 мл; 0,25% раствор новокаина 100 мл (по 1 ч. ложке перед кормлением 3 раза в день).

Физиотерапевтическое лечение: аппликации парафина или озокерита, СВЧ-индуктотермия, электрофорез с новокаином на область желудка.

ДРУГИЕ ПРИЧИНЫ РВОТЫ. АЦЕТОНЕМИЧЕСКАЯ РВОТА

У детей первых лет жизни частыми причинами рвоты бывают пищевые токсикоинфекции, острые кишечные и другие инфекционные заболевания, «хирургическая» абдоминальная патология.

В этом возрасте наблюдается также периодическая **неукротимая рвота** с развитием ацетонурии и ацетонемии. Она возникает у детей с нервно-артритическим диатезом внезапно или после короткого недомогания (возбуждение, жалобы на головную боль, анорексия, тошнота, запор, слегка ахоличный стул) и длится 1–2 дня, сопро-

вождается схваткообразными болями в животе, запахом ацетона (прелых фруктов) изо рта. В дальнейшем могут развиваться признаки эксикоза, шумное токсическое дыхание, гемодинамические нарушения, кома. Это состояние определяется как ацетонемическая рвота (ацетонемический криз), с повышением в крови уровня кетоновых тел, аммиака, мочевой кислоты, снижением рН. Провоцирующими факторами могут быть острые заболевания, стрессы, злоупотребление мясной и жирной пищей при недостаточности углеводов; насильственное кормление.

Основной метод лечения — рациональный режим и диета с преобладанием молочных продуктов, овощей, фруктов, «защищенных» круп (гречневая, овсяная, перловая, пшено) и ограничением мяса, птицы, рыбы (особенно в жареном и копченом виде), бульонов, жиров (кроме растительных), кондитерских изделий; следует исключить продукты, богатые пуриновыми основаниями и кофеином (печень, мозги, почки, сельдь, паштет, сардины, шоколад, какао, кофе), а также зеленый горошек, шпинат, шавель.

При начальных симптомах ацетонемического криза следует дать ребенку сладкий чай, раствор глюкозы, свежеприготовленные фруктовые соки, арбуз, минеральную воду или 0,5–1% раствор натрия гидрокарбоната. Поить каждые 10–15 мин. Кормить жидкой манной кашей, картофельным пюре, кефиром, молоком. Сделать очистительную клизму. Провести курс эссенциале форте (1–2 капсулы в день в течение 1–2 недель) или витамина В₁₂ (100–300γ в/м через день 3–5 инъекций).

При ацетонемическом кризе вводят внутривенно капельно 5% раствор глюкозы или 10% раствор глюкозы пополам с 0,9% раствором натрия хлорида; кокарбоксылазу, аскорбиновую кислоту, эссенциале форте; при рН < 7,2 добавляют 4% раствор натрия гидрокарбоната. Делают очистительную клизму и промывание желудка.

Патогенетическая терапия включает: повторные курсы пантотената кальция (100–150 мг в сутки), оротата калия (50–100 мг в сутки), аллопуринола (10 мг/кг в сутки), а также гепатотрофные препараты (ЛИВ-52, эссенциале, карсил) и урикозурические (этамид, атофан, цитратная смесь).

У детей более старшего возраста рвота нередко возникает при эндокринных заболеваниях — сахарном диабете, гиперпаратиреозе, надпочечниковой недостаточности.

Клиническая картина, принципы лечения имеют много общего с таковыми у взрослых; особенности изучаются в курсе детской эндокринологии.

При недостаточности кровообращения у детей рвота может быть одним из симптомов декомпенсации, возникает рефлекторно, более характерна для правожелудочковой недостаточности. Однако

следует помнить о возможности рвоты вследствие непереносимости или передозировки сердечных гликозидов.

Рвота является одним из симптомов при травмах черепа и головного мозга, одним из первых симптомов — при отравлениях различного генеза.

Неотложные мероприятия и патогенетическая терапия проводятся с учетом причин рвоты.

Рекомендуемая литература:

1. Аллергические болезни у детей. / Под редакцией Студеникина М. Л., Соколова Т. С. — М., 1986.
2. Белоконов Н. А., Кубергер М. Б. Болезни сердца и сосудов у детей. — М., 1984.
3. Болезни новорожденных и грудных детей. Учебное пособие. / Под редакцией Порица Н. А. — М., 1991.
4. Болезни органов дыхания у детей. / Под редакцией Воронцова И. М. — Л., 1984.
5. Болезни органов пищеварения. / Под редакцией Мазурина А. В. — М., 1984.
6. Володин Н. Н. Педиатрия. — М., 1995.
7. Детские болезни. / Под редакцией Шабалова Н. П. — М., 1998.
8. Детские болезни. / Под редакцией Исаевой Л. А. — М., 1998.
9. Детские болезни. / Под редакцией Генне Н. А. — М., 1998.
10. Игнатова М. С., Вельтищев Ю. Е. Болезни почек у детей. — Л., 1982.
11. Керпель-Франиус Э. Педиатрия. — Б., 1983.
12. Мосягина Е. Н., Тобурабьева Н. А., Владимирская Е. Б. Болезни крови у детей. — М., 1981.
13. Маковецкая Г. А., Захарова Л. И., Стуколова Т. И. Ребенок от рождения до юности. — Самара, 1997.
14. Нисевич Н. И., Учайкин В. Ф. Инфекционные болезни у детей. — М., 1990.
15. Неотложные состояния у детей. / Под редакцией акад. Вельтищева Ю. Е. — М., 1994.
16. Усов И. Н. Здоровый ребенок. — М., 1984.
17. Поляков В. П., Мовшович Б. Л., Савельева Г. Г. Кардиологическая практика. В 2-х томах. — Самара, 1994.
18. Справочник педиатра. / Под редакцией Студеникина М. Л. — Л., 1984.
19. Справочник участкового педиатра. / Под редакцией Шамсиева С. Ш., Шабалова Н. П. — Т., 1990.
20. Тейлор Р. Б. Трудный диагноз. В 2-х томах. / Пер. с англ. — М., 1992.
21. Цукер М. Б. Клиническая невропатология детского возраста. — М., 1986.
22. Шабалов Н. П. Неонатология. — С.-Пб., 1995.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

В истории земной цивилизации кончается последнее столетие второй тысячи лет нашей эры. За 7–8 тысячелетий человеческое общество неузнаваемо трансформировалось от мелких групп «человекозверей» до огромных государств высокообразованных людей. Но особенно бурное развитие произошло во второй половине двадцатого века, который связывают с быстрым техническим прогрессом. Фантастические достижения современной науки и техники в корне изменили жизнь человека, облегчили его физический труд, в то же время увеличили психологические, эмоциональные нагрузки.

Однако бурное развитие науки и техники оказалось сопряженным с урбанизацией, скоплением огромного количества людей на небольших площадях, строительством многоэтажных жилых и производственных зданий, крупных заводов и фабрик, насыщенных сложными машинами, вредными продуктами производства и дотоле не существующими химическими веществами, которые оказались опасными для самого человека, создавшего их. Все это привело к росту антропогенных катастроф, т. е. бедствий, связанных с деятельностью человека. Так, только в 1991 г. число этих катастроф в России достигло 600 и продолжает постоянно увеличиваться. По официальным данным журнала «Гражданская защита» (1995, № 1) за 1 месяц — ноябрь 1994 г. на территории Российской Федерации произошли 129 чрезвычайных ситуаций, в которых пострадали 1156 человек и погибли 143. А это был один из самых благополучных месяцев. Особенно много чрезвычайных ситуаций связано с авариями на современном транспорте. По сути дела, каждый, особенно городской, житель в настоящее время не застрахован от несчастия и ходит «под богом» и волей случая, будь то пассажир, водитель или пешеход. Свидетельством тому чуть-ли не ежедневные сообщения в средствах массовой информации о чрезвычайных событиях и катастрофах.

Кроме того, надо сказать еще о том, что постоянно ускоряющийся ритм жизни, огромный поток информации, обрушивающийся на современного человека, ведет к эмоциональным психологическим стрессам. Такой общий эмоционально насыщенный фон

является основой не только заметного роста сердечно-сосудистых и психических заболеваний, но и причиной социально извращенных явлений, к которым, в первую очередь, относится терроризм. Терроризм в последние годы широко распространился по всему миру и стал социальным злом, приобретая характер катастроф.

Наряду с этим никуда не делись естественные, природные, стихийные бедствия. Землетрясения, наводнения, бури, ураганы по-прежнему властвуют над человечеством и пожидают свои плоды, как тысячи лет назад. Законы природы незыблемы, и наша планета со всем живущим на ней подчиняется им. Известно, что 20% территории СНГ с населением свыше 60 млн человек является зоной повышенной сейсмической опасности (Р. В. Никогосян, 1990). Это мы хорошо помним: 1948 г. землетрясение в Ашхабаде — погибли 23,5 тыс. человек и 50 тыс. получили ранения; 1949 г. в Таджикистане — погибли 20 тыс. человек; 1988 г. в Армении — погибли 25 тыс. и 32,5 тыс. получили ранения за несколько минут.

Имеются весьма неутешительные прогнозы, вытекающие из известной дислокации потенциально опасных объектов на территории бывшего Союза. В случае аварий атомных станций 120 млн человек может оказаться в зоне радиоактивного заражения. Этот опыт у нас уже есть — Чернобыль, 1986 г., заражению подверглись огромные территории Украины, Белоруссии, меньше России и Прибалтийских стран. Последствия его сказываются и еще будут проявляться не один десяток лет.

Кроме того, 60 млн наших соотечественников живут в зоне возможного химического заражения. Далеко за примером ходить не надо. Самара окружена крупными химическими заводами — с одной стороны Чапаевск, с другой — Тольятти, да и в самом городе достаточно вредных предприятий. Вот и получается, что в среднем каждые двое из трех наших жителей могут оказаться в экстремальной ситуации. Если же вспомнить о современном транспорте, то практически каждый из нас, и не только в нашей стране, является заложником возможных бедствий.

Так что же такое катастрофа и медицина катастроф? Что такое экстремальная медицина?

Катастрофа — это чрезвычайное событие, сопровождающееся большими разрушениями и массовым поражением людей. По В. А. Неговскому, катастрофа — это непредвиденная и неожиданная ситуация, с которой пострадавшее население не способно справиться самостоятельно. Катастрофа, с точки зрения медицины, это внезапное, быстротечное, чрезвычайно опасное для жизни и здоровья людей событие, при котором пострадали более 10–20 человек. Согласно международной классификации, причиной катастроф могут быть различные явления.

Классификация катастроф

I. Естественные, природные (стихийные бедствия):

а) метеорологические — бури, ураганы, смерчи, циклоны, засухи, пожары, необычайная жара, морозы;

б) теллурические и тектонические — извержение вулканов, землетрясения;

в) космические — метеориты — единичные и дождевые, космические катастрофы.

II. Искусственные, производственные (технологические):

а) транспортные — авиационные и космические, железнодорожные, автодорожные, на речном и морском флотах;

б) производственные с высвобождением энергии — механической (взрывы, разрушения зданий, мостов и т. д.), термической, химической, радиационной, бактериологического агента;

в) специфические — эпидемии, эндемии;

г) социально-экономические — войны, голод, терроризм, общественные беспорядки, наркомания, токсикомания.

Комитет ВОЗ по проблеме современного общества определяет катастрофу как явление природы или акцию человека, представляющие угрозу для жизни людей в такой степени, что вынуждает их обратиться за помощью извне.

К основным медицинским последствиям катастроф относятся большое количество пострадавших, нуждающихся в срочной медицинской помощи, нарушение психики у людей в зоне поражения и дезорганизация или разрушение системы местного здравоохранения с людскими и материальными потерями в различных звеньях. В результате возникает резкое несоответствие между острой потребностью в медицинской помощи и возможностями медицинской службы по ее оказанию. Как правило, при крупных катастрофах приходится рассчитывать на медицинскую помощь только извне и, нередко, со стороны других государств.

Известно, что крупные землетрясения силой 8 баллов и выше по шкале Рихтера по своему разрушительному действию и величине санитарных потерь соответствуют ядерным взрывам (Э. А. Нечаев и др., 1989). Так, 9-балльное землетрясение в Мексике в 1960 г. было эквивалентно 200 млн. тонн тринитротолуола, что равняется мощности современной атомной бомбы среднего калибра, только без светового излучения и проникающей радиации.

При катастрофах различного происхождения наблюдается достаточно большой набор поражающих факторов, но наиболее частыми являются 3—4 вида поражений. Это видно из приводимой ниже таблицы № 21.

Виды катастроф и характер основных поражений при них
(по А. Н. Борисову с соавт.)

Виды катастроф	Характер поражения
Железнодорожные	Механические повреждения, ожоги
Массовые автомобильные столкновения	Механические повреждения, ожоги, отравления
Авиационные	Механические повреждения, ожоги, отравление цианистым водородом
Взрывы	Механические повреждения, ожоги, острые отравления
Пожары	Ожоги, острые отравления
Землетрясения	Механические повреждения, синдром сдавления, термические ожоги, отравления токсичными газами
Утечка отравляющих веществ	Острые отравления
Разрушения: цунами, тайфуны, ураганы, смерчи, лавины	Механические повреждения, сдавления, асфиксия, переохлаждения
Наводнения, кораблекрушения	Механические повреждения, утопление, холодовая травма, отравления газами и дымом, термические и химические ожоги
Аварии объектов ядерной энергии	Острая лучевая болезнь, ожоги, механические повреждения
Для всех видов катастроф	Психические травмы, инфекционные заболевания, переохлаждения

Таким образом, при катастрофах чаще всего наблюдаются: механические повреждения, ожоги и отравления, которые, как правило, сопровождаются психической травмой. Следом за крупными катастрофами обычно идут инфекционные заболевания, происхождение которых вполне понятно — большое скопление людей и отсутствие возможности соблюдать санитарно-гигиенические правила.

Распространенность психических расстройств при катастрофах среди населения, по данным разных авторов, колеблется в пределах 22—89%. В ходе обследования пострадавших, которым грозила смертельная опасность, установлено, что у 72% из них наблюдался синдром деперсонализации — расстройство сознания личности, отчуждение от самого себя, утрата индивидуальности (Ю. Г. Зубарев, 1990).

Из приведенных данных очевидным становится, что **медицина катастроф** — это крупный раздел медицины, включающий травматологию, общую хирургию, комбустиологию, нейрохиргию, радиологию, эпидемиологию, гигиену и, конечно, терапию, токсикологию, неврологию, психиатрию и другие медицинские ветви

Хирургия катастроф изучает патологию травматических, сочетанных и комбинированных повреждений, организацию и тактику всех видов хирургической помощи при катастрофах с большим количеством пострадавших в чрезвычайно неблагоприятных условиях, часто при отсутствии всех коммуникаций: подъездных путей, дорог, водоснабжения, электроснабжения, теплообеспечения — и при остром недостатке медицинских кадров и медимущества.

Военно-полевая хирургия — это раздел хирургии катастроф, так как война — это катастрофа в буквальном смысле слова, только растянута во времени на недели, месяцы, а иногда и годы. Вернее, это серия катастроф больших и малых. Каждый бой — катастрофа, и количество разрушений и жертв в ней зависит от количества сражающихся солдат и боевой техники.

Прежде чем определить границы экстремальной хирургии, необходимо уточнить понятие «экстремальная ситуация». Многое зависит от того, как и с какой стороны рассматривать экстремальную ситуацию. Если с глобальной точки зрения, то это большая катастрофа со всеми вытекающими последствиями. Если со стороны небольшого медицинского коллектива, то авария на производстве или на транспорте с двумя, тремя десятками травмированных создает все условия экстремальной ситуации. Если же взглянуть глазами пострадавшего, то каждый несчастный случай с ним для него экстремальная ситуация. Б. В. Петровский (1990), исходя из личного опыта, указывает, что в экстремальной ситуации мирного времени может оказаться любая больница.

Таким образом, **экстремальная медицина** — понятие более широкое, нежели медицина катастроф. Она включает в себя и обеспечивает медицинскую помощь пострадавшим при больших, средних и малых катастрофах, авариях и несчастных случаях на производстве, в дороге, в быту. В общем это ургентная медицина в широком понимании.

Экстремальная хирургия — это все виды экстренной хирургической помощи при катастрофах, авариях и несчастных случаях, в первую очередь, конечно, реаниматологическая и травматологическая помощь. Это более обширный раздел медицины, чем хирургия катастроф, осуществляющий неотложную хирургическую помощь при всех травмах опорно-двигательного аппарата, мягких тканей и внутренних органов в условиях катастроф, аварий и несчастных случаев. Это ургентная полостная хирургия, травматология, комбустиология, нейрохирургия, урология и восстановительная пластическая хирургия. Следовательно, экстремальная хирургия — это

экстренная хирургия в самом широком смысле, хирургия всех чрезвычайных ситуаций и мирного времени.

Кстати, по-видимому, большое практическое значение имеет смысл провести градацию и четкое определение понятий «чрезвычайная ситуация» и «экстремальная ситуация». По нашему мнению, исходя из принятых критериев определения медицинских последствий катастроф, «чрезвычайная ситуация» — это событие при числе пострадавших не менее 10—20 человек. «Экстремальная ситуация» — объединяет несчастные случаи с поражением 1—3—5 человек и более вплоть до больших катастроф с огромным числом пострадавших.

Организация и тактика являются основой экстремальной медицины и залогом успешного лечения пострадавших в экстремальных ситуациях.

Крупные катастрофы последних лет в Армении, Арзамасе, Свердловске, Уфе выявили недостаточную подготовку медицинских кадров практического здравоохранения к работе в чрезвычайных условиях, когда организационные принципы и строгая дисциплина каждого звена превалируют над всем остальным. В этом плане военно-медицинская служба оказалась наиболее подготовленной ввиду характера своей профессиональной деятельности (Э. А. Нечаев с соавт., 1993).

Из сказанного выше понятна необходимость разработки прогнозирования и предупреждения катастроф, аварий и ликвидации их последствий. Международный опыт свидетельствует о том, что среди комплекса мероприятий, направленных на уменьшение и устранение последствий экстремальных ситуаций, медицинская помощь является приоритетной. Эти задачи в последние два десятилетия превратились в одну из острейших мировых проблем, так как в среднем в мире еженедельно регистрируется одна катастрофа, в ликвидации последствий которой вынуждены участвовать международные силы помощи. В республиках СНГ ежегодно происходит более 100 крупных аварий и катастроф, особенно транспортных и производственных.

Особое значение в оказании медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях имеет подготовка медицинских сестер. По данным мировой литературы, на медицинских сестер падает 66% всего объема помощи при катастрофах. Особенно важную роль в этой работе играет академическая сестра — медицинская сестра с высшим образованием, которая получает специальную подготовку в организации медицинской помощи и лечебного дела.

При стихийных бедствиях и антропогенных катастрофах отличительным признаком является огромное количество пострадавших за короткий промежуток времени. При землетрясении, взрыве или другом бедствии в течение нескольких минут, секунд получают травмы, увечья сотни, тысячи, а иногда десятки тысяч людей. И всем нужна срочная помощь. Все страдают, просят, требуют, умоляют о помощи.

Другим признаком медицинской патологии катастроф является большое число тяжелых травм, множественных, сочетанных и комбинированных повреждений. Так, при землетрясении в Ашхабаде (1948) погибли 23,5 тыс. и получили травмы 50 тыс. человек. При землетрясении в г. Тянг-Шане (Китай, 1976) погибли 242769 человек, пострадали 773 тысячи. Землетрясение в Армении (1988) унесло 25 тыс. жителей, травмированных было 32,5 тысячи.

Железнодорожная катастрофа под Уфой (1989) в результате взрыва конденсата газа, вытекшего из дефекта трубопровода, привела к гибели 339 пассажиров поезда от тяжелых обширных ожогов, и пострадали еще 1220 человек. Если неожиданная смерть одного человека вызывает ужас у присутствующих и близких людей, то можно себе представить панический страх при массовой гибели во время катастроф.

В условиях всеобщей паники, неразберихи, часто при разрушении дорог, подъездных путей, водоснабжения, электро- и теплообеспечения, удаленности от крупных населенных пунктов, при отсутствии близрасположенных лечебных учреждений и при остром недостатке медицинских кадров и медимущества — наладить правильную работу по оказанию медицинской помощи и спасению жизни пострадавшим чрезвычайно трудно. Именно в таком положении необходимо правильно выбрать место для медицинского пункта и сортировочной площадки, организовать на ней сортировку и оказание первой медицинской помощи, обеспечение водой и питанием, своевременную эвакуацию пострадавших по назначению. При таких экстремальных обстоятельствах возрастает значимость первичной медицинской помощи и соответственно сестринского звена, особенно академических сестер как организаторов сестринского дела, так как без четкой организации, тактики и строгой трудовой дисциплины невозможно наладить помощь пострадавшим в хаосе и беспорядке чрезвычайных ситуаций.

Принципы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях

Основой организации является раннее оказание первой помощи, максимальное приближение к зоне бедствия квалифицированной медицинской помощи, полный охват ею пострадавших и скорейшая их эвакуация. При массовых поражениях организация медицинской помощи решает следующие задачи:

1. Медицинская разведка очага поражения — сбор сведений о численности населения, количестве и размещении сил и средств медицинской службы, наличии и состоянии дорог, подъездных путей, водоисточников, рельефе местности. Расчет вероятных санитарных потерь.

2. Поиск и спасение пострадавших — является неременным условием сохранения жизни пострадавших при катастрофах и экстремальных ситуациях. Проводится в течение всего времени, пока есть надежда на спасение пострадавших из руин и завалов. Осуществляется специальными командами спасателей, пожарных, милиции, воинскими частями и санитарным персоналом.

3. Сортировка пострадавших и первая медицинская помощь — основа и первостепенная задача медицинской службы, от которой в итоге зависят результаты лечения. При сортировке имеет значение, в первую очередь, решение организационных вопросов. На ней подробнее мы остановимся ниже.

4. Эвакуация пострадавших — представляет собой комплекс мероприятий по выносу и вывозу раненых и больных из очагов массовых санитарных потерь, доставке их в медицинские пункты и лечебные учреждения для своевременного оказания необходимой медицинской помощи и лечения. Для этого используются различные санитарно-транспортные средства и все виды общественного транспорта (автомобильный, воздушный, железнодорожный и водный), а также личный транспорт.

5. Медицинская помощь и лечение в экстремальных ситуациях будут изложены в соответствующем разделе.

Анализ всего комплекса спасательных, социальных и медицинских мероприятий позволяет выделить три периода и два этапа развития ситуации при катастрофах (Х. А. Мусалатов, 1994):

I период — «**Острый изоляционный период**» — от момента катастрофы до организации спасательных работ, когда помощь извне невозможна или задерживается. Чаще всего это минуты, часы. Это освобождение из завалов собственными силами, вынос из опасной зоны, восстановление дыхания, временная остановка наружного кровотечения «жгутом закруткой», наложение повязок на раны, иммобилизация переломов подручными средствами. Без сомнения, далеко не все эти мероприятия будут выполнены путем само- и взаимопомощи. Решается лишь проблема выживания.

II период — «**Период спасения**» — развертывание пунктов медицинской помощи в очаге бедствия или вблизи него через какое-то время после катастрофы по прибытии помощи извне. Оказывается первая медицинская, первая врачебная помощь с элементами квалифицированной — конец первых суток.

III период — «**Период восстановления**» — оказание квалифицированной и специализированной помощи в полном объеме. В соответствии с характером патологии (травмы, ожоги, отравления, облучение и т. д.) проводится соответствующее лечение специалистами общего и узкого профиля и реабилитация.

Различают также два этапа или вида лечебных учреждений с различным объемом хирургической и терапевтической помощи при катастрофах:

I этап — «ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ» — это пункты медицинской помощи в очаге бедствия и вблизи его, оснащенные всем необходимым для автономной работы. На этом этапе проводится сортировка, при которой определяется очередность пострадавших, нуждающихся в неотложной помощи в перевязочной, в дальнейшей эвакуации для оказания квалифицированной и специализированной помощи, а также выделяется группа легко пострадавших. Диагностика степени тяжести состояния осуществляется по простейшим клиническим признакам: длительность нарушения сознания, характер пульса, дыхания, реакция зрачков, наличие наружного и внутреннего кровотечения, локализация переломов, обширность ожогов или сдавления тканей, характер и степень отравления или проникающей радиации. Оказывается доврачебная, первая врачебная помощь с элементами квалифицированной и проводится подготовка пострадавших к дальнейшей эвакуации. На этом этапе работают подразделения спасателей, бригады экстренной доврачебной помощи и отряды экстренной медицинской помощи, а также военно-медицинские формирования.

II этап — «ГОСПИТАЛЬНЫЙ» — это многопрофильные автономные госпитали полевого типа вблизи границ катастрофы, предназначенные для оказания квалифицированной помощи по жизненным показаниям, проведения кратковременной интенсивной терапии и подготовки пострадавших к дальнейшей эвакуации. В зависимости от характера поражения госпитали укомплектовываются соответствующими специалистами, бригадами военного или гражданского подчинения.

При сортировке выделяют нуждающихся в реанимационных мероприятиях, лечении шока, острых отравлений, восполнении кровопотери, а также в очередности проведения хирургических операций. Выполняется полный комплекс квалифицированной и основных видов специализированной помощи по жизненным показаниям.

К этому этапу относятся и многопрофильные госпитали на базе крупных больниц, расположенных в близлежащих населенных пунктах. Узкая профилизация их достигается путем придачи специализированных бригад гражданского или военного подчинения. Эти бригады прибывают со своим оснащением. Оказывается специализированная помощь в полном объеме до определения окончательного исхода. Нуждающихся в длительном лечении эвакуируют в крупные восстановительные центры тыла страны.

В госпиталях операционные развертываются из расчета 1 операционный стол на 20 хирургических коек. Для круглосуточной работы формируются 15–20 двухврачебных бригад и 7–10 анестезиологических (врач + сестра). Одна смена работает 12–16 часов. Для работы хирургического стационара необходимо не менее 2–3 сестер на 20 коек. В этих формированиях задействованы специалисты высокой квалификации первой и высшей категории.

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ при катастрофах. Сортировка — это распределение всех пострадавших по группам в зависимости от тяжести состояния, срочности и объема хирургического и терапевтического лечения. Но сортировка далеко не простое дело, поэтому проводить ее должны опытный хирург, а при необходимости терапевт, токсиколог, инфекционист, радиолог. Если исходить из тяжести поражения и срочности оказания оперативного лечения, то выделяют 4 группы пострадавших (П. Г. Брюсов, 1990):

I группа — 20–40% пострадавших, нуждающихся в неотложной хирургической помощи по жизненным показаниям. Это лица с витальными нарушениями, такими, как массивное кровотечение, шок любого происхождения, политравма, дыхательная недостаточность, остановка сердца, мерцание желудочков, повышение внутричерепного давления со сдавлением мозга, ожоги лица и дыхательных путей, ожоги площадью более 20% поверхности тела, тяжелые степени синдрома длительного сдавления, тяжелые отравления и др.

II группа (20%) — пострадавшие средней тяжести, которым помощь может быть отложена на 6–8 часов и тактикой выбора является транспортировка.

III группа (40%) — легко пострадавшие, которые могут обойтись амбулаторной помощью и не нуждаются в эвакуации санитарным транспортом.

IV группа (20%) — это крайне тяжело травмированные с повреждениями, несовместимыми с жизнью. В основном это контингент с черепно-мозговой травмой. Они нуждаются только в облегчении страданий без дальнейшей эвакуации.

Сортировка проводится на всех этапах, но независимо от того, на каком этапе осуществляется сортировка, задачи ее остаются одинаковыми — как можно быстрее доставить потерпевшего туда, где ему будет оказана помощь в полном объеме. Но характер и состав групп пострадавших может видоизменяться в зависимости от места проведения сортировки.

При массовом одномоментном поступлении потерпевших лучшим способом выявления нуждающихся в оказании безотлагательной медицинской помощи является метод выборочной сортировки

по **внешним признакам** (наличие раны, ожога, повязки, жгута, шины и т. д.) и отдельным симптомокомплексам (параличи при наличии ранения черепа и др.).

Только после выборочной сортировки определяется судьба остальных. Важно обозначение результатов сортировки специальными опознавательными марками, которые отбираются у пострадавшего только перед отправкой его на другой этап.

Оптимальный состав сортировочной бригады — 7 человек: 1 врач, 2 медсестры, 2 регистратора и 2 санитаря. Такая бригада за 1 час способна отсортировать 15–20 пострадавших. За 3–4 минуты необходимо поставить правильный диагноз и решить вопрос о дальнейшей судьбе пострадавшего. Поэтому режим работы чрезвычайно напряженный. Для наглядности техника сортировки представлена на схеме № 3.

Таким образом, сортировка — это элемент первостепенной важности, обеспечивающий бесперебойную лечебную работу на всех этапах. В процессе сортировки на медицинскую сестру падает большая доля лечебной и организационной работы и серьезная ответственность. Это — все инъекции и внутривенные вливания медикаментозных средств; исправление или наложение повязок и транспортной иммобилизации; ведение документации и учета; своевременное обеспечение медикаментами, перевязочным материалом и средствами транспортной иммобилизации; организация передвижения пострадавших внутри этапа и дальнейшей их эвакуации и многое другое. Мы уже не говорим о важности медицинской сестры в проведении реанимационного комплекса. И вообще, работа хирурга, терапевта и любого другого специалиста неосуществима без медицинских сестер, в профессиональном плане они связаны воедино.

Схема 3

Техника сортировки пострадавших на этапах медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях

1. Выборочная сортировка для выявления нуждающихся в реанимационном комплексе или немедленной эвакуации на др. этап.
2. Опрос и осмотр следующего пострадавшего с медсестрой и регистратором.
3. Оценка состояния потерпевшего.
4. Постановка диагноза поражения.
5. Решение о необходимости первой врачебной помощи — где и в какую очередь.
6. Решение о дальнейшей эвакуации — куда и в какую очередь, в каком положении, каким транспортом.
7. Лечебные назначения — повязки, шины, инъекции и др.
8. Заполнение первичной медицинской карточки.
9. Сортировка следующего пострадавшего с другой медсестрой и регистратором с повторением пунктов 2–8.

Угрожающие жизни состояния и первая помощь при них

К неотложным, угрожающим жизни состояниям, при которых необходима немедленная помощь медицинского работника или хотя бы постороннего лица, относится целый ряд патологии травматического, психогенного или эндогенного происхождения. Это — потеря сознания, отравление, утопление, электротравма, кардиогенный шок, гипертонический криз, острая дыхательная недостаточность, травматический шок и др. (В. И. Сачков и др. в кн.: «Медицинская помощь при катастрофах» под редакцией Х. А. Музалатова, 1994).

Потеря сознания

Медицинская сестра должна знать, что кратковременная потеря сознания в вертикальном положении и быстрое восстановление его при горизонтальном положении свидетельствуют об обмороке. Если он сопровождается непроизвольным мочеиспусканием или дефекацией и судорожными подергиваниями, то следует заподозрить эпилепсию.

От простого обморока необходимо отличать потерю сознания вследствие кровопотери. Бледность кожных покровов, частый и слабый пульс, потливость, слабость свидетельствуют о кровопотере и являются сигналом к принятию экстренных мер, особенно если в анамнезе была язвенная болезнь желудка или кишечника, заболевания крови и др.

Потеря сознания иногда сопровождается безболевым приступом инфаркта миокарда или эмболию легочной артерии. Однако в этих случаях отмечается тахикардия, одышка, цианоз, падение артериального давления, аритмия, хрипы в легких, беспокойство больного и т. д.

Внезапной и продолжительной потерей сознания сопровождаются эпилепсия, истерия, нарушение мозгового кровообращения, гипогликемическая кома. Во всех случаях потери сознания особенно важен опрос очевидцев и изучение документов пострадавшего, если они при нем есть.

Следует отметить, что потеря сознания часто сопутствует черепно-мозговой травме, поэтому тщательный осмотр пострадавшего является неотъемлемой частью обследования. Какова бы ни была причина потери сознания, при оказании первой медицинской помощи необходимо действовать по определенной схеме:

1. Прекратить действие повреждающего агента (пламя, электрический ток, газ, горячая вода, механическое воздействие и т. д.);
2. Придать пострадавшему горизонтальное положение;
3. Убедиться в наличии пульса и дыхания. При отсутствии таковых следует немедленно начать реанимацию — искусственное дыхание и закрытый массаж сердца;

4. При наличии травмы — остановить кровотечение и обеспечить иммобилизацию поврежденной области;

5. При наличии подозрения на внутреннее кровотечение — придать пострадавшему положение с опущенным головным концом и немедленно транспортировать в ближайшее лечебное учреждение;

6. При наличии судорог — необходимо вложить между зубами прокладку;

7. Защитить пострадавшего от переохлаждения или перегревания;

8. При отсутствии эффекта от принятых мер — провести быстрый, но тщательный осмотр пострадавшего и постараться выяснить причину потери сознания;

9. Перед транспортировкой в лечебное учреждение — обеспечить проходимость дыхательных путей и транспортную иммобилизацию.

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ

Отравления, как правило, сопровождают катастрофы в результате разрушения коммуникаций, обеспечивающих жизнедеятельность населенных пунктов: водоснабжения, тепло- и электрообеспечения, газо- и нефтепроводов, всевозможных хранилищ. Если присоединить сюда постоянные пожары и другие вредные последствия, то становится очевидным закономерное нарушение санитарно-эпидемиологического режима питания, загрязнение вредными токсическими продуктами воздуха и источников водоснабжения. Все это ведет к острым отравлениям, которые при некоторых видах катастроф могут быть основным поражающим фактором. Но при каждодневных несчастных случаях отравления далеко не единичны.

Нередко при попадании отравляющих веществ внутрь среди срочных мер первой помощи на первый план выступает необходимость быстрого выделения ядов из пищеварительного тракта и инактивация их.

Беззондовое промывание желудка — простой и эффективный метод выведения ядов, который выполняет медсестра. Он заключается в обильном питье теплой воды, лучше содового раствора (1 столовая ложка пищевой соды на стакан воды), столько, сколько может выпить больной. Если после этого не возникает самопроизвольная рвота, то нужно ее вызвать рефлекторным путем — с помощью двух введенных в ротовую полость пальцев и легкого массажа задней стенки глотки. Процедуру можно повторить несколько раз. Чем раньше она будет выполнена, тем больше удастся удалить токсического вещества. Это промывание показано при отравлении алкоголем, снотворными и другими соединениями.

Одновременный прием слабительных средств (1–2 столовые ложки сульфата натрия на стакан воды) выводит токсины из кишечника. Слабительное применяют при отравлениях этанолом,

пестицидами, некоторыми пищевыми продуктами. Для стимуляции выведения токсических веществ с мочой используют питье щелочных минеральных вод, наложение грелок на область почек.

Прием карболена обеспечивает связывание многих ядов (этиловый спирт, пестициды, пищевые токсины и др.). С этой целью рекомендуется несколько раз принимать по 5–10 таблеток, лучше кашицу, содержащую 1–2 ложки взвеси активированного угля в воде.

При отравлении этанолом показаны: усиленный приток свежего воздуха, лёд на голову, грелка к ногам, вдыхание нашатырного спирта, который стимулирует дыхание и сердечную деятельность, промывание желудка, прием карболена, слабительных и сердечно-сосудистых средств (23–35 капель кордиамина).

Отравление метанолом часто сопровождается тяжелым общим состоянием. 10 г метанола способны вызвать полную потерю зрения, прием больших доз часто вызывает смертельный исход. Признаки отравления — головные боли, боли в желудке, одышка, нитевидный пульс — проявляются не сразу. Лечение легких форм отравления метанолом мало отличается от лечения отравления этанолом. Тяжелые формы требуют госпитализации и активной дезинтоксикации вплоть до аппарата искусственной почки.

Отравление кислотами вызывает ожоги верхних дыхательных путей, пищевода, желудка, которые сопровождаются резкой болью при глотании, болями в животе, рвотой с кровью и слизью, поносом с кровью. При отравлении эссенциями может развиваться шоковое состояние. Первая помощь состоит в нейтрализации выпитой кислоты раствором жженой магнезии (20 г на стакан воды), молоком. Дают кусочки льда. Слизистую ротовой полости и глотки смазывают 1% раствором ментолового масла. По показаниям вводят сердечно-сосудистые средства, проводят искусственную вентиляцию легких. Показана срочная госпитализация. Противопоказаны — раствор питьевой соды, беззондовое промывание желудка, слабительные средства!

Отравление щелочами по своей клинической картине похоже на отравление кислотами. При оказании первой помощи дают внутрь чайными ложками 1–2% водный раствор лимонной кислоты, разбавленный уксус (1 столовая ложка на стакан воды), молоко, слизистые отвары. Ротовую полость и глотку смазывают растительным маслом. По показаниям применяют сердечно-сосудистые средства и обезболивающие. Необходима срочная госпитализация. Противопоказаны — беззондовое промывание желудка, слабительные!

При попадании кислот или щелочей на кожу необходимо несколько раз промыть ее водой.

Отравление угарным газом (оксид углерода) занимает особое место, так как часто встречается при пожарах, сопровождающих катастро-

фы. Угарный газ образуется при неполном сгорании в результате недостатка кислорода. При вдыхании его в крови образуется стойкое соединение оксида углерода с гемоглобином — карбоксигемоглобин, который не переносит кислород, что ведет к гибели тканей.

При легком отравлении наблюдается головная боль, головокружение, нарушение координации, тошнота, рвота и сухой кашель. В более тяжелых случаях присоединяются одышка, сердцебиение, покраснение лица, двигательное возбуждение, заторможенность. Затем теряется сознание, развивается острая сердечно-сосудистая недостаточность, зрачки расширяются, дыхание становится нерегулярным, могут возникать клонико-тонические судороги.

Первая помощь — пострадавшего необходимо немедленно вынести на свежий воздух, освободить грудь от стесняющей одежды, дать вдохнуть пары нашатырного спирта. При сердечной недостаточности целесообразно ввести кордиомин, строфантин (0,05% раствор 1–2 мл), дать крепкий чай, кофе. При тяжелой степени отравления показана ИВЛ с кислородом, введение гидрокарбоната натрия. Особенно эффективна гипербарическая оксигенация.

УТОПЛЕНИЕ

Утопление является основным видом поражения при штормах, наводнениях, катастрофах на речном и морском транспорте, нередко встречается и в повседневной жизни в летний сезон.

Различают аспирационное — «истинное» утопление, при котором вода попадает в легкие и дыхательные пути, что ведет к расстройству дыхания и респираторной гипоксии, которые усугубляются спазмом сосудов малого круга кровообращения. Кожные покровы и слизистые имеют синюшную окраску. Реанимация включает удаление воды из легких! Для этого пострадавшего поворачивают лицом вниз, придавая положение с опущенной головой. Сестра руками делает сжимающий массаж грудной и брюшной полостей.

При асфиксическом утоплении небольшое количество воды попадает в верхние дыхательные пути, вызывая ларингоспазм и рефлекторную остановку дыхания. Задержка дыхания сменяется сериями ложных вдохов, которые неэффективны. Синюшность выражена слабо. Реанимация включает удаление воды из легких!

При синкопальном утоплении развивается рефлекторная остановка сердца вследствие контакта кожи и верхних дыхательных путей с холодной водой и психоэмоционального шока. Клиническая смерть наступает сразу — отсутствие пульса на сонных артериях, широкие зрачки, бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Вода в легкие не попадает! Реанимацию необходимо срочно начинать с ИВЛ и непрямого массажа сердца еще в воде на мелководье!

Спасенные в начальном периоде утопления находятся в сознании и не нуждаются в реанимации. Их нужно переодеть в сухое белье и укутать в теплое одеяло, дать горячий сладкий чай, сердечные средства. Слабость, головная боль, кашель сохраняются несколько дней. Может быть рвота.

Спасенные в агональном периоде утопления нуждаются в срочной реанимации. Они без сознания, изо рта и носа выделяется розовая жидкость. Дыхание прерывистое, судорожное, если его не поддерживать, вскоре прекращается. Пульс слабый, редкий, аритмичный. При истинном утоплении агональный период быстро переходит в клиническую смерть.

Первым элементом реанимации, который проводит медсестра или любой другой реаниматор, является восстановление проходимости дыхательных путей. Полость рта нужно освободить от песка, пены, слизи. Для этого необходимо преодолеть тризм жевательных мышц. При наличии синюшных кожных покровов и слизистых (в легких вода!) следует очень быстро, в течение 30–40 секунд, удалить воду из дыхательных путей. Для этого кладут спасенного животом на бедро согнутой ноги реаниматора так, чтобы его голова находилась ниже грудной клетки, и несколько раз сильно надавливают между лопатками, стараясь сдвинуть грудь.

Для удаления воды из желудка пострадавшего кладут вниз лицом и, обхватив его живот снизу обеими руками, поднимают вверх, как бы «складывая» его и выдавливая воду. Делать это надо очень быстро. Если попытка удалить воду в течение минуты не удалась, то следует немедленно переходить к искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и непрямому массажу сердца.

При подозрении на перелом шейного отдела позвоночника («перелом ныряльщика») нужно спасенному, вынесенному на берег, придать горизонтальное положение и помнить — **нельзя изменять положение шеи пострадавшего!**

Если спасенный без признаков жизни, то ИВЛ надо начинать еще в воде методом изо рта в нос, на мелководье — методом изо рта в рот и продолжать ее на берегу, желательнее с чистым кислородом. Массаж сердца можно начинать, только когда пострадавшего вынесут на берег. Как только потерпевший придет в сознание, нужно ввести сердечно-сосудистые средства, согреть его и срочно госпитализировать.

Необходимо еще напомнить о «синдроме вторичного утопления», когда на фоне относительного благополучия после успешной реанимации и восстановления сознания вновь появляется надрывный кашель с обильной мокротой и прожилками крови, одышка, тахикардия, синюшность кожных покровов. В этих случаях может потребоваться повторная реанимация.

ЭЛЕКТРОТРАВМА

Электротравма — частое явление при аварийных состояниях электросети и нарушениях линий электропередач в очагах катастроф и стихийных бедствий. Тяжесть и исход ее зависят от силы и характера тока, длительности воздействия, путей распространения в организме и места контакта, состояния организма в момент травмы, влажности и т. д. Переменный ток напряжением 127–380 В более опасен, чем постоянный.

Наиболее опасны пути распространения тока при контактах: рука—рука, рука—голова, рука—нога.

Бытовой ток при достаточном воздействии вызывает фибрилляцию желудков, высоковольтный — остановку сердца в систоле на протяжении всего времени контакта и спазм дыхательной мускулатуры. Прохождение электрического тока через мозг может вызвать паралич дыхательного и сосудо-двигательного центров. При длительном воздействии возможны разрывы легочных сосудов, полых органов пищеварительного тракта, очаговые повреждения печени, почек, поджелудочной железы. В местах контактов возникают ожоги — «электрические метки».

Первая помощь состоит в прекращении воздействия тока на пострадавшего. (Осторожно! Отключить источник энергии). При этом быть готовым к падению пострадавшего в момент отключения. После электротравмы сознание потерпевшего нарушено или отсутствует, что обычно связано с нарушением дыхания из-за спазма дыхательной мускулатуры, который быстро проходит. Если этого не происходит (поражение дыхательного центра), следует срочно начать ИВЛ. Иногда в случаях «электрического шока» остановка дыхания может продолжаться в течение 2–3 часов после травмы, и все это время вентиляция легких должна проводиться.

При прохождении тока через грудную клетку нарушается сердечная деятельность, возникает экстрасистолия, фибрилляция желудочков вплоть до остановки сердца. Отсутствие пульса на сонных артериях является сигналом к немедленному проведению непрямого массажа сердца. При этом следует отметить, что особенностью асистолии при электротравме является длительное сохранение функциональной готовности сердца и его энергетических ресурсов. Поэтому эффективность массажа сердца часто высокая, если он начат своевременно. Одновременно с массажем следует ввести адреналин, лидокаин и др. прессорные средства. Естественно, лучшим способом является дефибрилляция желудочков.

В легких случаях электротравмы показаны опрыскивание холодной водой, вдыхание нашатырного спирта, валокордин, корвалол, кордиамин, строфантин и др. Обязательна госпитализация на 5–7 дней.

Поражение молнией аналогично действию тока высокого напряжения. Техника реанимационного комплекса будет описана ниже.

КАРДИОГЕННЫЙ ШОК

Кардиогенный шок чаще всего осложняет инфаркт миокарда. Он развивается вследствие снижения минутного объема сердца в результате нарушения сократительной способности левого желудочка. Это — инфаркт миокарда, миокардиты, кардиомиопатии, аритмии, токсические поражения и др. Обычно кардиогенным называется и шок, обусловленный тромбозом легочной артерии. Шок — это клинический синдром, который проявляется болями в сердце, иррадиирующими в шею, лопатку, плечо; артериальной гипотонией (систолическое АД 80 мм рт. ст. и ниже); олигурией до 20 мл/час и менее; заторможенностью и нарушением сознания; нарушением периферического кровообращения — бледность, иногда мраморность кожных покровов, акроцианоз, снижение кожной температуры.

В основе первой помощи при кардиогенном шоке лежит вызов кардиологической бригады. Лечение определяется особенностями его патогенеза в каждом конкретном случае. Так, при инфаркте миокарда различают рефлекторный, «истинный» кардиогенный и аритмический шок. Для успешного лечения любой формы шока при инфаркте миокарда необходимо адекватное обезбоживание. Наркотические анальгетики целесообразно сочетать с симпатомиметиками — мезатон 0,3–0,5 мл 1% раствора.

При рефлекторной форме шока приподнимают ноги на 15–20°, чтобы увеличить приток крови к сердцу. При брадикардии вводят 0,5–1,0 мл 1% раствора атропина внутривенно. Переливают плазмозаменители до 2–5 л/сутки начиная с 200 мл реополиглюкина, который благоприятно действует на реологические свойства крови и улучшает микроциркуляцию. Лечение должно проводиться под контролем заполнения левого желудочка и артериального давления.

При «истинном» кардиогенном шоке применяют лекарственные препараты, обладающие положительным инотропным действием — катехоламины. Норадреналин в малых дозах оказывает инотропное действие на миокард. Вводят внутривенно капельно 1–2 мл 0,2% раствора норадреналина в изотоническом растворе хлорида натрия или глюкозы. В высоких дозах он оказывает сосудосуживающее действие. Другим эффективным препаратом является допамин — вводят внутривенно капельно со скоростью 0,1–1,5 мг в минуту.

При безуспешности медикаментозной терапии прибегают к вспомогательному кровообращению — в аорту вводят катетер с баллоном на конце, который при систоле спадает, при диастоле расправляется. Это обеспечивает более интенсивное наполнение сердца и коронарных сосудов.

При стабилизации артериального давления дают препараты, расширяющие коронарные сосуды и улучшающие микроциркуля-

цию — нитроглицерин, нитросорбид натрия и др. Показаны гепарин (1500–2000 ЕД), гидрокарбонат.

При остановке сердца проводят непрямой массаж, ИВЛ, вводят норадреналин, лидокаин, гидрокарбонат. При безуспешности производят дефибрилляцию. Крайней мерой является хирургическое вмешательство — аортокоронарное шунтирование.

Доставка больного в кардиологический центр — залог успеха интенсивной терапии и реанимации.

ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Острая дыхательная недостаточность — состояние, при котором нарушается оксигенация венозной крови в легких. Оксигенация крови — трехфазный процесс: альвеолярная вентиляция (свободное прохождение воздуха в альвеолы и обратно), диффузия газов (переход кислорода и углекислого газа через альвеолярно-капиллярную мембрану) и перфузия (транспорт крови в микрососудах легких).

Острая дыхательная недостаточность может быть центрального происхождения вследствие угнетения дыхательного центра при тяжелом ушибе или сдавлении головного мозга, отравлении, интоксикации и др. и периферического происхождения при нарушениях внешнего дыхания. К ним относятся: непроходимость дыхательных путей (инородные тела, слизь, кровь, бронхоспазм, утопление); повреждения грудной клетки (множественные переломы ребер и грудины, пневмоторакс, повреждение легких, тугое бинтование); поражение мышц и периферических нервов (столбняк, миастения, отравления фосфорорганическими соединениями и др.).

В клиническом течении дыхательной недостаточности выделяют две стадии: компенсированная — кожные покровы бледные, одышка до 30–35 дыханий в минуту, тахикардия до 100 уд/мин и декомпенсированная — общее состояние тяжелое, резкая бледность с акроцианозом, одышка до 40 и более дыханий в мин, вспомогательные мышцы форсированно участвуют в акте дыхания, в легких застойные влажные хрипы, тахикардия до 120 и более уд/мин, артериальное давление снижается до 80–90 мм рт. ст.

Какие бы причины ни вызвали острую дыхательную недостаточность, в итоге наступает респираторная гипоксия. Наиболее тяжелой формой дыхательной недостаточности является «шоковое легкое», которое развивается при тяжелых травмах, ожогах, перитоните, отравлении, утоплении и часто приводит к терминальному состоянию.

Интенсивная терапия должна быть начата как можно раньше с восстановления проходимости дыхательных путей (удаление инородных тел, отсасывание слизи, крови), введения воздуховода в

полость рта, ингаляции кислорода, вспомогательной вентиляции легких, введения обезболивающих, дыхательных и сердечных средств. Хороший эффект дают антигипоксанты — оксипутират натрия (лития). Обязательна гипербарическая оксигенация. При клинической смерти проводится стандартная легочно-сердечная реанимация (ИВЛ, закрытый массаж сердца, внутривенные инфузии и др.).

ПОЛИТРАВМА

Типичной особенностью повреждений при катастрофах является наличие политравм — множественных и сочетанных травм. Напомним, что под **политравмой** понимается наличие двух и более зон повреждения в одной или нескольких анатомических областях, когда одно из повреждений или сочетание их представляет опасность для жизни пострадавшего и требует проведения немедленной квалифицированной или специализированной помощи.

Сочетанная травма — это сочетание повреждений опорно-двигательного аппарата и внутренних органов в нескольких областях тела одним повреждающим агентом. Например, закрытый перелом бедра и разрыв селезенки при падении или огнестрельное ранение груди, живота, бедра.

Под **комбинированной травмой** подразумевается повреждение, возникающее в результате одновременного или последовательного воздействия на организм нескольких повреждающих факторов: механического, термического, химического, радиационного. Например, открытый перелом плеча + ожог лица и грудной клетки + проникающая радиация. Клиническое течение такой травмы гораздо более тяжелое из-за синдрома взаимного отягощения.

Изолированная травма — это повреждение одного сегмента, одного органа или одной анатомической области тела человека.

Различают еще **множественную травму**, под которой понимают множественные ушибы мягких тканей, вывихи, переломы костей или повреждение нескольких внутренних органов в одной полости. Например, ушиб таза, перелом бедра и голени или разрыв печени и селезенки при тупой травме живота.

Градации этих повреждений дана А. Ф. Красновым во втором томе руководства «Семейная медицина» (1995).

Термин «Политравма» появился в научной литературе последние 10–15 лет и быстро укоренился в практической хирургии, хотя он по своему содержанию отражает только количественную характеристику повреждений и никак не определяет качественную. Тем не менее для практических врачей краткое определение «Политравма» является сигналом тревоги, определяющим и сложность травмы, и тяжесть состояния больного, и наличие кровопотери, шока

и других опасных нарушений. Одновременно это призыв к готовности оказать немедленную помощь пострадавшему на всех этапах. Это как «острый живот» в брюшной хирургии. Поэтому термин «Политравма» не противоречит принципам ургентной травматологии и медицины катастроф (А. Ф. Краснов с соавт., 1993).

По нашему мнению, политравма объединяет множественные, сочетанные и комбинированные травмы. Классификация ее представлена на схеме № 4.

Схема № 4

Политравма

<i>Множественные травмы</i>	<i>Сочетанные травмы</i>	<i>Комбинированные травмы</i>
ушибы, растяжения связок, раны мягких тканей, вывихи и переломы в одной или нескольких анатомических областях или повреждения нескольких внутренних органов в одной полости	сочетание повреждений опорно-двигательного аппарата и внутренних органов одним повреждающим агентом в нескольких анатомических областях тела	комбинация поражающих факторов, воздействующих на организм: механического, термического, химического, радиационного (переломы, ожог, отравления, радиация)

Предлагаемая классификация проста для восприятия и охватывает все варианты политравм.

Общеизвестно, что при катастрофах резко возрастает число политравм. Так, при землетрясении в Армении только сочетанные травмы наблюдались в среднем в 50%, а комбинированные в 2–5% случаев. Если прибавить сюда еще множественные травмы, то можно представить себе количество политравм.

В обыденной жизни частота политравм, по данным разных авторов, составляет 5–8% от всех повреждений опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Однако этот процент явно занижен, т. к. не все виды политравм учитываются по годовым отчетам. На первом месте стоят автодорожные происшествия – 50–75%, на втором падения с высоты – 23–40% и производственные – 9–14%. Из внутренних органов при политравме чаще всего повреждаются легкие, печень и кишечник, из отделов скелета – голова, таз, бедро и голень (А. Е. Дубицкий и др., 1993).

Летальность при политравмах остается высокой. Так, по данным Г. Д. Никитина, Э. Г. Грязнухина (1983), она при множественных переломах составляет от 2,3 до 18%, а при сочетанных повреждениях – 38–71%. Это в повседневных условиях хирургической практики.

Политравма — это не простая сумма переломов и повреждений внутренних органов, это **травматическая болезнь** организма со сложным и многогранным патогенезом, в остром периоде которой на первый план выходят не признаки переломов, а нарушения витальных функций, угрожающих жизни больного (А. Ф. Краснов с соавт., 1993).

Клиническое течение травматической болезни условно можно разделить на три периода: острый период, период местных проявлений и период последствий политравмы. Острый период — это первые 2–3 недели после травмы. Клиническая картина его складывается из симптомокомплексов, определяющих шок, кровопотерю, острую дыхательную недостаточность, и признаков повреждения внутренних органов и локомоторного аппарата.

Травматический шок — это ответная реакция организма на тяжелую механическую, термическую, химическую травму с резким снижением всех функций организма и типичной клинической картиной гипотонии при механической травме. В патофизиологической основе шока — боль, кровопотеря, гипоксия.

С пятидесятых годов до последних лет в отечественной литературе ведущей теорией патогенеза травматического шока считалась нервнорефлекторная. В настоящее время травматический шок считается неразрывной частью сложного процесса — травматической или раневой болезни. Шок и постшоковый период — основные этапы острого периода этой болезни. С других позиций рассматривается и патогенез.

Травматический шок сейчас представляется состоянием полипатогенетического происхождения. Об этом писал еще М. Г. Шрайбер (А. Н. Беркутов, ред., 1973). Основными факторами патогенеза являются кровоплазмопотеря, токсемия, болевой синдром, которые сопровождают любую травму. Но эти факторы далеко не единственные. В последние годы патогенез травматического шока тесно связывают с диссеминированным внутрисосудистым микросвертыванием (ДВС-синдром), которое ведет к нарушению микроциркуляции — кровотока в мелких сосудах и капиллярах. Следствием являются дистрофические нарушения в паренхиматозных органах и тканях (З. С. Баркаган, 1986).

Таким образом, шок травматический — понятие собирательное в смысле происхождения. Наиболее частыми причинами его являются: повреждения таза, грудной клетки, внутренних органов и нижних конечностей. Множественные и сочетанные повреждения осложняются шоком в 11–86% случаев, что в среднем составляет 30–35% всех несчастных случаев мирного времени. Классификация травматического шока представлена на схеме № 5.

Классификация травматического шока

I. Эректильная фаза	1. Легкая степень	Терминальные состояния: 1. Преагональное
II. Торпидная фаза	2. Средняя степень	2. Агональное
	3. Тяжелая степень	3. Клиническая смерть

Эректильная фаза проявляется выраженной эйфорией, двигательным и речевым возбуждением, нарушением критического отношения к собственному состоянию. У больного беспокойный, бегающий взгляд, повышенное потоотделение, общая гиперестезия и гиперрефлексия. Артериальное давление нормальное или несколько повышенное. Пульс нормальный, но может быть несколько учащен или замедлен. Длительность этой фазы небольшая — секунды, минуты, редко больше часа.

Торпидная фаза характеризуется угнетением жизненно важных функций организма. Классическое описание ее принадлежит Н. И. Пирогову: «С оторванной рукой или ногой лежит такой окоченелый на перевязочном пункте неподвижно. Он не кричит, не вопит, не жалуется и ничего не требует. Тело его холодно, лицо бледно, как у трупа. Взгляд неподвижен и обращен вдаль. Пульс как нитка и с частыми пережками. Дыхание едва приметно. На вопросы окоченелый или вовсе не отвечает, или про себя, чуть слышным шепотом. Рана и кожа почти не чувствительны, но если нерв, висящий из раны, будет чем-либо раздражен, то больной легким сокращением личных мускулов обнаруживает признаки чувства. Иногда это состояние проходит через несколько часов от возбуждающих средств, иногда же оно продолжается без перемен до самой смерти».

В настоящее время клиницистов интересуют объективные показатели степеней торпидной фазы, которые представлены нами в таблице (См. таблицу № 22. Объективные показатели степеней торпидной фазы шока).

Таблица № 22

Объективные показатели степеней торпидной фазы шока

Степени торпидной фазы	Показатели					
	Общее состояние	Артериал. давление систол.	Пульс	О.Ц.К.	Гематокрит	Кровопотеря в мл
I. Легкая	Удовлет., сред. тяж.	100—95	90—100	снижается на 10—20%	40—35%	500—1000
II. Средняя	Тяжелое	90—75	120	на 25—30%	30—25%	1100—1500
III. Тяжелая	Очень тяж.	60 и ниже	140—160	на 35% и больше	20%	1600—2000

При объективной характеристике степеней торпидной фазы шока необходимо помнить о критических цифрах артериального давления и гематокрита, — обеспечивающих необходимый минимум жизненных функций организма. Это артериальное давление — 60 мм ртутного столба и гематокрит — 25%. Ниже этих цифр перестают функционировать все паренхиматозные органы, развивается общая гипоксемия с последующей дистрофией тканей и развитием печеночно-почечной недостаточности, когда больного спасти уже не удастся.

При отсутствии соответствующего лечения торпидная фаза шока переходит в терминальные состояния — предагональное, агональное и клиническую смерть. Момент перехода соответствует потере сознания, невозможности определить артериальное давление и пульс на периферических сосудах, но тоны сердца еще выслушиваются, и пульс на центральных артериях еще прощупывается.

Клиническая смерть начинается с момента остановки сердца, дыхания и длится 5–7 минут. После истечения этого срока гибнет кора головного мозга, но возобновление сердечной и дыхательной деятельности возможно какое-то время. Если это происходит в результате реанимации, то восстанавливаются основные физиологические функции и безусловные рефлексы. Тело человека превращается в живой анатомический субстрат, а сам человек как «человек» перестает существовать. Поэтому реанимацию лучше начинать до клинической смерти.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ШОКЕ в очаге катастрофы или на месте происшествия предусматривает:

1. Остановку кровотечения путем наложения жгута-закрутки или табельного жгута при артериальном кровотечении и давящей повязки при венозном кровотечении;

2. Обезболивание введением любых имеющихся средств, предпочтительно — кетамина из расчета 1–3 мг на кг веса тела внутримышечно или внутривенно медленно, оксибутирата натрия — 50 мг на кг веса тела внутривенно очень медленно;

3. Наложение защитной стерильной повязки на раны;

4. Осуществление транспортной иммобилизации подручными средствами или табельными шинами. Все эти мероприятия проводятся медицинской сестрой.

ПЕРВАЯ И ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ по поддержанию жизни.

При ухудшении состояния и появлении первых признаков клинической смерти необходимо немедленно, не дожидаясь приезда специализированной бригады, начать срочные мероприятия по поддержанию жизни:

1. Запрокинуть голову кзади;

2. Выдвинуть вперед нижнюю челюсть;

3. Начать искусственную вентиляцию легких методом «рот в рот»;

4. Начать непрямой массаж сердца.

Показанием к проведению доврачебной медицинской помощи медсестрой или фельдшером по поддержанию жизни является состояние, близкое к клинической смерти. Оно характеризуется отсутствием сознания, затрудненным и нерегулярным дыханием и слабо реагирующими на свет зрачками.

Для состояния клинической смерти типичны отсутствие сознания, дыхания, сердечных тонов и пульса на крупных артериях, широкие, не реагирующие на свет, зрачки, арефлексия.

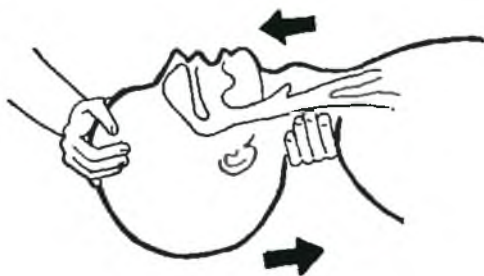


Рис. 1. Отгибание головы пострадавшего кзади.

Восстановление проходимости дыхательных путей без специального инструментария и оборудования проводится в следующем порядке:

1. Уложите пострадавшего на спину;

2. Запрокиньте голову больного назад. Для этого одну свою руку подложите под его шею, а другую на лоб, стараясь осторожно выпрямить и переразогнуть шею. Это ведет к раскрытию рта и предотвращает западание языка, которое является самой частой причиной удушья у больных в бессознательном состоянии (рис. 1).

3. Безуспешность искусственной вентиляции легких (ИВЛ) методом изо рта в рот свидетельствует о непроходимости дыхательных путей. Для устранения ларингоспазма необходимо выдвинуть нижнюю челюсть пострадавшего кпереди, так как растяжение мышц шеи способствует натяжению мышц гортани. Это приводит к устранению ларингоспазма. Для этого встаньте у головы больного. II, III и IV пальцами обеих рук захватите ветвь нижней челюсти около ушной раковины и выдвиньте ее вперед так, чтобы нижние зубы оказались впереди верхних (рис. 2).

При подозрении на травму шейного отдела позвоночника максимальное запрокидывание головы абсолютно противопоказано! Допустимы лишь умеренное отведение головы кзади и выдвижение нижней челюсти с открыванием рта. При этом лучше поднимать нижнюю челюсть большим пальцем.



Рис. 2. Тройной прием. Выдвижение нижней челюсти вперед с одновременным отгибанием головы кзади и открыванием рта

При наличии инородного тела в верхних дыхательных путях следует применять приемы «сжатия живота» и «удара по спине». У больных, не утративших сознания, они выполняются в вертикальном положении. Находясь сзади плотно охватите пострадавшего руками вокруг живота. Сжатой в кулак кистью с силой надавите на живот в области эпигастрия в сторону грудины. Такое сжатие повышает давление в легких и выталкивает инородное тело.

Если потерпевший без сознания, то эти приемы выполняются в горизонтальном положении на спине и на боку. В положении больного на боку нанесите 3–5–7 сильных ударов кистью руки в межлопаточной области.

Восстановление проходимости дыхательных путей — I этап реанимации.

II этап реанимации — искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Проводить ее необходимо при остановке или резком угнетении дыхания даже при наличии сердечной деятельности. Вентиляция методом «изо рта в рот» включает ряд последовательных мероприятий:

1. Отогните голову пострадавшего кзади, положив одну руку ему на лоб и закрыв ноздри, а другую под шею. Если рот больного закрыт, выдвиньте нижнюю челюсть кпереди. Наложите на его рот салфетку или платок.

2. Сделав глубокий вдох, плотно прижмите свои губы к губам пациента и с силой вдуйте воздух в его легкие. Следите за подъемом грудной клетки (рис. 3).



Рис. 3. Искусственное дыхание методом «изо рта в рот» с визуальным контролем за подъемом грудной клетки.

3. Если грудная клетка поднимается, дайте больному сделать пассивный выдох. Повторяйте вдухание воздуха взрослому каждые 5 сек (12 раз в мин), ребенку — каждые 3 сек (20 раз в мин). Можно использовать и методику ИВЛ «изо рта в нос». Легче и эффективнее выполнять ИВЛ через ротоглоточные S-образные воздуховоды.

После 3—5 активных и глубоких раздуваний легких проверьте наличие пульса на сонных артериях. При его отсутствии продолжайте ИВЛ и немедленно приступайте к закрытому массажу сердца.

III этап реанимации — закрытый массаж сердца, который поддерживает кровообращение. Отсутствие пульса на сонных артериях и тонов сердца при выслушивании — несомненный признак остановки сердца.

Различают первичную остановку сердца, которая является результатом ишемии миокарда и фибрилляции желудочков при остром инфаркте, различных предшествующих заболеваний сердца, поражения электрическим током, идиосинкразии к лекарственным препаратам. При экстремальных ситуациях обычно наблюдается вторичная остановка сердца в ответ на асфиксию или массивное кровотечение.

При полной остановке сердца в течение 15 сек выключается сознание, а в течение 1 мин останавливается дыхание и расши-

ряются зрачки. Энергичный кашель несколько продлевает кровообращение и сохраняет сознание.

При появлении признаков клинической смерти необходимо немедленно начать закрытый массаж сердца в сочетании с ИВЛ, техника его следующая:

1. Встаньте или опуститесь на колени со стороны от больного, удобной для проведения манипуляции;

2. Найдите на груди точку приложения рук. Она на нижней половине грудины на два поперечных пальца выше основания мечевидного отростка;

3. Ладонную поверхность кисти одной руки положите на нижнюю часть грудины в точке приложения силы, а ладонь другой руки поверх первой. Надавите сверху вниз на грудину с такой силой, чтобы она сместилась на глубину 4–5 см, и задержите руки в этом положении на счет «раз». За это время (0,5 сек) кровь активно изгоняется из полостей сердца в крупные сосуды.

4. Резко ослабьте давление рук на грудину и задержите их, не отрывая от поверхности на счет «два». За это время сердце пассивно заполняется кровью;

5. Повторяйте эту манипуляцию 1 раз в секунду до восстановления работы сердца. При сдавлении используйте всю тяжесть своего тела, не отрывая рук от грудины. Прерывать массаж можно только на несколько секунд для смены реаниматоров. При правильном закрытом массаже сердца можно определить искусственную пульсовую волну на сонной или бедренной артериях.

Умение оказать первую доврачебную помощь по поддержанию жизни (закрытый массаж сердца и ИВЛ) одним реаниматором особенно важно при массовых поражениях в экстремальных условиях. При этом необходимо соблюдать следующую методику:

1. При отсутствии дыхания и пульса быстро произведите 3–5 энергичных раздуваний легких.

2. Затем сделайте 15 сдавливаний грудины по описанной методике.

3. Снова произведите 2 интенсивных раздувания легких и опять 15 сдавливаний грудины. Продолжайте максимально быстро чередовать ИВЛ с закрытым массажем сердца в соотношении 2:15 (рис. 4). Закрытый массаж в этом случае нужно производить со скоростью 80 сдавливаний в минуту, что в сумме составит около 60 пульсовых волн.

4. Продолжайте ИВЛ и наружный массаж сердца до появления спонтанного пульса и дыхания.



Рис. 4. Проведение закрытого массажа сердца и искусственного дыхания одним реаниматором.

При проведении сердечно-легочной реанимации двумя спасателями поддерживается соотношение ИВЛ к массажу 1:5, то есть каждые пять сдавливаний грудины сочетаются с одним раздуванием легких.

Мы разобрали определение медицины катастроф и экстремальной медицины, организационную структуру экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, угрожающие жизни состояния, первую и доврачебную помощь по поддержанию жизни в экстремальных условиях (сердечно-легочную реанимацию), которую обязан квалифицированно выполнять любой медработник – медсестра, фельдшер, врач. На очереди объем помощи на этапах медицинской эвакуации при чрезвычайных происшествиях.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ после освобождения из завалов в очаге бедствия: 1. Введение обезболивающих средств из шприц-тюбика. 2. Остановка наружного кровотечения наложением жгута или давящей повязки. 3. Наложение асептической повязки на раны без большого кровотечения. 4. Транспортная иммобилизация подручными или табельными средствами. 5. Наложение гер-

метической повязки при открытом пневмотораксе. 6. Эвакуация в ближайший полевой госпиталь. Все эти мероприятия выполняет медицинская сестра. Естественно, некоторые из этих мероприятий не будут выполнены при само- и взаимопомощи.

ПЕРВАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ с элементами квалифицированной в полевом госпитале вблизи очага поражения:

1. Введение обезболивающих и дача седативных средств.
2. Контроль и исправление транспортной иммобилизации.
3. Остановка наружного кровотечения в ране в условиях перевязочной.
4. Производство необходимых новокаиновых блокад.
5. Переливание кровезаменителей при шоке II—III ст.
6. Производство трахеостомии по показаниям.
7. Ушивание раны сердца.
8. Окончательная остановка угрожающего жизни внутреннего кровотечения.
9. Отсечение конечности, висящей на лоскуте.
10. Пункция плевральной полости при клапанном пневмотораксе.
11. Катетеризация или пункция мочевого пузыря по показаниям.
12. Введение столбнячного анатоксина или сыворотки.
13. Заполнение медицинской документации.
14. Введение сердечно-сосудистых, дыхательных средств, антибиотиков.
15. Дача щелочно-солевого питья. Дальнейшая эвакуация.

Пункты № 1, 2, 5, 12, 13, 14 являются прерогативой медицинской сестры.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ И ОСНОВНЫЕ ВИДЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ в ближайшем госпитале на базе больницы оказываются по двум группам в зависимости от срочности.

I. Неотложные мероприятия по жизненным показаниям:

1. Реанимационный комплекс по необходимости (вплоть до дефибрилляции и открытого массажа сердца).
2. Окончательная остановка кровотечения любой локализации.
3. Полный комплекс терапии при шоке, травматическом токсикозе, отравлениях.
4. Операции при открытом и клапанном пневмотораксе.
5. Лапаротомия при проникающих ранениях живота, при внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря и прямой кишки.
6. Операции по анаэробной инфекции.
7. Декомпрессивная трепанация черепа при сдавлении головного мозга.

Большое практическое значение в неотложных мероприятиях занимает инфузионная терапия шока, острой кровопотери и синдрома длительного сдавливания (См. таблицу № 23. Объемная

характеристика инфузионной терапии при травматическом шоке (по А. Ф. Краснову с соавт.).

Таблица № 23

Объемная характеристика инфузионной терапии при травматическом шоке (по А. Ф. Краснову с соавт.)

Степень шока	Крово-потеря, мл	Переливание крове-замен., мл		Перелива-ние крови, мл	Всего, мл
		Кристал-лоид. р-ры	Коллоид-ные р-ры		
I	500-1000	400	600	0	1000
II	1000-1500	1000	1000	500	2500
III	1500-2000	1400	1100	2000	4500
Терминальн. состояние	3000 и более	1500	500	4000-6000	6000-8000

Инфузионную терапию целесообразно начинать с введения высокомолекулярных коллоидных полимеров глюкозы (полиглюкин, синкол, декстран, реополиглюкин, желатиноль), которые длительно находятся в кровяном русле и хорошо стабилизируют артериальное давление. К низкомолекулярным коллоидным растворам относятся гемодез, полидез, маннитол, маннит. Кристаллоидные растворы — адессоль, дисоль и др. солевые растворы. Острую анемию устраняют переливанием крови, не забывая на каждые 500 мл вводить 10 мл 10% раствора хлорида натрия.

Таким образом, в терапии тяжелого шока и терминальных состояний удельный вес крови в переливаемой жидкости составляет 50-80%.

II. Мероприятия второй очереди:

1. Ампутации конечности при ишемическом некрозе, отрывах и размозжениях.

2. Наложение цистостомы при внебрюшинном разрыве мочевого пузыря и уретры.

3. Наложение колостомы при внебрюшинном разрыве прямой кишки.

4. Первичная хирургическая обработка всех ран и ожогов, в том числе зараженных радиоактивными веществами и отравленных боевыми отравляющими или вредными химическими веществами.

Ни одно из перечисленных мероприятий врачебной помощи не может быть выполнено без участия медсестер в качестве операционной, перевязочной или манипуляционной сестры.

Для материального обеспечения бригад при работе в чрезвычайных условиях разработаны специальные укладки. Приводим имущество одной из них.

Опись укладки врачебно-сестринской бригады на 20 пострадавших:

1. Промедол 2% — 1,0 — 6 амп.
2. Морфин 1% — 1,0 — 4 амп.
3. Дроперидол 25 мг — 10,0 — 2 флак.
4. Атропин 0,1% — 1,0 — 10 амп.
5. Эфедрин 5% — 1,0 — 5 амп.
6. Спирт этиловый 96% — 50 мл.
7. Коргликон 0,06% — 1,0 — 5 амп.
8. Кордиамин — 1,0 — 10 амп.
9. Кофеин 20% — 2,0 — 10 амп.
10. Норадреналина гидротартрат 0,2% — 1,0 — 10 амп.
11. Цититон 0,15% — 1,0 — 10 амп.
12. Лазикс 20 мг — 2,0 — 10 амп.
13. Аминазин 2,5% — 10 амп.
14. Анальгин 50% — 2,0 — 10 амп.
15. Реланиум (седуксен) 0,5% — 1,0 — 5 амп.
16. Викасол 1% — 1,0 — 5 амп.
17. Димедрол 1% — 1,0 — 10 амп.
18. Натрия хлорид 0,9% — 10,0 — 10 амп.
19. Глюкоза 40% — 20,0 — 10 амп.
20. Эуфиллин 2,4% — 10,0 — 5 амп.
21. Кальция глюконат (кальция хлорид) 10% — 10,0 — 10 амп.
22. Преднизолон 30 мг — 1,0 — 15 амп.
23. Новокаин 2% — 5,0 — 5 амп.

Перевязочный материал:

1. Бинт марлевый стерильный 14 см × 7 м — 15 шт.
2. Бинт марлевый стерильный 5 см × 7 м — 15 шт.
3. Салфетки марлевые большие стерильные 45 × 29 см по 5 шт. в пачке — 5 пачек.
4. Салфетки марлевые малые стерильные 14 × 16 см, по 10 шт. в пачке — 3 пачки.
5. Пакет перевязочный индивидуальный — 3 шт.
6. Лейкопластырь 5 см × 5 м — 1 шт.
7. Вата гигроскопическая стерильная 25 г — 3 пачки.
8. Бинт эластичный трубчатый — 10 шт.

Инструменты, прочее имущество:

1. Шприц разового пользования 10,0—20,0 — 20 шт.
2. Ножницы хирургические — 1 шт.
3. Пинцет хирургический — 1 шт.
4. Пинцет кровоостанавливающий — 2 шт.
5. Шпатель металлический — 1 шт.
6. Резиновый жгут для венепункции — 1 шт.
7. Пипетка глазная — 2 шт.
8. Воздуховод S-обр. — 1 шт.
9. Ротораспириатель — 1 шт.
10. Языкодержатель — 1 шт.
11. Крючок трахеостомич. острый — 2 шт.
12. Расширитель трахеостомич. — 1 шт.
13. Скальпель брюнн-стый средний — 1 шт.
14. Трубки трахеостомич. № 3, 4 — 2 шт.
15. Жгут кровоостанавливающий резин. — 1 шт.
16. Шина проволочная транспорт. 80 см — 3 шт.
17. Шина проволочная транспорт. 120 см — 3 шт.
18. Тонометр — 1 шт.
19. Фонендоскоп — 1 шт.
20. Булавки безопасные — 20 шт.
21. Нож складной — 1 шт.
22. Халат медицинский, фонарь электрический, блокнот отрывной, ручка шариковая — на каждого члена бригады.
22. Медицинская карточка ГО — 25 шт.
23. Портативный аппарат искусственного дыхания «МИВР-1» — 1 шт.

Эти укладки составляются и регулярно обновляются в больницах по месту формирования бригад и выдаются только перед выездом на место катастрофы.

Сестринское дело вообще, тем более в экстремальной медицине, тем более с позиций и обычной, и академической медсестры, как нам кажется, недостаточно изучено.

Возьмем хотя бы количественную сторону. В среднем в СССР, а затем и в России, соотношение «врач—сестра» колебалось в пределах 1:2. Об этом свидетельствовала статистика. А если взять факты, то это соотношение, к сожалению, будет и того ниже за счет оттока подготовленных медицинских сестер в другие учреждения и производства и особенно военно-промышленного комплекса. Сестер можно понять и оправдать с материальных позиций в связи с заметно повышенным окладом в других структурах немедицинского профиля.

Стало принято сравнивать наши данные с зарубежными. И в этом отношении мы выглядим со своим российским почерком, заключающимся в завышенном количестве врачей. Более точное соотношение «врач—сестра» в цивилизованных странах составляет 1:6, 1:8.

Что касается академической сестры, то есть сестры с высшим медицинским образованием, то вновь мы оказались у истоков начинания этого когда-то передового направления в дореволюционной России. В период революции коллежи высшего сестринского образования были разрушены. Специалисты эмигрировали в различные страны. Сейчас мы вновь по крупицам восстанавливаем наши традиции.

На самом деле, если посмотреть внимательно на структуру здравоохранения и возможность сестры, она должна рассматриваться не только помощником, но и инициатором и организатором многих профессиональных направлений.

Вот схема и объем нашей и плановой, и urgentной работы: организация, профилактика, диагностика, лечение, профессиональная медицинская реабилитация, социальная реабилитация. Из 6 пунктов медицинской деятельности только в 2-х: диагностике и лечении — сестра должна выступать в роли помощницы. В остальных четырех случаях она вполне в состоянии, и на достаточно высоком уровне, выполнять необходимые мероприятия. Что же касается академической сестры с высшим медицинским образованием, то она во многих вопросах, и особенно в организации, профилактике, реабилитации, по базовой подготовке превосходит врача. В процессе обучения академические сестры на достаточно высоком уровне и по количеству часов, и по технологии обучения познают психологию и общую и медицинскую экономику, также с общемедицинским уклоном, организацию здравоохранения и связанные с ним направления — менеджмент и маркетинг. Они познают также педагогику и что особенно важно — валеологию и санологию.

Если на академическую сестру посмотреть с изложенных позиций, то в экстремальной медицине ее возможности очень велики. Начнем с организации. Здесь она может выступить не только в

роли помощника, но и самостоятельного руководителя, управляя медицинским персоналом. Любая экстремальная обстановка неизбежно предусматривает дезорганизацию стресс-напряжения, знания основ психологии и педагогики гарантируют правильный путь взаимодействия в своем коллективе и с другими службами.

Что касается чисто профессиональных медицинских вопросов, то и здесь академическая сестра получает подготовку на уровне помощника врача и превосходит многократно уровень не только сестры, но и фельдшера. Заканчивая раздел о роли сестры в экстремальной хирургии, следует еще раз отметить емкость данного процесса, включая и организацию, и психологию, и педагогику, и диагностику, и лечение с реабилитацией, то есть полный комплекс медицинского воздействия.

Подготовка наших сестер вполне соответствует требованиям и задачам. Академическая сестра как специалист нового направления должна внести существенный вклад в организацию сестринского дела вообще и в экстремальную хирургию в частности.

Рекомендуемая литература:

1. Анисимов В. Н. Комбинированные поражения. Синдром длительного сдавливания. — Нижний Новгород, 1992. — 46 с.
2. Дубицкий А. Е., Семенов И. А., Чепкий Л. П. Медицина катастроф. — Киев, «Здоровье», 1993. — С. 5–25, 233–311, 438–453.
3. Елисеев О. М. Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи. — Ростов-на-Дону, 1994. — С. 424–480.
4. Краснов А. Ф., Мирошниченко В. Ф. Тактика травматолога в экстремальных ситуациях. — Самара, 1991. — 230 с.
5. Краснов А. Ф., Мирошниченко В. Ф., Котельников Г. П. Тяжелые повреждения. — Самара, 1993. — 133 с.
6. Краснов А. Ф., Мирошниченко В. Ф., Котельников Г. П. Травматология. — Москва, 1995. — 452 с.
7. Мешков В. В. Организация экстренной медицинской помощи населению при стихийных бедствиях и других чрезвычайных ситуациях. — М., 1991. — 207 с.
8. Мусалатов Х. А. Медицинская помощь при катастрофах. — М., «Медицина», 1994. — 446 с.
9. Шапошников Ю. Г., Маслов В. И. Военно-полевая хирургия. — М., «Медицина», 1995. — 432 с.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ГЕРИАТРИИ

Старение, старость, долголетие

ГЕРОНТОЛОГИЯ – раздел биологии и медицины, изучающий процесс старения человека. Геронтология включает гериатрику, герогигиену, геронтопсихологию. Основные задачи геронтологии – выяснение первичных механизмов старения, установление их взаимосвязи в процессе жизнедеятельности организмов, определение возрастных особенностей адаптации к условиям окружающей среды.

ГЕРИАТРИЯ – область клинической медицины, изучающая болезни людей пожилого и старческого возраста, разрабатывающая методы их лечения и профилактики с целью сохранения физического и психического здоровья человека до глубокой старости.

ГЕРОГИГИЕНА – раздел геронтологии, изучающий влияние факторов среды обитания (социальных, бытовых, природных, экологических) и образа жизни на процесс старения человека и разрабатывающий практические мероприятия, направленные на устранение неблагоприятного воздействия этих факторов, создание условий, способствующих максимальному продлению активной и полноценной жизни человека.

ГЕРОНТОПСИХОЛОГИЯ – отрасль геронтологии и возрастной психологии, изучающая особенности психики и поведения лиц пожилого и старческого возраста. Возникновение геронтопсихологии как научной дисциплины обусловлено, в первую очередь, социальными причинами: увеличением числа лиц преклонного возраста, проблемами их работоспособности и жизненного устройства. Геронтопсихология изучает взаимосвязь при старении общих физиологических и психофизиологических характеристик, а также психологических особенностей поведения; личностные сдвиги, обусловленные изменением характера деятельности и ценностных ориентаций. Задачей геронтопсихологии является изыскание средств продления активной и полноценной жизни человека.

С расширением гериатрической практики в клинике внутренних болезней, что происходит неуклонно в связи с изменением возрастного состава населения, возникает потребность в новых качествах медицинских работников, новых их значений, без которых невозмож-

на эффективная медицинская помощь людям старших возрастных групп. Это знания о физиологии стареющего организма, об особенностях течения патологических процессов в нем, его реакций на лечебные средства и методы; это необходимость учитывать одновременное изменение других органов и систем, психологию старого человека в тесной связи с его образом жизни, семейным положением и местом в обществе.

В клинических подходах в гериатрической практике должно быть отброшено представление о старости как о болезни. Пожилой и старый человек, предъявляющий жалобы, — это больной человек у которого надо выявить заболевания, степень развития патологических процессов, обуславливающих эти жалобы и соответствующие симптомы, и проводить адекватное лечение различными методами и средствами с учетом их взаимодействия на организм, измененных в своих реакциях. В связи с этим перед медицинским работником ставится важная и порой нелегкая задача: при сугубо индивидуальном подходе к диагностике и терапии заболеваний учитывать возрастные нормы, характеризующие старение органов и систем практически здоровых людей соответствующего возраста, дифференцировать число возрастных проявлений от симптомов, обусловленных развитием патологических процессов. Медицинский работник должен обладать довольно широким диапазоном знаний и в области биологии старения человека, профилактики преждевременного старения, что тесно связано с проблемами геронгиены, знать особенности организации ухода за больными старшего возраста в различных условиях их терапии.

В XX столетии, таком богатом достижениями в развитии точных наук, социальном преобразовании, впервые за всю историю человечества произошли глубокие демографические сдвиги — резкое изменение возрастного состава населения в сторону его постарения. При этом значительно изменилась структура населения — относительно уменьшилось число детей и увеличилось количество людей старших возрастов. Процесс постарения населения отмечается во всех экономически развитых странах. По данным ВОЗ (1973), количество лиц в возрасте 60 лет и старше к 2000 году может достигнуть 585 млн, что значительно превысит в процентном отношении общий прирост населения земного шара. Значительное и быстро прогрессирующее изменение возрастного состава населения очень важно для экономики страны. Одной из наиболее ответственных задач является использование остаточной способности пенсионеров. Она выдвигается, с одной стороны, в связи с растущей потребностью в трудовых ресурсах, с другой — в связи с тем, что труд, и особенно профессиональная занятость, является для

пожилых людей фактором сохранения здоровья, достижения активного долголетия. Участие в коллективном труде является очень важным стимулом поддержания бодрости. Оно предупреждает «пен-сионную болезнь» — снижение жизненного тонуса, интереса к окружающей среде, замкнутость, которая нередко возникает у по-жилых людей, оставивших профессиональную деятельность, изме-нивших привычный ритм жизни и не приспособившихся к новым условиям существования, не нашедших для себя никакого общест-венно полезного труда.

Процесс старения населения выдвигает ряд социально-гиги-енических и психологических проблем. К ним относятся: наиболее целесообразное устройство пожилых людей; положение пожилого и старого человека в семье и обществе, особенно изменяющееся после окончания профессиональной деятельности и часто связанное с одиночеством, отсутствием должного внимания и поддержки член-ов своей семьи. Проблема одиночества, которая возникает вслед-ствие развода, смерти близких, отделения от семьи, часто влечет за собой угасание интереса к жизни, социальную изоляцию. Немалое значение имеют проблема расселения старых людей, требующая большого внимания гигиенистов и градостроителей, проблема це-лесообразного питания, некоторого изменения характера производ-ства продовольственных товаров.

Несмотря на генетическую обусловленность всех этапов сущест-вования человека, нельзя не учитывать огромного влияния внеш-ней среды, которая может оказать как положительное, так и отри-цательное влияние.

Вопросы социальной гигиены в геронтологии тесно связаны с особенностями развития современного общества. Иными словами, положение пожилого человека в обществе и семье определяется сложным сочетанием ряда факторов: общим политическим, эконо-мическим и культурным развитием, материальными взаимоотноше-ниями, местными и, в частности, национальными традициями. Оно не может рассматриваться без учета социологических и психологичес-ких аспектов, тесно связанных с социальной культурой общества.

СТАРЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА — закономерный биологический про-цесс, определяемый его индивидуальной, генетически обусловлен-ной программой развития. В течение всего существования человека происходит старение одних составных элементов его организма и возникновение новых. Общее развитие человека может быть разде-лено на два периода — восходящего и нисходящего развития. Пер-вый из них заканчивается с полной зрелостью организма, а второй начинается уже в 30—35 лет. С этого возраста начинается постепен-

ное изменение различных видов обмена, состояния функциональных систем организма, неизбежно ведущее к ограничению его приспособительных возможностей, увеличению вероятности развития патологических процессов, острых заболеваний и смерти. Что же такое физиологическая старость?

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СТАРОСТЬ характеризуется сохранением умственного и физического здоровья, определенной работоспособностью, контактностью, интересом к современности. В организме при этом постепенно и равномерно развиваются изменения во всех физиологических системах с приспособлением к его уменьшенным возможностям. Физиологическая старость не может рассматриваться только как процесс обратного развития организма. Это и высокий уровень приспособительных механизмов, обуславливающих появление новых компенсаторных факторов, поддерживающих жизнедеятельность различных систем и органов. От степени развития и совершенствования этих компенсаторных приспособительных механизмов зависят характер и темп старения человека.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ наблюдается у большинства людей, характеризуется более ранним развитием возрастных изменений, чем у физиологически стареющих людей, наличием выраженной неоднородности гетерохтонности в старении различных систем и органов. Преждевременное старение в значительной мере обусловлено перенесенными заболеваниями, воздействием некоторых отрицательных факторов внешней среды. Резкие нагрузки на регуляторные системы организма, связанные со стрессовыми ситуациями, изменяют течение процессов старения, снижают или извращают приспособительные возможности организма и способствуют развитию преждевременного старения, патологических процессов и болезней, сопровождающих его.

В связи с тем что процесс старения у людей происходит весьма индивидуально и часто состояние организма стареющего человека не соответствует возрастным нормам, следует разграничивать понятия **КАЛЕНДАРНОГО** (хронологического) и **БИОЛОГИЧЕСКОГО** возраста. Биологический может предшествовать календарному, что свидетельствует о раннем, преждевременном старении. Степень расхождения между календарным и биологическим возрастом характеризует выраженность преждевременного старения, ускоренный темп развития процесса старения. Биологический возраст определяется комплексной характеристикой функционального состояния различных систем. Определение биологического возраста человека и его соответствия календарному весьма важно для правильной диагностики и терапии, так как позволяет выяснить, ка-

кие изменения самочувствия, какая степень изменений органов и систем, ограничения их функций — проявление возрастных сдвигов и что обусловлено болезнью, патологическим процессом и подлежит лечению.

Старость как определенный этап существования и старение как динамический процесс, сопровождающий нисходящую стадию развития человека, — разные понятия. Для того чтобы считать физиологическим определенный этап старения человека и изменения его организма чисто возрастными, необходимо убедиться в том, что обследуемый физиологично прошел весь путь нисходящего развития, достиг физиологической старости, активного долголетия.

Возрастная периодизация в значительной мере определяется средней продолжительностью жизни человека, изменения которой резко меняют и представления о сроках наступления старости.

На симпозиуме в Ленинграде (1962) и международном симпозиуме по проблемам геронтологии ВОЗ в Киеве (1963) была принята возрастная классификация, в соответствии с которой рекомендуется различать три хронологических периода в позднем онтогенезе человека:

1. Средний возраст — 45—59 лет;
2. Пожилой возраст — 60—74 года;
3. Старческий — 75 лет и старше.

В последнем периоде выделена отдельная категория людей 90 лет и старше, так называемых долгожителей.

В среднем возрасте происходят интенсивные сдвиги в регуляторных механизмах, связанные с нарушениями в центральных механизмах регуляции эндокринных функций. Изменения в системе гипоталамо-гипофиз — половые железы являются ведущими в развитии климактерического периода, изменяющего сложные нейроэндокринные взаимоотношения. Возникшие возрастные нейрогуморальные сдвиги сказываются на обмене и функции тканей, могут определять развитие дистрофических и дегенеративных процессов в тканях и органах стареющего организма, его адаптацию к новым условиям существования.

Второй период позднего онтогенеза — пожилой возраст. Вряд ли можно называть его периодом ранней старости, а людей этого возраста престарелыми людьми или людьми преклонного возраста. Это диктуется и психологическими моментами и положением человека на седьмом десятилетии его жизненного пути в обществе. По данным ВОЗ, более 20 процентов людей в возрасте 65 лет и старше сохраняют свою профессиональную трудоспособность. Это дает возможность воспринимать физиологическую старость человека не ранее 75 лет.

Механизм старения

Биология старения человека, выяснение физиологических особенностей стареющего организма или достигшего уже периода старости, его реакция на факторы внешней среды, как болезнетворные, так и лечебные, имеют большое значение для правильного понимания происхождения и развития заболеваний, свойственных второй половине жизни человека, для правильного построения геронии. Возрастные изменения стареющего организма часто являются фоном, нередко основой, на которой развивается хронический патологический процесс.

Родоначальником биологии старения как основного раздела научной геронтологии является *И. И. МЕЧНИКОВ*. Его опыты по выяснению влияния на организм животного ядовитых веществ, образующихся при гнилом брожении в кишечнике, были первой попыткой получить экспериментальную модель старости.

А. А. БОГОМОЛЕЦ — основоположник советской геронтологии. Оценивая возрастные изменения на клеточном и системном уровнях, придавал соединительной ткани ведущее значение в механизмах старения. Исходя из своих представлений о роли соединительнотканых элементов в питании, метаболизме паренхиматозных клеток, состоянии реактивности организма, А. А. Богомолец считал, что нарастание с возрастом метаболических структурных изменений в этих элементах неминуемо приводит к развитию сложных и значительных изменений в организме. В целях профилактики преждевременного старения А. А. Богомолец предлагал стимулировать как специфические клетки, так и элементы соединительной ткани.

А. В. НАГОРНЫМ была выдвинута гипотеза о постепенном затухании процесса самообновления белков, ведущем к снижению функций организма, его старению. По мнению А. А. Нагорного, в процессе самообновления появляются структуры белков с низким метаболизмом, которые, не участвуя в обмене веществ, способствуют постепенному уменьшению образования энергии.

Большое значение в исследованиях возрастных изменений имели работы школы *И. П. ПАВЛОВА*, которые заложили основы современных представлений о высшей нервной деятельности, раскрыли наиболее подвижные формы регуляции приспособления организма к среде и установили важнейшие принципы взаимоотношений между головным мозгом и железами внутренней секреции. Была доказана роль функциональных нарушений высшей нервной деятельности в патологических процессах и преждевременном старении.

Рядом наших ученых было показано, что при старении изменяются интенсивность обновления РНК, связь ДНК с гистонами, состояние хроматина, уменьшается скорость обновления отдельных

белков. Обменные и структурные изменения приводят к существенным изменениям функции клеток, ограничивающих их приспособительные возможности.

В. В. ФРОЛЬКИС и другие исследователи доказали, что при старении изменяется реакция тканей на нервные и гуморальные влияния, изменяются внутрицентральные соотношения, гипоталамо-гипофизарные влияния, обмен гормонов и др.

Современные теории старения тесно связаны с раскрытием сущности биосинтеза белка и роли в нем нуклеиновых кислот. Новые представления о роли нуклеиновых кислот повели к предположению, что старение организма связано с изменением процесса биосинтеза белка, обусловленным нарушениями в генетическом аппарате, нарастающими в ходе онтогенеза. По мнению *В. В. Фролькиса (1970)*, возрастные изменения раньше развиваются в регуляторных генах и позже — в структурных. Процесс старения клетки обусловлен в основном накоплением с возрастом в ней метаболитов, которые могут образовывать с белковыми молекулами крупные неактивные комплексы, нарушающие нормальную функцию клеток. Таким образом старение — это сложный комплекс обменных изменений в клетках и сдвигов в нервной и гуморальной регуляции организма.

СТАРЕНИЕ И БОЛЕЗНИ. Старение и болезни — понятия, трудно отделимые в медицинской практике, главным образом в связи с нечетким представлением о возрастной норме, частым сочетанием процессов физиологического старения с явлениями, типичными для возрастной патологии.

С точки зрения патолога, организм старого человека всегда имеет субстрат, свойственный патологическому процессу, и отличить структурные изменения, обнаруживаемые в старости, от изменений, связанных с болезнями, наблюдаемыми в старости, не удастся.

С точки зрения физиолога и клинициста, старость не может быть отождествлена с болезнью. Огромный диапазон адаптационных возможностей стареющего организма может на весьма длительное время, у многих до глубокой старости, обеспечить достаточное сохранение функций, характеризующих практическое здоровье в позднем онтогенезе.

Старость является закономерным и неизбежным этапом развития организма, болезнь — нарушение жизнедеятельности организма, которое может возникнуть в любой возрастной период. В развитии многих болезней у пожилых и старых людей может быть установлена прямая генетическая связь с естественно возникающими возрастными изменениями. Прогрессирование этих изменений у многих людей в течение многих лет и нередко до конца жизни происходит без выраженных болезненных явлений. Однако при

определенных условиях, под влиянием различных внешних факторов они могут послужить основой заболевания. К таким факторам относятся неадекватные для стареющего организма нагрузки, требующие достаточного совершенства адаптационных механизмов, часто приводящие к соматической и психической декомпенсации. Возрастные изменения нередко являются фоном, облегчающим развитие патологического процесса. Существует мнение, что в процессе старения адаптация становится все более несовершенной, что многочисленные «ошибки» в процессе адаптации приводят в конце концов к нарушению гомеостаза, и тогда весьма затруднительно провести дифференциацию между возрастным и патологическим. Но этот процесс старения не является патологическим.

Устранение представления о старости как о болезни важно не только для осуществления правильного подхода медицинского персонала к пациентам старших возрастных групп, но и для целесообразного построения гериатрической помощи. Для того чтобы понять потребность пожилых и старых людей в медицинской помощи, необходимо прежде всего определить состояние их здоровья. До тех пор пока все старые люди будут рассматриваться как больные, немощные, инвалиды, рациональное планирование и организация для них соответствующей медицинской помощи невозможны.

Тем не менее существует несколько важных положений гериатрии, подтвержденных практикой и которые следует обязательно учитывать. Во-первых, это множественность патологических процессов, так как число диагностируемых заболеваний у одного и того же больного возрастает с возрастом. Во-вторых, необходимо учитывать особенности развития и течения заболеваний у пожилых и старых людей, обусловленные новыми качествами стареющего организма, что весьма важно для правильной постановки диагноза, рациональной терапии и профилактики болезней.

Прогрессирующее с возрастом (после 35 лет) падение процессов метаболизма является основой постепенного развития инволюции, атрофических процессов, развивающихся в паренхиме органов, дегенеративных процессов в брэдитрофных тканях. Результатом сдвигов, наступающих в стареющем организме, является изменение его реакций на факторы внутренней среды, на внешние воздействия, значительное изменение компенсаторно-приспособительных механизмов. Процесс старения сопровождается появлением новых качеств, направленных на сохранение компенсаторных механизмов, однако они лишь в неполной мере поддерживают процессы адаптации.

Пожилые и старые люди могут страдать болезнями, которые возникли у них еще в молодости, но возрастные особенности организма обуславливают значительные отклонения в течении этих

болезней. Наиболее характерны АТИПИЧНОСТЬ, АРЕАКТИВНОСТЬ, СГЛАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ.

Обобщая особенности проявления и течения болезней у стариков, Н. Д. Стражеско отмечал:

1) симптоматика различных заболеваний в старости значительно беднее, чем в зрелом возрасте;

2) все болезни у стариков протекают вяло и растянуто;

3) во время болезней у них более быстро истощаются физиологические системы, способные вести борьбу с вредностью;

4) защитный аппарат не в состоянии обеспечить при инфекции быстрое развитие гуморального и тканевого иммунитета и вместе с сосудистой системой и органами обмена и тканями не может гарантировать течение энергетических процессов при различных заболеваниях на такой высоте, как в зрелом возрасте.

В пожилом и старческом возрасте процессы восстановления после перенесенного острого заболевания, обострения или осложнения хронического патологического процесса происходят более медленно, менее совершенно, что и обуславливает более затяжной период реабилитации и часто меньшую эффективность терапии. В связи с этим в проведении восстановительного лечения людей пожилого и старческого возраста в разных стадиях реабилитации должна быть проявлена большая настойчивость и учтены возрастные особенности физического и психического состояния.

Особенности организации сестринского процесса в гериатрии

Сестринский процесс — это организационная структура, необходимая для наблюдения, ухода, выполнения назначений врача гериатрическим больным. Это метод организации и оказания сестринской помощи, который обычно включает больного (пациента) и медицинскую сестру в качестве взаимодействующих лиц. Довольно важным является то, что пациент в данной ситуации должен рассматриваться не как отдельный случай заболевания, а как личность. На современном этапе сестринский процесс имеет три основные характеристики: цель, организацию, творческие способности медицинской сестры.

ЦЕЛЬ сестринского процесса в работе медицинской сестры должна включать:

1) идентификацию проблем и потребностей больного человека в наблюдении и уходе;

2) определение приоритетов по уходу и ожидаемых целей и результатов ухода за больным:

3) применение сестринской стратегии, направленной на удовлетворение различных нужд больного;

4) оценка эффективности сестринского ухода.

Организационная структура сестринского процесса состоит из пяти основных функций:

1. **ОБСЛЕДОВАНИЯ** — это прежде всего получение информации о состоянии здоровья больного. Это тщательный и целенаправленный расспрос, включающий выявление жалоб, истории настоящего заболевания, перенесенных заболеваний, истории жизни, а также выявление других проблем, волнующих больного. Провести тщательный осмотр больного, при этом необходимо определить состояние больного, его положение, состояние сознания, телосложение, его поведение, контактность. При осмотре кожных покровов и видимых слизистых оболочек обратить внимание на их цвет, эластичность, тургор кожи, наличие различных сыпей, рубцов, расчесов. Следует оценить состояние подкожно-жирового слоя, наличие варикозного расширения вен на нижних конечностях и брюшной стенке, жидкости в брюшной полости. После сбора информации медицинская сестра ставит сестринский диагноз.

2. **СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ** соответствует в основном симптомному и проблемному. В сестринский диагноз включается определение и обозначение существующих и потенциальных проблем больного. Это может быть боль, рвота, слюнотечение, бессонница, тревога, беспокойство, перебои в работе сердца, одышка и др. Следует подчеркнуть, что сестринский диагноз в течении заболевания и его лечения может изменяться. При постановке сестринского диагноза должна обращать внимание на то, что больной человек, как правило, имеет в какой-то степени измененную психику: неконтактность, возбуждение, агрессивность, плаксивость, депрессию, нежелание отвечать на вопросы. Все эти проблемы должны учитываться при постановке сестринского диагноза.

3. **ПЛАН** — определение программы действий. Прежде всего медсестра должна добиться расположения больного, хорошей контактности, успокоить больного, но не заигрывать с ним. Затем медсестра должна спланировать все мероприятия, необходимые для обеспечения надлежащего ухода и наблюдения за больным, подготовки больного для дополнительных методов исследования, выполнения назначений врача, организации консультаций специалистов, необходимых для уточнения врачебного диагноза и дополнительных методов лечения.

4. **ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ**, необходимого для реализации плана. Это прежде всего четкое, своевременное выполнение врачебных назначений: подготовка больных к различным исследованиям, забор биологического материала на исследование, своевре-

менная раздача лекарств, выполнение инъекций, организация необходимых консультаций и т. д. Осуществление действия — это прежде всего реализация планируемых мероприятий. В зависимости от планируемых мероприятий существуют три основных типа реализации:

а) **зависимая** — при этом требуются указания врача, но должны быть использованы знания и навыки медсестры. Например: раздача лекарств, введение зонда для забора желудочного содержимого или доуденального содержимого, подготовка к специальным методам исследования;

б) **независимая** — включает непосредственную деятельность медсестры. Как правило, ее действия регулируются сестринской практикой: уход за волосами, глазами, кожей, проводить профилактику пролежней и подмывание тяжелобольных и т. д.;

в) **взаимосвязанная** — совместная деятельность медицинской сестры с другими специалистами в области медицины через протоколы и различные предписания. Например, ЛФК, массаж, физиопроцедуры. Протокол — это написанный план процедур, выполняемых медсестрой во время обследования.

5. **ОЦЕНКА** — это исследование реакций больного на вмешательства медсестры и является заключительным этапом сестринского процесса, который включает три различных аспекта:

1. Оценка реакции больного на вмешательство медсестры. Она может быть доброжелательной, негативной, агрессивной, благодарной.

2. Мнение больного о вмешательстве — как необходимость для улучшения здоровья.

3. Оценка достижения поставленной цели — чем быстрее улучшается здоровье, состояние больного, тем правильней была поставлена цель.

Кроме вышесказанного, необходимо помнить, для того чтобы правильно наблюдать за больным и своевременно осуществлять должный уход за различными гериатрическими больными, медицинская сестра должна хорошо знать симптомы заболеваний и представлять механизм их развития.

Для того чтобы оказать соответствующую помощь людям старших возрастов на амбулаторном приеме, при посещении на дому или в стационаре, медицинский персонал должен не только с достаточной долей уверенности отличить чисто возрастные сдвиги в структуре и функции стареющего человека от обусловленных болезнью и требующих профилактических и лечебных мероприятий, но и быть знакомыми с психологией стареющего человека, оценивать ее в своем пациенте, знать его место в социальной среде. Пожилые люди по-разному воспринимают наступающую ста-

рость с ее ограничениями. Следует задолго до того, как люди достигают старости, познакомить их с постепенными сдвигами, которые происходят в их организме, помочь им осознать наступающие изменения и дать рекомендации по перестройке различных элементов образа жизни. При общении со стареющими людьми должны учитываться весьма часто наблюдаемые у них особенности психики. Как правило, это явное обращение к прошлому, меньший интерес к будущему и нередко даже к настоящему. Для старика будущее не так заманчиво, так как он сознает, что впереди у него недужная старость, смерть. При потере близких людей старик не приобретает новых друзей, постепенно замыкается в себе, изолируется от общества, становится одиноким с неизбежными мыслями о болезнях и смерти. Чувство одиночества и неполноценности усиливается затруднением самостоятельного передвижения, самообслуживания, снижением зрения и слуха. Для старого человека, с его ранимой психикой потеря близкого человека, тяжелый конфликт с ним или психотравма другого рода, вынужденная перемена привычной обстановки, так же как любая инфекция, могут легко стать причиной физической и психической декомпенсации.

В связи с тем что в медицинском обслуживании долговременно болеющих и дряхлых лиц основное значение имеет уход, происходит значительное перемещение обязанностей от врача к медицинской сестре, от медицинской сестры к ее помощникам. Работа медицинского персонала и, в первую очередь, медсестры не должна быть механическим выполнением своих обязанностей. Можно своевременно раздавать лекарство, измерять и записывать температуру больного, но оставлять обезличенным уход за ним, поскольку в центре внимания в таких случаях находится работа, но не сам больной, жаждущий заботы и внимания лично к себе. Таким образом, чрезвычайно важны специальные профессиональные знания, но между выполнением их и психологическим воздействием на больного не должно быть границы.

Пожилой или старый человек, вынужденный долго находиться в лечебном учреждении или интернате, должен обладать определенной свободой, правом сохранения своей индивидуальности, некоторых своих привычек, элементов обычной окружающей его обстановки. Для медицинского персонала в их работе с больными пожилого и старческого возраста особенно важны такие черты, как терпение, чувство такта, чувство сострадания. Когда мы говорим о необходимости установить психологический контакт с больным, это значит, что нужно приспособиться к нему, узнать и понять его особенности. Обслуживающий персонал должен стремиться по возможности уменьшить неудобства, с которыми сталкивается больной, не ущемляя его инициативы в смысле самообслуживания

Жесткие требования соблюдения несущественных элементов распорядка дня обычно приносят отрицательные результаты, вызывают раздражение больного, стычки с медперсоналом. Сделать больного старика сугубо «дисциплинированным», лишить его индивидуальности, безобидных привычек, его связи с прошлым, подавить его волю — значит ослабить его интерес к жизни, волю к выздоровлению. Больного надо стимулировать к уходу за собой, сохранению привлекательности и опрятности, к контактам с окружающими, к занятиям трудотерапией. Все это должно достигаться путем тактичных разъяснений, а не приказаний, часто дающих отрицательные реакции.

Очень важны при уходе и наблюдении за пожилыми и старыми людьми соблюдение правил этики и деонтологии. Медсестра должна уметь хранить тайну и не злоупотреблять особым доверием, которым она пользуется в силу своего положения. Нельзя доводить до сведения больных все, что обсуждается медицинским персоналом и не предназначено для больных. Для мнительного больного часто достаточно неосторожного слова, жеста для того, чтобы сделать неправильные выводы о состоянии своего здоровья. Необходимо также учитывать недопустимость обсуждения с больным других больных или членов медицинского персонала. Тяжелая травма может быть нанесена больному, если он узнает, что тайные мысли и особенности его жизни, его организма, доверенные врачу или медсестре, стали достоянием других лиц. Для большинства людей старших возрастных групп, страдающих хроническими заболеваниями и их осложнениями, уход является главным лечебным средством во всей цепи мероприятий, направленных на восстановление нарушенных физических и психических функций, поддержание социальных связей с семьей и обществом.

Общий уход за больным пожилым и старческого возраста более сложен и требует от медицинского персонала большого внимания, времени, чем обычный медицинский уход. При его осуществлении должны учитываться многие психологические и социальные факторы.

Основным принципом ухода является уважение к личности больного, принятие его таким, каков он есть, со всеми его недостатками, физическими и психическими; раздражительностью, болтливостью, во многих случаях слабоумием. Медицинский персонал должен знать, что недостатки, с которыми больной принят в лечебное учреждение, в большинстве случаев — проявление болезни, а не старости и соответствующий уход и лечение могут улучшить состояние больных, вернуть им здоровье. Пожилым и старым человеком не лобит, чтобы им командовали, многие требования медицинского персонала кажутся ему необоснованными. Поэтому следует по-разному подходить к тем поступкам больного, которые явно недопустимы, и к тем, которые являются достаточно безобидными.

Для правильной организации гериатрического ухода необходимо знание многих особенностей поведения пожилых и старых людей, у которых возрастные изменения функций тесно переплетаются с симптомами болезней и в большинстве случаев с множественной возрастной патологией. У стариков весьма часты нарушения сна. Они могут дремать с перерывами в течение дня. При этом общая продолжительность сна обычно не увеличивается, так как ночью они спят меньше. Ночью нередко старики читают, встают, ходят по палате, а находясь дома, ходят по комнате или по квартире, едят или готовят пищу, не сознавая того, что такое поведение со стороны может казаться странным.

Твердая, мало прогибающаяся под влиянием массы тела постель избавляет стариков с весьма часто имеющимися у них изменениями позвоночника (спондилоартроз, остеохондроз) от болевых ощущений, появляющихся при его даже небольших сгибаниях. В палате должен быть чистый воздух, температура 18–20°, теплое, но легкое одеяло, дающее возможность удобно укутать ноги, прогулка перед сном или даже ходьба по коридору, спокойная обстановка, уверенность в эффективности сигнала, вызывающего медицинский персонал, теплое питье, легкий массаж спины — все это способствует ночному сну.

Чтение для стариков часто является источником комфорта и успокоения. Следует позаботиться об удобном освещении, о настольной лампе на прикроватном столике, чтобы больной мог читать не напрягая зрения. Если больной находится в палате один, то ему можно разрешить чтение в перерыве между ночным сном. В большинстве случаев кратковременное чтение способствует восстановлению сна. Важно, чтобы очки соответствовали прогрессирующему нарушению зрения и коррелировали недостатки глаз.

В процессе старения значительно изменяется функция почек и аппарата мочевыделения. Уменьшается концентрационная способность почек и в связи с этим компенсаторно увеличивается у многих пожилых и старых людей ночной диурез, что объясняется также тем, что у них отсутствует физиологическое угнетение процесса мочеобразования во время сна. Нередко ночной диурез — результат повышенной чувствительности, раздражения сфинктеров мочевого пузыря. У мужчин частые позывы и увеличение количества мочи ночью во многих случаях связаны с наличием аденомы предстательной железы. У кардиологических больных с разными стадиями недостаточности кровообращения ночной диурез — это компенсаторное явление, вызванное улучшением кровообращения в почках в горизонтальном положении в ночное время. Необходимо знать, как часто просыпается больной ночью для опорожнения мочевого пузыря, в какой мере его это беспокоит и нарушает сон, и при необходимости следует дать ему ночной горшок.

Плохая ориентация полусонного старика может привести к несчастным случаям: падениям и переломам, к конфликтным ситуациям, когда старик попадает в чужую палату и пытается лечь в постель, уже занятую другим больным. При частом ночном диурезе можно рекомендовать больному не принимать жидкости непосредственно перед сном. Однако следует учитывать, что некоторые больные пожилого и старческого возраста с целью уменьшения ночного диуреза отказываются от жидкости и жидкой пищи уже со второй половины дня, что ведет к значительному снижению суточного потребления жидкости и суточного диуреза. Дегидратация организма весьма нежелательна и даже опасна, так как способствует развитию общей интоксикации. В связи с тем что старики вообще склонны уменьшать количество вводимой жидкости, необходимо тщательно учитывать водный баланс, принимая во внимание, что для выведения продуктов обмена с мочой для пожилого и старого человека суточный диурез должен быть не менее одного литра.

Несмотря на вырабатывающуюся с возрастом осторожность, несчастные случаи с пожилыми и старыми людьми — явление довольно частое. Они могут возникать и в помещениях, в частности, в палатах, в ваннных комнатах, туалетах и коридорах больниц и домов престарелых. Главным образом это травмы при падении, в результате которых происходят переломы конечностей, главным образом шейки бедра и костей предплечья, ребер и более тяжелые последствия при ушибах головы. Снижение зрения и слуха, недостаточные координация движений и способность сохранить равновесие — обычные причины падения стариков, а возрастные изменения в костной ткани (остеопороз) — причина легко возникающих переломов. Плохое освещение и особенно переход из хорошо освещенных в темные помещения, отсутствие специальных опор увеличивают частоту несчастных случаев. В помещениях, где находятся старые люди, не должно быть дорожек. Пол должен быть чистым, сухим и нескользким. Нередки несчастные случаи, связанные с купанием в ванне. Это падение в скользкой ванне, лишенной поручней, или возле нее на скользком полу. Или ожоги, часто фатальные, когда пожилой человек или старик, находясь в ванне, открывает кран горячей воды и теряет сознание из-за сердечного приступа или нарушения мозгового кровообращения. Принимающий ванну должен быть предупрежден, что вначале надо ванну наполнить теплой водой, получить нужную температуру, а уже потом садиться в ванну. При приеме душа вначале надо отрегулировать температуру воды, а затем уже становиться под душ. Не следует принимать душ температуры выше 35° и направлять горячий душ на голову. Опоры и резиновые коврики, срочная сигнализация — обязательные принадлежности ванной комнаты, где принимают ги-

гигиенический душ и ванну гериатрические пациенты. Присутствие медперсонала при их купании крайне желательно, и даже обязательно. Ванная комната не должна закрываться с внутренней стороны.

Старый человек недостаточно устойчив при ходьбе, испытывает затруднения при переходе из горизонтального положения в положение стоя. В случаях падения, ушиба у него легко возникают травмы, переломы костей. В связи с этим в лечебных учреждениях с большим количеством больных пожилого и старческого возраста рекомендуются барьеры у стен вдоль коридора, приспособления для опоры в туалете, в ванной комнате.

Важно, чтобы постель была умеренно жесткой и не вызывала бы изгиба позвоночника. Более целесообразно две небольшие, чем одна большая, подушки; легкое, но теплое одеяло. Для профилактики пролежней большое значение имеет эластичность матраца. Он должен быть достаточно податлив, чтобы быть опорой для большой площади тела и исключить давление на относительно небольшие области. Удобный прикроватный столик с необходимыми предметами и хорошо размещенная прикроватная лампа, обеспечивающая достаточно индивидуальное освещение при чтении в постели — должны быть обязательными принадлежностями палаты.

Наличие хорошей сигнализации, уверенность в быстром приходе вызываемого персонала устраняет у больного чувство тревоги и беспомощности. Старики более чувствительны к холоду, сквознякам. Многие из них страдают фиброзитом, для которого характерны слабые мышечные боли, усиливающиеся от холода и сквозняков. Подкожножировой слой у них развит хуже, чем у молодых, это обуславливает у стариков зябкость, плохую переносимость сниженной температуры; нередко они возражают против частого проветривания палат. Оптимальной температурой палат для постельного больного является 20°C, для непостельного больного — 22–23°C. Необходимо увлажнять воздух, для чего на батареи центрального отопления следует ставить сосуды с водой.

Гигиена кожи

Возрастные изменения кожи при старении начинаются уже с 40 лет. К 60 годам заметно утончаются все слои кожи (эпидерма, дерма, гиподерма). В старческом возрасте (после 75 лет) все слои кожи резко истончаются, а гиподерма во многих местах исчезает. Значительной атрофии и дегенеративным изменениям подвергаются сальные, потовые железы и волосы. Уменьшается количество кровеносных сосудов, снижается проницаемость стенок лимфатических капилляров, некоторые даже тромбируются, просвет вен расширен, уменьшается количество нервных окончаний. В связи с гистологическими и гистохимическими изменениями, возникающими в коже, падением бактерицидных свойств значительно сни-

жается защитная функция кожи. Частые гигиенические ванны с применением мыла у пожилых и тем более старых людей нередко вызывают сухость кожи и зуд. Достаточным является купание 1–2 раза в неделю. Рекомендуется пользоваться мылом с высоким содержанием жира. Сухость кожи головы, перхоть и кожный зуд могут появиться при частом мытье головы мылом. При появлении перхоти и струпиков на коже головы рекомендуется мыть голову сульсеновым мылом 1–2 раза в месяц, в некоторых случаях изредка смазывают нарушенные участки кожи головы преднизолоновой или гидрокортизоновой мазью.

Следует обращать внимание на уход за ногами; кожа на них довольно рано изменяется в связи с ухудшением периферического кровообращения. Перед остриганием ногтей, обычно твердых и ломких, следует их смягчить теплыми масляными припарками (лучше всего из касторового масла). Уходу за ногтями ног, удалению мозолей в гериатрической практике следует придавать большое значение, так как даже небольшие изменения в области стоп, ограничивая подвижность старого человека, отрицательно воздействует на его физическое и психическое здоровье. Воспалительные процессы, вызванные травматизацией кожи и внедрением инфекции, излечиваются с трудом и могут повести, особенно при наличии сахарного диабета, к весьма неприятным последствиям, вплоть до гангрены конечностей.

Уход за больными, находящимися на постельном режиме

Длительность постельного режима — вопрос особенно важный для гериатрических больных. Длительный постельный режим у пожилых людей довольно быстро обуславливает значительные изменения структуры и функции. При нем часто появляются такие осложнения, как гипостатическая пневмония, тромбоэмболические осложнения, затрудненное мочеиспускание и инфекции мочевых путей, пролежни, снижается аппетит, что ведет к уменьшению массы тела и общей слабости. Повышается потеря белка, в результате наступающей мышечной атрофии, снижаются окислительные процессы тканей, увеличивается выведение кальция, что может быть причиной сенильного остеопороза, остеомалации; постельный режим — частая причина суставной тугоподвижности и контрактур, запоров, бессонницы, психических нарушений и депрессии.

Особенно нарушаются, дегенерируются механизмы, регулирующие функции сердечно-сосудистой системы. Особенно четко детренированность физиологических механизмов приспособления сердечно-сосудистой системы сказываются при ортостатической пробе, то есть когда больной переходит из горизонтального положения в вертикальное у него может закружиться голова и больной может упасть.

Наблюдается также резкое снижение адаптационных возможностей симпато-адреналовой системы, увеличение кислородной задолженности организма. Нарушение функционального состояния организма в условиях гиподинамии у людей пожилого и старческого возраста наступают значительно быстрее и интенсивность их более выражена, чем у людей среднего и зрелого возраста.

Особое значение имеет возможность возникновения пролежней и нарушение мочеиспускания, которое может быть следствием воспалительного процесса в мочевыводящих путях, заболеваний простаты и особенно часто наблюдается у пациентов с геморрагиями и тромбозами сосудов мозга, опухолью мозга, при выраженной дементности и т. д. Огромное значение для более быстрого восстановления здоровья людей старших возрастных групп имеет раннее применение таких методов восстановительной терапии, как легкий массаж, лечебная гимнастика в постели с особым вниманием на функцию дыхания.

Реабилитация гериатрических больных

Реабилитация рассматривается как сложный процесс, в который входят: медицинская реабилитация — лечение больных; психологическая — выведение больного из состояния психической депрессии, реактивного невроза, обусловленного перенесенным заболеванием; социальная или общественная — восстановление в семье и обществе; трудовая, профессиональная — частичное или полное восстановление трудоспособности.

Ведь процесс лечения с первого дня заболевания по существу является процессом медицинской реабилитации, успех которой зависит от того, как рано она начата. Все виды реабилитации тесно связаны между собой и имеют целью восстановление здоровья больного до обычного состояния. В пожилом возрасте процессы восстановления протекают более медленно, но они менее совершенны, что и обуславливает более затяжной период реабилитации и меньшую эффективность терапии, направленной на оздоровление организма, реализацию его скрытых приспособительных возможностей, восстановление нарушенных функций. В связи с этим в проведении восстановительного лечения людей пожилого возраста должна быть проявлена большая настойчивость и учтены возрастные особенности их физического и психического состояния.

Восстановительная терапия заняла соответствующее место и в лечении людей старших возрастных групп, в первую очередь, перенесших осложнения АТЕРОСКЛЕРОЗА — мозговой инсульт и инфаркт миокарда, а также травматические повреждения, легко

возникающие в пожилом возрасте в связи с возрастными изменениями структуры и функции опорно-двигательного аппарата. Своевременно предпринятые и систематически проведенные мероприятия в большинстве случаев приводят к функциональному восстановлению, позволяющему пожилому человеку себя самостоятельно обслуживать или только с минимальной посторонней помощью. Восстановительное лечение людей пожилого и старческого возраста следует оценивать, в первую очередь, с точки зрения социальных и моральных преимуществ как для больных, так и для окружающих. Оно дает также значительную экономическую эффективность, так как освобождает от ухода за больными большое количество медицинского персонала, а также родственников, нередко вынужденных оставить свою профессиональную деятельность в связи с необходимостью ухода за близким человеком.

В гериатрической практике эффект лечения в огромной мере зависит от авторитета медицинского работника, от веры больного в возможность улучшения своего здоровья. Оптимизм больного является очень важным фактором, способствующим эффективности восстановительной терапии. Уверенность больного в своих силах, воля к выздоровлению в значительной мере зависят от того, насколько ответственно медицинские работники относятся к лечению хронических заболеваний и их осложнений у стариков. Одним из важных принципов, которые должны учитывать медицинские работники при лечении лиц старших возрастных групп, в частности, при восстановительной терапии, должно быть положение, что организм пожилого человека обладает определенными резервами, способностью к восстановлению функций в результате правильной их тренировки и стимуляции.

В проведении восстановительной терапии следует особое внимание уделять психологическим аспектам. Для того, чтобы психологическая подготовка была достаточно эффективной, нужно очень внимательно относиться к больным пожилого возраста, оценивать их индивидуальность, понимать их переживания, учитывать, что старому человеку тяжелее вступить в контакт с окружающими.

Большое психотерапевтическое воздействие при осуществлении реабилитационной терапии имеет заранее составленный план восстановительной терапии с уведомлением пациента о его деталях. Обоснование этого плана улучшает самочувствие больного, укрепляет его решимость бороться за свое выздоровление, снимает депрессию, мысли о безнадежности. Пожилой человек осознает, что его выделяют в ту категорию, когда возможно восстановление. По мере улучшения состояния должен быть составлен план, проведена психологическая подготовка к дальнейшему образу жизни пациента с учетом социальной обстановки, в которую ему придется возвра-

тяться. При осуществлении реабилитационной терапии на ее различных этапах в случае необходимости нужно принимать лекарственные препараты в так называемой гериатрической дозировке. Однако после острого периода основными должны быть: ДВИЖЕНИЕ, ПОСТОЯННАЯ ТРЕНИРОВКА, необходимые как для восстановления нарушенных функций конечностей (при гемиплегии, травматическом поражении), так и для общего гомеостаза.

Восстановительная терапия у больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения с парезами и параличами, а также травмы, занимает особое место в гериатрической реабилитации и требует особого внимания и специального обучения медицинского персонала.

Одно из важных правил тренировки — не делать за больного того, что он может сделать сам. Пожилому человеку нельзя постоянно помогать, так как он привыкает к этому и не хочет делать попыток к самообслуживанию. Такая зависимость от других лиц очень часто может сказаться отрицательно и нарушить всю программу реабилитации. Важно ежедневное проведение реабилитационных упражнений. Это весьма существенно для людей старших возрастных групп в связи с тем, что при нерегулярных упражнениях между ними легко теряются уже достигнутые успехи и начинаются отрицательные тенденции.

Необходимо учитывать принцип целостности организма пожилого человека, огромное значение рефлекторных воздействий со здоровой стороны на больную и поэтому уделять внимание упражнениям не только пораженной, но и здоровой части тела. При недостатке активных движений и в здоровой части тела у людей пожилого возраста легко развиваются тугоподвижность суставов, костная и мышечная атрофия, что снижает возможность компенсации недостаточности функции пораженной части.

Большое значение имеет правильность проведения упражнений. Вначале они должны выполняться в медленном темпе, что особенно важно для больных с гемиплегией, у которых замедлены психические реакции. Только после того как движение проверено и делается правильно, возможно учащение темпа упражнения. Весьма желательны групповые занятия, снижающие чувство изоляции. В отделениях реабилитации должно быть специальное оборудование: передвижные стулья, кресла, подпорки, облегчающие ходьбу, и т. п. Важно приучить больного вначале к частичному, а затем к полному самообслуживанию. Целесообразны взаимопомощь, питание не в палате, а в общей столовой больницы и т. д.

Одним из основных факторов восстановительной терапии является хорошо организованная трудотерапия, осуществляемая с уче-

том медицинских показаний, обусловленных необходимостью восстановления функций пораженной части тела, профессиональных навыков и психологической установки больного. Трудотерапия имеет очень большое значение для чувства неполноценности, беспомощности пожилого человека.

В определенный период реабилитации по мере восстановления функций такой пациент должен заняться какой-нибудь работой, причем вполне добровольно. В процессе трудотерапии не обязательно должны изготавливаться предметы, имеющие практическое значение. Хорошо, если пожилой человек выполняет работу в рамках своего обычного увлечения. Это создает чувство удовлетворенности и радости и очень помогает восстановлению внутреннего душевного равновесия.

В комплексе реабилитационной терапии пожилых людей большое значение имеет аппаратная физиотерапия, массаж, местные гидротерапевтические и тепловые процедуры, особенно необходимые для восстановления функций при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. При проведении этих мероприятий у людей пожилого возраста необходимо соблюдать большую осторожность в связи с несовершенством приспособительных возможностей их организма и нередко парадоксальными реакциями на температурные и другие раздражители.

На адаптационные возможности организма пожилых людей независимо от их возраста чрезвычайно положительно воздействует тренировочный режим и на заключительных этапах реабилитационной терапии. Активный двигательный режим значительно расширяет функциональные возможности системы кровообращения и дыхания; он устраняет кислородную задолженность организма, весьма положительно действует на состояние свертывающей и антисвертывающей системы крови.

Довольно актуальным является вопрос об организационных формах реабилитационной терапии людей старших возрастных групп, о создании для них специальных стационаров (отделения медико-социальной помощи, об амбулаторном проведении восстановительной терапии). Успех восстановительной терапии во многом зависит от того, как осуществляется социальная, общественная реабилитация пожилого человека, возвращающегося из больницы в семью, в обычные условия. Это особенно важно для больных с остаточными явлениями парезов, параличей; они обычно стыдятся своей физической неполноценности. Необходимо подавить склонность пациента к изоляции и депрессии еще в период лечения в стационаре. Для этого нужен не только психологический контакт медработника с больным, но и тесный контакт медработника с его семьей. Близких больного следует ознакомить с сущностью болезни, ее послед-

ствиями, с перспективами восстановления пораженных функций. с правилами ухода за больным и воздействия на его психику.

В лечебных учреждениях для лечения и реабилитации хронических больных медработники в определенные дни недели должны проводить беседы с родственниками пациентов, возвращающихся в домашнюю обстановку или уже вернувшихся в семью. Во время этих бесед-консультаций разъясняются многие вопросы как медицинского, так и социального характера.

По возвращении домой пожилой человек нуждается в периодическом контроле авторитетного врача, медсестры, способных сохранить у него оптимизм и веру в возможность улучшения его состояния. Без этого пациент часто впадает в апатию, не соблюдает предписанного режима, прекращает назначенные ему упражнения, трудотерапию. Результатом этого является постепенная утрата частично восстановленных функций, ухудшение состояния, весьма отрицательно воздействующее на психику больного, вызывающее у пожилого человека рецидив чувства безнадежности, депрессии.

Создание дневных стационаров для людей старших возрастных групп, нуждающихся в восстановительном лечении, широко практикуемое в настоящее время, является удачной формой, способствующей более эффективной как медицинской, так и социальной реабилитации, больные, которых приводят утром и забирают вечером, в этих дневных стационарах получают необходимые физиотерапевтические процедуры; занимаются трудотерапией, соблюдают нужный режим питания и отдыха; их периодически осматривает врач.

Положительной оценки заслуживают и другие формы — организация клубов для пожилых людей с возможностью проведения трудотерапии, с настольными играми и т. д., разные варианты привлечения общественного актива им в помощь.

Чрезвычайно важным разделом социального восстановления является трудовая, профессиональная реабилитация. Наряду с медицинской, функциональной и семейно-бытовой реабилитацией она необходима для полного социального восстановления. В большинстве случаев для людей пожилого возраста с целью использования их трудоспособности необходимо уменьшение объема и интенсивности рабочей нагрузки — создание облегченных условий труда. Трудовая деятельность способствует более быстрому восстановлению здоровья. Однако для того, чтобы осуществить по возможности полную реабилитацию — от «постели к рабочему месту», — необходима хорошо продуманная поэтапная методическая разработка программ восстановления в соответствии с профилем заболевания. Еще в условиях стационара, а затем при амбулаторном лечении должны быть установлены оптимальные физические и умственные нагрузки соответственно профессии пациента. Должен

быть решен вопрос о возможности облегчения прежнего профессионального труда, что является наиболее желательным, или необходимости приобретения новых навыков соответственно роду занятий, которые возможны для реабилитируемого.

Медицинское и социальное обслуживание старых людей должно быть построено по единой системе, которая, несмотря на разные формы помощи, организуемой учреждениями здравоохранения и социального обеспечения, достигла бы единой цели — сохранения или восстановления физического здоровья трудящихся нашей страны в заключительные периоды их жизни.

Физиотерапия. При назначении физиотерапевтических методов лечения необходимо учитывать особенности стареющего организма и, в первую очередь, сердечно-сосудистой системы, изменения ее реактивности. Назначению аппаратной физиотерапии бальнеологических процедур должно предшествовать тщательное клиническое исследование, изучение функции сердечно-сосудистой системы пожилых людей. Следует учитывать, что любые виды лечения физическими методами оказывают через ЦНС не только местное, но и общее воздействие, требует мобилизации часто значительных резервов, которыми организм пожилого человека, как правило, не обладает.

Учитывая несовершенство регуляторных и приспособительных механизмов в пожилом возрасте, необходимо определить **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ, ИНТЕНСИВНОСТЬ И ПЛОЩАДЬ** воздействия процедур в соответствии с состоянием пациента. В связи с затяжным восстановительным периодом необходим более длительный отдых непосредственно после процедур, надо учитывать весь режим дня и нагрузки, связанные с лечением другими методами и обычной деятельностью пациента.

Установлена наибольшая эффективность от гальванизации и электрофореза при малой силе тока. Термические раздражители у пожилых людей вызывают весьма слабые и замедленные компенсаторные реакции в функции капилляров кожи. Часто они являются неадекватными и даже парадоксальными, а на тепловой раздражитель наблюдается не расширение, а сужение периферической сосудистой сети, повышена чувствительность к ультрафиолетовому облучению. Как правило, хорошо переносится лекарственный электрофорез, лечение ультразвуком с введением медикаментов с кожи, местное применение токов ультравысокой частоты, токов Бернара в уменьшенных дозировках. Как эквивалент курсового лечения инъекциями 2% раствора новокаина может быть рекомендовано введение 5% раствора новокаина путем электрофореза.

При проведении электропроцедур следует учитывать пониженную чувствительность нервных окончаний кожи к раздражителям, трофические ее нарушения и легкую травматизацию. Кожа после

ожогов, обусловленных передозировкой или неправильным наложением электродов, восстанавливается очень плохо, и нередко возникают стойкие трофические расстройства.

Большую осторожность необходимо соблюдать при назначении и проведении водолечения. Лица старших возрастных групп, как правило, хорошо переносят кислородные, азотные, йодобромные ванны, большую нагрузку на сердечно-сосудистую систему дают сероводородные ванны, которые в большинстве случаев следует рекомендовать только как местную процедуру на конечности. Неблагоприятное воздействие на коронарное кровообращение у людей с коронаросклерозом, склонностью к обострению коронарной недостаточности часто наблюдается при применении углекислых (нарзанных) ванн. Назначать их больным старше 60 лет необходимо после строгой оценки состояния больного, изучения ЭКГ данных; как правило, эти ванны назначаются больным, уже успешно лечившимся ими в недалеком прошлом. Приему углекислых ванн должны предшествовать хвойные или кислородные ванны.

Большой нагрузкой для пожилых людей является подводный массаж. Кишечные ванны следует делать только в горизонтальном положении.

Методы физической терапии играют важнейшую роль в профилактике преждевременного старения, в лечении заболеваний, особенно в период реабилитации. В то время как обычные пути лекарственной терапии и реабилитации нередко ведут к развитию интоксикации, аллергических реакций, методы физической терапии, как правило, позволяют избежать этой опасности, и в этом одно из их больших преимуществ.

Лечение на курортах

Правильный путь лечения пожилого человека может быть найден при учете не только изменений в структуре и функциях организма, что, безусловно, обязательно, но и жизненного анамнеза больного, его образа жизни, предшествующих методов терапии. Вопрос для направления на курорт для питьевого лечения и бальнеотерапии по-разному решается для больного, направленного повторно, когда известна его реакция на изменение климата и лечение в недалеком прошлом, и в том случае, если встает вопрос о целесообразности лечения на курорте впервые либо после большого перерыва, когда произошли значительные сдвиги в состоянии здоровья больного.

Механизм лечебного воздействия курортных факторов довольно сложен. Он обусловлен целым комплексом, в котором очень велико значение бальнеологических процедур, климата, приема минеральных вод, рационального питания с применением лечебных диет и, что особенно важно для людей старших возрастных групп, за-

нимающихся умственным трудом, двигательной активностью, способствующей нормализации функций и обменных процессов, как правило, нарушенных у этой группы людей.

Очень большое значение имеют изменения обстановки, фактор отвлечения. В связи с этим нередко может и должен ставиться вопрос о целесообразности направления пожилых людей на курорты, в частности, бальнеологического профиля с хорошими климатическими условиями, даже в тех случаях, когда использование основного лечебного фактора курорта противопоказано (грязи, рапные, серные, нарзанные ванны), но с успехом могут быть использованы другие, не менее важные лечебные факторы.

Прежде чем принять решение о направлении пожилого человека на санаторно-курортное лечение, необходимо провести особенно тщательное клиническое обследование его с применением различных методов функциональной диагностики, чтобы исключить скрыто протекающие заболевания и правильно оценить функциональные возможности пациента.

Лекарственная терапия

Действие лекарственного вещества, его побочный токсический эффект в большей степени зависит от того, как осуществляется его всасывание и выведение из организма. Ход этих процессов в стареющем организме и их взаимоотношения значительно отличаются от таковых у людей зрелого возраста. В силу наступающих структурных и функциональных изменений со стороны желудочно-кишечного тракта всасывание медикаментов, назначенных внутрь, с возрастом уменьшается. Поэтому ряд препаратов у многих людей пожилого возраста поступает в организм в меньших количествах, более медленно, чем у молодых. Снижение усвоения некоторых медикаментов, в частности, железа, не только уменьшением всасывания их в желудочно-кишечном тракте, но и изменением депонирующих функций некоторых органов, в первую очередь, печени. Препараты, вводимые подкожно и внутримышечно, также действуют часто значительно позже и менее интенсивно в связи с замедленным рассасыванием введенного вещества. При старении изменяется выделение из организма лекарственных средств. Возрастные особенности экстреторной функции ряда органов и, в первую очередь, почек, выделительная функция которых с возрастом уменьшается, а также печени, кожи, ослабление интенсивности обменных циклов приводит к тому, что многие фармакологические вещества медленнее выводятся из организма, более длительно циркулируют в нем. В связи со снижением обезвреживающей функции печени в организме накапливаются введенные препараты и продукты их распада. Все это облегчает возникновение лекарственной интоксикации у людей пожилого возраста.

Особенности фармакодинамического действия различных лекарственных средств в стареющем организме обусловлены и изменением способности белков крови и органов связываться с лекарственными веществами возрастных изменений их физико-химических свойств и реакционной способности. Сдвиги в белковом составе крови за счет уменьшения количества альбуминов, увеличение грубодисперсных фаз глобулинов, изменения в составе липопротеидов могут быть причиной измененного транспорта введенных медикаментозных средств, замедленной скорости их диффузии через сосудисто-тканевые мембраны, подвергшиеся возрастным изменениям. В особенностях фармакодинамического действия ряда лекарственных препаратов в организме людей старших возрастных групп играет роль и возрастное ослабление активности ферментных систем, принимающих участие в метаболизме. Это во многом изменяет ход и направленность реакций организма в указанные возрастные периоды, приводит к накоплению продуктов полураспада введенных веществ.

Безуспешность, а иногда и отрицательный эффект применяемой терапии могут быть следствием изменений реактивности клеток, их истощения, что обусловлено старением организма и наложением патологического процесса, способствующего инфлюции и атрофии. Процессы атрофии, наблюдаемые при старении, — важный фактор, изменяющий фармакодинамику лекарственных средств. Следует учитывать, что с возрастом инволюция паренхиматозных тканей происходит значительно интенсивнее, чем других, поэтому масса тела не может быть критерием дозировки медикаментов.

Рекомендуемая литература:

1. Гериатрия // Под ред. Д. Ф. Чеботарева. — М.: Медицина, 1990. — 240 с.
2. Двойников С. И., Осипов В. В. Сестринское дело в гериатрии: Учебное пособие. — Самара, 1999. — 120 с.
3. Коркушко О. В., Чеботарев Д. Ф., Калиновская В. Г. / Гериатрия в терапевтической практике. — Киев: Здоровье, 1993. — 840 с.
4. Котельников Г. П., Яковлев О. Г., Захарова Н. О. Геронтология и гериатрия.: Учебник. — Москва, 1997. — 800 с.
5. Медицинские и социальные проблемы в геронтологии / Под ред. Г. П. Котельникова, Яковлева О. Г., Захаровой Н. О. — Самара, 1996. — 286 с.
6. Мухина С. А., Тарновская И. И. / Теоретические основы сестринского дела: Учебное пособие в 2-х частях, ч. 2. — Москва, 1998. — 208 с.
7. Практическая гериатрия / Под ред. профессора Г. П. Котельникова и О. Г. Яковлева. Самара, 1995. — 320 с.
8. Справочник медицинской сестры по уходу / Под ред. академика РАМН Н. Р. Палеева. — М., 1994. — 332 с.

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Становление и определение паллиативной медицины, ее роль и значение в здравоохранении

*«Смерти я не боюсь,
В ней нас много, я знаю.
Умиранья боюсь, в котором каждый
один,
А я умираю».*

(Чешский поэт)

Проблемы клинической онкологии остаются в центре внимания медиков всего мира. Несовершенство профилактики, несвоевременная диагностика и неутешительные результаты лечения ведут к неуклонному росту числа онкологических пациентов IV клинической группы и смертности от рака во всем мире. Всемирная Организация Здравоохранения считает, что если подобная тенденция сохранится, то смертность от злокачественных новообразований вскоре выйдет на первое место в мире среди причин смерти.

В настоящее время злокачественные новообразования являются второй (после заболеваний сердечно-сосудистой системы) ведущей причиной смерти граждан нашей страны.

До 75% пациентов со злокачественной опухолью уже на амбулаторном этапе при первом обращении к участковому врачу и онкологу имеют терминальную стадию заболевания и нуждаются в паллиативной помощи. (Схема № 6).

Схема № 6



В связи с достаточно большим (75%) количеством пациентов, имеющих неизлечимую или терминальную стадию заболевания, становится актуальным вопрос о соответствующей помощи таким пациентам, то есть о паллиативном лечении. В специализированной помощи нуждаются больные со злокачественными опухолями, необратимой сердечно-сосудистой, почечной, печеночной недостаточностью, тяжелыми необратимыми поражениями головного мозга, иногда больные СПИДом и др.

Следует подчеркнуть разницу между радикальной и паллиативной медициной. РАДИКАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА нацелена на излечение болезни и использует все средства, имеющиеся в ее распоряжении, пока есть хоть малейшая надежда на выздоровление. В радикальной медицине все средства, какие возможны для излечения пациента, вплоть до риска для жизни, применимы ради выживания пациента, продления его дней и даже часов.

Паллиативная медицина приходит на смену радикальной с того момента, когда все средства использованы, эффекта нет, и перед пациентом возникает перспектива смерти.

В ОСНОВЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ЛЕЖИТ:

- система поддержки пациента, помогающая ему жить настолько возможно качественно в финальный период его жизни;
- уход за пациентом, основанный на искренней заботе и милосердии;
- психологическая и духовная помощь пациентам перед лицом надвигающейся смерти;
- устранение или облегчение страданий обреченных пациентов, вызванных болью и другими мучительными симптомами;
- психологическая помощь членам семьи и близким пациента.

Термин «паллиативный» имеет латинское происхождение – «*pallium*» – плащ, покрытие.

Паллиативная помощь – это активная всеобъемлющая забота о пациентах, заболевания которых не поддаются излечению, направленная на удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациента (ВОЗ).

Паллиативная помощь – «это вид терапии, который:

- признает невозможность излечения или сдерживания болезни в течение длительного времени;
- связан скорее с качеством, а не с продолжительностью жизни больного;
- устраняет неприятные и тягостные симптомы с помощью лечения, главная и единственная цель которого – сделать жизнь пациента как можно комфортнее».

Цель паллиативного лечения – «помочь больным максимально сохранить и поддержать свой физический, эмоциональный, духов-

ный, профессиональный и социальный потенциал независимо от ограничений, обусловленных прогрессирующей болезнью» (ВОЗ).

Коллеги из Халфорда употребляют такое понятие как «терминальное лечение», под которым понимают систему мероприятий по уходу за пациентами с неминуемым смертельным исходом... и близкой кончиной, для которых медицинская помощь выражается не в (лечебной) терапии, а в облегчении симптомов и создании системы поддержки как пациентов, так и семьи (1973, HMSO).

Паллиативная помощь состоит из следующих компонентов:

- контроль за симптомами;
- реабилитация;
- забота об умирающих;
- психотерапия;
- поддержка семьи во время болезни близкого человека и после его смерти;
- обучение;
- исследования.

Участие медицинской сестры во всех компонентах паллиативной помощи является обязательным и обеспечивает эффективность ее проведения.

Паллиативное лечение:

1. Утверждает жизнь и воспринимает умирание как естественный процесс.

2. Не ускоряет и не оттягивает смерть.

3. Воспринимает пациента и его семью как единое целое для своей заботы.

4. Проводит контроль за болью и другими тяжелыми симптомами.

5. Объединяет психологические, социальные и духовные аспекты заботы и лечения пациентов.

6. Предоставляет пациентам систему поддержки активной жизни до самой смерти, насколько это возможно.

7. Предоставляет систему поддержки и оказывает помощь семье в период болезни и смерти близкого человека.

То, что человек смертен, а иногда, по словам героя Булгакова «внезапно смертен», теоретически известно всем. Но мысль о том, что находится там, за гранью, настолько пугающа, что, как правило, зажмурить глаза и постараться сосредоточиться на ходе своей жизни гораздо легче. Это действительно дает некоторый психологический комфорт (не случайно знаменитый Карнеги советовал жить в отрезке настоящего). Но ситуация тяжелой болезни близкого становится невыносимой. И для безнадежно больного человека, не верующего ни во что, кроме реалий сегодняшнего дня, процесс ухода будет крайне тяжел.

Хорошее паллиативное лечение предусматривает наличие:

1) **эффекта** от оказываемой медицинской помощи, что обеспечивает лучшее качество жизни пациента и его близких, отсрочку с поступлением в больницу или хоспис, большой выбор места лечения — больница, хоспис, дом. Эффект достигается *контролем* за болью и проявлением различных симптомов заболевания (кишечная непроходимость, недержание мочи, бессонница, тошнота, рвота, депрессия, страх и т. п.) и *помощью* в психологических, социальных и духовных проблемах;

2) **сотрудничества**, которое обеспечивается слаженной работой группы людей — это близкие родственники или друзья пациента, врачи, социальные работники, духовные лица, юристы, психологи, добровольные помощники — волонтеры, медицинские сестры и т. д. У каждого из них своя задача. Здесь пациент рассматривается как член группы (команды);

3) **коммуникативных способностей**, что обеспечивает понимание пациента и его семьи, способствует более эффективному решению проблем, правильному разъяснению имеющихся опасений и страхов, оптимальному выбору места лечения.

Таким образом, эффективное паллиативное лечение отвечает нуждам пациента и его семьи на всех уровнях, удовлетворяет физические, эмоциональные, социальные и духовные потребности, где большое значение имеет сотрудничество и тесное взаимодействие между специалистами. Лечение может быть эффективным, особенно при слаженной работе коллектива, где общение с пациентом занимает центральное место. Это трудная работа, но очень ценная.

Паллиативная помощь проводится:

- на дому;
- в поликлинике (дневной стационар — дневной хоспис);
- в стационаре (койки паллиативной помощи, отделение паллиативной помощи);
- в специальной больнице паллиативной помощи (хоспис);
- выездной службой паллиативной помощи.

В давние времена рождение и смерть обычно происходили в семье, дома и воспринимались как естественные события. С развитием цивилизации и медицины рождение и смерть были перенесены в новые, и зачастую странные, пугающие условия: современные стационары, где члены семьи являлись (и являются поныне во многих клиниках нашего здравоохранения) просто гостями, а контроль за состоянием пациента осуществляли незнакомые профессионалы-медики.

Принципы оказания паллиативной помощи дома и в условиях стационара одинаковы. Но в условиях дома больше психологических и физических проблем испытывают родные пациента, что необходимо учитывать при планировании паллиативной помощи.

Благодаря системе помощи на дому, важным аспектом которой является консультирование и обучение, около 50%, и даже более, пациентов могут оставаться дома. Паллиативная помощь на дому осуществляется врачами и медицинскими сестрами, которые дают советы по лечению и уходу, обеспечивают поддержку всей семье. Большее количество пациентов имеют возможность оставаться дома до наступления смерти. В дневной стационар пациентов привозят и увозят волонтеры. Дневной стационар принимает около 10–15 пациентов в день – тем самым оказывается социальная поддержка и обеспечивается отдых семье. Осуществляется сестринский уход и дополнительное обслуживание, которое включает: водные процедуры, парикмахерские услуги, маникюр, педикюр, массаж.

В стационар пациенты поступают на короткое время, для контроля за симптомами, чтобы помочь семье, а также для последнего пристанища. 40–50% прибывающих возвращаются домой или к родственникам. Средняя продолжительность пребывания в стационаре – 8–10 дней. Важно подчеркнуть необходимость эффективного соотношения количества медицинского персонала с количеством пациентов, потребности которых в лечебной помощи и уходе, как правило, значительны.

Особо следует подчеркнуть широкое участие в хосписном движении добровольцев – волонтеров, число которых нередко превышает число работающих профессионалов. Подготовка волонтеров для работы в хосписах имеет важное значение и должна проводиться на таком же уровне, как и медицинского персонала, то есть они должны иметь соответствующие навыки общения с умирающими, знать потребности пациентов в питании, уметь помочь при сильных болевых ощущениях, иметь навыки ухода за людьми, потерявшими близких, а также быть адаптированными к эмоциональным реакциям на болезнь и смерть. Опыт канадских коллег показал, что наиболее эффективно работающие добровольцы имели печальный опыт потери дорогого для них человека. Ниже приводится примерный состав специализированного персонала в канадском хосписе (см. таблицу № 24. Специализированный персонал хосписа).

Таблица № 24

Специализированный персонал хосписа

Персонал	1989	1996
Медицинские сестры	59	87
Волонтеры	48	79
Врачи	34	67
Работники социальной сферы	31	50
Физиотерапевты	18	37
Психотерапевты	5	13

В нашей стране пока мало уделяется внимания волонтерской деятельности, не существует экспериментально-психологических исследований системы добровольной помощи онкологическим больным, нет программы подготовки волонтеров в медико-социальных учреждениях типа хосписа. Отсюда вытекает необходимость изучения специфики волонтерской деятельности, выявления наиболее нужных добровольцам знаний, а также психологических способов снятия эмоционального напряжения, связанного с работой, что будет способствовать развитию системы добровольной помощи в России и ее эффективности.

Слово «хоспис» — латинского происхождения, означает «дом для приюта странников» или «странноприимный дом», которые существовали еще во времена средневековья, для оказания помощи заблудшим странникам, шедшим на поклонение в святую землю (Палестину) к Гробу Господню.

В 1842 году мадам Жиан Гарньер создала в Лионе (Франция) первое заведение для ухода за умирающими от рака больными. Ирландские сестры милосердия открыли такой же хоспис в Дублине в 1879 году, а затем в Лондоне в 1905 году был открыт приют Святого Кристофера, который возглавила баронесса Сесилия Сондерс. Она была социальным работником, затем получила диплом медицинской сестры, а потом и диплом врача. В возглавляемом ею учреждении оказывали не только квалифицированную помощь умирающим и их близким, но и стали разрабатывать стандарты паллиативной медицинской помощи, чтобы методы такой помощи могли использоваться и в домашних условиях.

Постепенно, начиная с конца 40-х годов, в таких приютах интенсивно накапливаются научно-медицинские знания и практический опыт по оказанию квалифицированной, действенной помощи умирающим, в особенности, в области лечения хронической боли, использования психотропных средств, паллиативной химиотерапии и радиотерапии онкобольных в последней стадии, учета психологической реакции семьи на стресс и понесенную утрату и т. д.

В конце 60-х годов в Европе и США родилось современное хосписное движение, которое заложило основы понимания потребностей умирающих и позволило создать специальную службу паллиативного ухода за пациентами. Одним из первых, в 1967 году, открылся хоспис в Англии. Однако общественное движение за создание хосписов столкнулось с серьезными препятствиями морального порядка: своеобразным «табу» общества, которое отказалось публично обсуждать саму проблему смерти.

В то же время супруги Розмари и Виктор Зорза явились инициаторами общественного хосписного движения в США, хотя американское общество и не было настроено широко обсуждать проблемы достойной смерти. Сенсацию принесла книга супругов Зорза

«Путь к Смерти. Жить до конца». Они написали ее после того, как в 1975 году умерла от рака их 25-летняя дочь Джейн. Джейн Зорза умирала в хосписе в Англии, и благодарные его создателям родители в своем почти документальном рассказе показывают и высокое назначение этого учреждения, и то, какими качествами должен обладать каждый работающий в нем. Они написали то, как их дочери оказали не только медицинскую помощь, но и моральную поддержку, так как она была неизлечимо больна и должна была умереть. Она прожила всего несколько месяцев и доказала, что, умирая, не обязательно переживать тот ужас, что рисует нам воображение. Ее смерть — это своего рода победа в битве, выигранной у боли и страха.

В. Зорза в своей книге «Путь к Смерти» сумел разглядеть главное, что должно отличать работу настоящей медсестры, врача. Боль человеческую нельзя излечить без соболезнования, сопереживания. Человековедению, человеколюбию надо учить так же, как анатомии, терапии, фармакологии... История Джейн, рассказанная ее родителями, стала частицей истории медицины, истории нравственного становления человечества...

Скончался Виктор Зорза в 1996 году: «Умер человек, успевший много сделать для умирающих», — так называлась статья А. Васинского, опубликованная в газете «Известия».

В 1995 году в Санкт-Петербурге издана книга Андрея Гнездилова «Путь на Голгофу». Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе». Обращаясь к читателям, автор пишет: «...Побудительным импульсом к написанию этого труда явилось развитие хосписного движения в России и желание автора защитить это движение от всяческого искажения.

В самом деле, экологическая ниша, которая образовалась в результате семидесятилетнего забвения в нашей стране проблем смерти, вдруг привлекла всеобщее внимание. Но, к сожалению, вместе с энтузиастами нового дела в нее устремились и вновь испеченные дельцы от медицины, экстрасенсы, целители и прочие, дискредитирующие саму идею хосписа в попытке тайно или явно нажиться за счет нужд самых несчастных больных, от которых отказалась официальная медицина и которые приблизились к последней черте.

Другая опасность — чиновники и бюрократы, которые прежде отбрасывали саму идею хосписа, мотивируя это нехваткой средств для «перспективных» больных. Теперь они же, спеша за модой и карьерой, ринулись насаждать хосписы, не сообразуясь с едиными мировыми стандартами, не обучив персонал, не создав элементарно приемлемых условий для больных.

И, конечно же, самое печальное, что из нужд больных вновь пытаются извлечь корысть, нажиться за их счет. всячески оговари-

вая платность лечения или пытаясь создать элитарные учреждения для избранных. Впрочем, дано ли кому на земле избежать смерти?..

Гуманизм в отношении умирающих необходим. И, в первую очередь, тем, кто взялся за благородное, но невероятно трудное дело помощи таким больным».

«...Какими бы ни были наши представления о жизни и смерти, человек, обреченный на преждевременный уход из жизни, вправе прожить свой последний час, осознавая и весь трагизм, и все его величие.

Хоспис дает такую возможность.

Обращаясь к нашему мятущемуся миру, хотелось бы в связи со всем вышеизложенным подчеркнуть важность создания таких очагов милосердия, любви и сострадания, коими по сути своей и являются хосписы, основанные на гуманных принципах христианства».

«...Хоспис рассчитан на помощь больным и не менее нуждающимся в моральной поддержке и психологической помощи их близким, переживающим вместе с ними те же стрессы. Но здесь не обитель слез и печали, какую может нарисовать воображение обывателя. Мы видим хоспис прежде всего местом, где воскресает человеческая Душа, приобщаясь к Всевышнему».

ХОСПИС — это не только медицинские, но и в большей мере гуманитарные учреждения, идея этих заведений вытекает из достаточно высокого уровня цивилизованности, гуманности общественных нравов и представлений.

В России такой трудоемкой работой по созданию типовых учреждений занимался 15 лет ленинградский врач, философ, скульптор, музыкант Андрей Гнездилов. Он бился для их создания с общественностью, с государственными чиновниками, но поддержки не получил и только благодаря попечительскому совету, в который входили Мстислав Ростропович, патриарх Алексей Второй, Дмитрий Лихачев, Эдуард Шеварднадзе и др., несмотря на то, что сопредседателем Британско-советского общества «Хоспис» стала Маргарэт Тэтчер, он смог добиться своей цели. В 1990 году был создан первый хоспис для онкобольных в Лахтинском районе Санкт-Петербурга, это медико-социальное учреждение, предоставляющее свой уход на дому, амбулаторию в клиниках, стационарах, онкоцентрах. В год через его стационар проходит около 300 пациентов, патронажные сестры оказывают помощь на дому примерно 400 пациентам.

Как психотерапевт, Гнездилов помогает больным и их родственникам пережить стресс, возникающий в качестве ответной реакции на страх, страх перед смертью. В конце жизни ценности для человека меняются, он оказывается в замкнутом круге своих ошибок и переживаний. Задача медицинского работника в хосписе — помочь

человеку освободиться от этих пут. И в России эту задачу выполняют с честью. Побывав в лахтинском хосписе, медсестры-англичанки сказали: «Мы лучше вас облегчаем боль, но вы лучше облегчаете страдания больного».

А в сентябре 1994 года начал свою деятельность первый Московский хоспис во главе с врачом Верой Миллионщиковой. За время существования хосписа в нем проработало 62 добровольных помощника, из которых 41 составляет нынешний штат сотрудников, 8 трудятся в качестве волонтеров, 12 человек покинули хоспис по личным причинам или их не принял коллектив в силу их неспособности справиться с поставленными перед ними задачами.

В. В. Миллионщикову журналисты называют ангелом смерти, но иные говорят о ней как об учителе жизни, потому что она помогает людям достойно прожить отпущенное им время. «В этом доме не чувствуешь смерти, хотя здесь умирают люди. Умирают часто. В ту неделю, которую я пробыла там, скончались 9 человек. Это была тяжелая неделя даже для персонала» — писала корреспондент «Комсомольской правды» Е. Ардабацкая.

Здесь ты не имеешь права расслабляться, следуя за своим горем и теряя контроль над собой. Всегда может случиться что-то еще более страшное или просто кому-то понадобится твоя помощь: даже просто поменять пеленку гораздо гуманнее, чем мотать слезы на кулак. Здесь не говорят страшного слова «умер». Говорят — не умер, а ушел, потому что как бы часто человек ни видел смерть рядом, говорить о ней всегда тяжело.

Число человек в палатах хосписа выверено-проверено — либо на одного, когда надо побыть без людей, либо — на четверых. Двое привыкают друг к другу и тяжелее переносят утрату соседа. Если палата на троих, двое непременно объединятся против третьего. Нормальная житейская психология.

По мнению главного врача хосписа, относительными «противопоказаниями» к работе в учреждении данного типа являются отсутствие социальной поддержки для самого добровольца, недостаточные пережитые потери в прошлом, сопутствующие (то есть имеющие место в настоящее время) другие личные переживания, склонность к депрессиям, желание обращать окружающих в свою веру. Не допускается прием в добровольные помощники людей, которые совсем недавно перенесли личную утрату близкого. Они обязательно должны пройти срок адаптации не менее года. Это связано прежде всего с тем, что волонтер невольно начинает сравнивать ту помощь, которую оказывали близкому человеку, с помощью, оказываемой другим больным. Это порождает лишние переживания, усиливает чувство вины перед умершим за то, что не было сделано для него лучше и больше. Не принимаются для работы с паци-

ентами лица, которые сами страдают онкологическими заболеваниями, так как чаще всего ими движет желание узнать о том, как проходит смерть, какие страдания при этом испытывают пациенты.

В настоящее время хосписы имеются во многих городах и насчитывают около 30 учреждений, однако формы их деятельности и качество оказываемой паллиативной помощи нередко далеко не соответствуют стандартам, которые кратко описаны выше. Так, обобщая опыт работы Санкт-Петербургского хосписа, его главный врач А. Гнездилов отмечал специфику развития хосписного дела в нашей стране: в течение нескольких лет главным препятствием при оказании действенной помощи терминальным больным был лимит дозы наркотических препаратов (в настоящее время эта доза повышена); $\frac{2}{3}$ больных умирает в стационаре; много пациентов поступает социально запущенных (в том числе, в санитарном отношении); очень высокая текучесть кадров; крайне малое количество волонтеров. И, конечно, необходима система сертификации: хосписом может называться лишь учреждение, соответствующее мировому образцу.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХОСПИСА:

1. Услуги хосписа — бесплатны. За смерть нельзя платить, как и за рождение.
2. Хоспис — дом жизни, а не смерти.
3. Контроль за симптомами позволяет качественно улучшить жизнь пациента.
4. Смерть, как и рождение — естественный процесс. Его нельзя торопить и тормозить. Хоспис является альтернативой эвтаназии.
5. Хоспис — система комплексной медицинской, психологической и социальной помощи больным.
6. Хоспис — школа и поддержка родственников и близких пациента.
7. Хоспис — это мировоззрение гуманизма.

Принципы паллиативной медицины положены в основу ФИЛОСОФИИ ХОСПИСНОЙ СЛУЖБЫ и включает в себе следующие положения:

1. Смерть — естественный процесс, который, как и роды, нельзя ускорить, но также тормозить.
2. Паллиативный подход создает не условия для легкой смерти, а обеспечивает качественную жизнь до конца.
3. Качество жизни обеспечивается умелым контролем за симптомами.
4. Чуткая коммуникация позволяет динамически менять назначения в зависимости от состояния пациента.
5. Реальная поддержка пациента, осуществляемая всем персоналом хосписа в единой команде с родственниками и близкими пациента.

6. Компетентность персонала является основой доверия между пациентами и теми, кто за ними ухаживает.

7. Бесплатная помощь пациенту, его семье и близким основана на гуманном принципе, что за смерть нельзя платить.

8. Время персонала принадлежит пациенту, который и определяет протяженность контакта.

9. Осмысленность страдания лишает его остроты и делает психологически переносимым.

10. Негативные переживания пациента, родных и персонала имеют ценность для личности так же, как и позитивные, поскольку способствуют ускорению роста души, что мы видим на примере людей, переживших утрату. Они более чутки к окружающим, способны к сопереживанию и сочувствию.

11. Эстетика природы, окружения, человеческих взаимоотношений придает качество жизни больному.

12. Духовные потребности — неотъемлемое качество человеческой личности. Возможность их удовлетворения увеличивает ценность жизни.

13. Иерархия ценностей в паллиативной медицине начинается с интересов, прежде всего, самого пациента.

14. Взаимоотношения с персоналом в хосписе построены по принципу иерархии, где во главе пирамиды стоят интересы пациента. Следующее место занимают те, кого он избирает в свою референтную группу, будь то врач, медицинская сестра или санитарка.

Из философии хосписа как учреждения, осуществляющего практически постоянную помощь, логично вытекает и этика в отношении к пациенту:

- 1) отношение к пациенту как к личности;
- 2) страдание страшно не само по себе, а когда оно бессмысленно, поэтому смысл обретается в ценностях окружающего миража:
 - в поисках истины, Бога;
 - в красоте;
 - в любви;
 - в прощении и примирении с врагами;
 - в окружающем мире;
- 3) делать добро — один из важнейших этических принципов хосписа;
- 4) минимум вреда и травматичности для пациента;
- 5) оказание помощи, когда ее ждут или просят;
- 6) уважение к жизни;
- 7) принятие неизбежности смерти;
- 8) использование всех ресурсов пациента;
- 9) нельзя, чтобы лечение было тяжелее самого заболевания;

10) стремление сохранить жизнь, но при биологической невозможности должна быть комфортная смерть;

11) индивидуальным потребностям пациента дается приоритет перед социальными правилами. Пациент должен чувствовать свободу, не ограниченную режимными моментами хосписа, поскольку он живет в особом времени и пространстве;

12) чем меньше ожиданий, тем выше качество жизни;

13) больной и семья — единое целое. Забота о семье — это продолжение заботы о пациенте.

ФИЛОСОФИЯ ХОСПИСА во многом **ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИДЕЕЙ**, согласно которой это не «просто особая больница», но «**ДОМ ДЛЯ ЖИЗНИ**». Если иметь в виду стационар хосписа, то здесь должна быть создана обстановка, близкая к обычным условиям жизни человека. Необходимо предусмотреть условия для пребывания рядом с пациентом его родных, а если он, допустим, вегетарианец, то это обязательно учитывается. Здесь допускается, чтобы вместе с пациентом находилась его любимая собака или кошка, и поддерживается замечательный обычай выполнять последнюю волю пациента. Многие пациенты хосписов знают правду, здесь ее не скрывают. Однако здесь же лучше всего знают, какое это трудное искусство — сообщать плохие новости.

Программы паллиативного лечения подчеркивают, что болезнь не следует рассматривать как изолированное отклонение в физиологии, ее необходимо воспринимать с точки зрения тех страданий, которые она причиняет и больному и его семье.

Объектом помощи должен стать не только пациент, но в значительной степени его семья (Доклад Комитета экспертов ВОЗ, Женева, 1992).

Паллиативная помощь основана на общечеловеческих традициях, в основе которых лежит гуманное отношение к страданию и смерти.

В 1995 году был разработан «Биль о правах умирающего человека» (Barbuss A. J.):

Я имею право получать лечение как человек до тех пор, пока я не умру

Я имею право сохранять оптимизм или отказаться от него

Я имею право на заботу тех людей, кто может помочь мне в поддержании надежды, и признаю их право на ее утрату

Я имею право выражать свои чувства и эмоции по поводу приближения смерти так, как я этого хочу

Я имею право участвовать в принятии решений, касающихся ухода за мной

Я имею право ожидать продолжающегося врачебного и сестринского внимания даже тогда, когда излечение перестает быть конечной целью процесса и уступит место облегчению моих страданий

- Я имею право не умирать в одиночестве
- Я имею право не испытывать боли
- Я имею право получать честные ответы на мои вопросы
- Я имею право не быть обманутым, даже «во благо» мое
- Я имею право получать помощь от и для моей семьи в принятии моей смерти
- Я имею право умереть в мире и с чувством собственного достоинства
- Я имею право сохранять свою индивидуальность и не быть судимым за мои решения, даже если они противоречат ожиданиям других
- Я имею право открыто обсуждать и расширять свой религиозный и/ или духовный опыт, как бы к этому не относились окружающие
- Я имею право на то, что уважение к моему телу будет соблюдаться и после моей смерти
- Я имею право на то, чтобы за мной ухаживали заботливые, сочувствующие и знающие люди, которые приложат все усилия, чтобы понять мои нужды, и которые будут удовлетворены тем, что помогут мне встретить смерть лицом к лицу.

Права пациента, изложенные в этом документе, должны соблюдаться всем персоналом, участвующим в оказании паллиативной помощи. Последний пункт определяет и требования к медицинскому персоналу, работающему с умирающим онкологическим пациентом.

Соответственно этике паллиативной медицины вытекают **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ:**

- 1) умение слушать;
- 2) терапия присутствием;
- 3) умение служить;
- 4) умение жить с пациентом;
- 5) важность создания психотерапевтической среды;
- 6) единство команды персонала и семьи в уходе за пациентом;
- 7) привлечение волонтерской службы;
- 8) индивидуальный подход к каждому пациенту и его родственнику;
- 9) использование всех резервов;
- 10) удовлетворение духовных потребностей.

НАПРАВЛЕННОСТЬ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОМ ПОДХОДЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ЧЕТЫРЕМ АСПЕКТАМ:

1. Медицинская помощь
2. Психологическая помощь
3. Социальная помощь
4. Духовная помощь.

Универсальность такого подхода позволяет охватить все сферы, касающиеся нужд пациента и фокусировать все внимание на **СОЗДАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**. Качество жизни означает субъективное удовлетворение, испытанное или выраженное индивидуумом. Оно находится под влиянием всех параметров личности — физических, психологических, социальных и духовных. Жизнь по-настоящему качественно, когда идеал и реальность приближены. Жизнь теряет свое качество, когда существует большой разрыв между идеальным и действительным. Измерения качества жизни невозможны, так как они показывают отдельные объективные достижения, а не субъективное восприятие мира в целом. Поэтому на первом месте в паллиативном лечении стоит не продолжительность жизни пациента, а качество этой жизни. Если мы попытаемся оценить желаемое прогнозирование смерти каждого человека, то на вопрос, кто как хотел бы умереть, большинство ответит одинаково: «Быстро, легко, дома и красиво». Расшифровка желаний людей сосредоточивается на следующих моментах: умереть легко и быстро — это значит без мучений. Сама нацеленность показывает, что общество испытывает страх перед смертью, перед страданиями, которые порой превышают страх самой смерти. Качество жизни — это принцип, позволяющий перевести бессмысленность последней борьбы в достойный уход из жизни, который не остается в памяти родных страшным апогеем отчаяния и страдания. но спокойным и величавым уходом человеческой души из тела.

Второй круг интересов пациента: «Умереть дома и красиво». То есть, личность человека не ограничивается одним физическим телом, его «Я» включает в себя как неотъемлемую составляющую его дом, его близких, гармонию жизни, которую он прожил. Потому создание хосписа как второго дома для пациента, где он может быть окружен привычными вещами, заботливым уходом и любовью, столь необходимо.

Паллиативная помощь не торопит смерть, но и не оттягивает ее наступление (Конституция Ассоциации паллиативной помощи, Милан, 1988).

В хосписе пациенту легче уже только потому, что конца здесь не ждут и не боятся. Родные и близкие также успокаиваются — им помогают и их поддерживают. Что самое главное в жизни человека, знающего о своей скорой смерти?

— Прощение. Они часто испытывают чувство вины, потому что в конце жизни их ценности меняются... Сознание смерти приводит к необычайно быстрому росту души. Меняется качество жизни, меняются ценности пациента, и, вероятно, этот процесс является не последним доводом в создании службы помощи умирающим больным.

Принципы оказания помощи российским хосписом следующие:

1. Оказание медицинской, социальной, психологической и духовной помощи некурабельным онкологическим больным.
2. Оказание психотерапевтической помощи родственникам пациента.
3. Организация и проведение поддерживающего паллиативного лечения некурабельных больных.
4. Оказание стационарной медицинской помощи больным в терминальной стадии и улучшение медицинской помощи на дому.
5. Подбор и проведение необходимой обезболивающей терапии индивидуально для каждого больного.
6. Обучение родственников по уходу за онкологическими больными.
7. Правовое консультирование пациентов и обеспечение им правовой защиты.

8. Социальная и психологическая защита персонала хосписа.

С помощью объективных исследований выявлено, что хосписы обеспечивают большую социальную поддержку, лучший контроль за болью, способствуют более быстрому выходу из состояния скорби. Как отметил один обозреватель в США, «Присутствие почти 2000 хосписов в 50 штатах значительно улучшило эмоциональное и духовное здоровье этой страны. Я не могу себе представить более важного достижения».

Таким образом, паллиативный уход не преследует никаких терапевтических целей и предусматривает только повышенное внимание, проявление милосердия и достаточные дозы болеутоляющих средств. «Это не лечебница. Это место, где вам лишь облегчат страдания. а главное, где вы не будете чувствовать себя одинокими», написано в проспекте одного из хосписов.

Деятельность медицинского персонала в сфере оказания помощи умирающим (терминальным) пациентам

*«Они не могут добавить дни к вашей жизни,
но они безусловно могут добавить жизнь
к вашим дням».*

(Пациент хосписа).

ЗАДАЧИ медицинской сестры в процессе оказания паллиативной помощи следующие:

- общий уход;
- контроль за симптомами;
- психологическая поддержка пациента и семьи;
- обучение пациента и семьи приемам само- и взаимопомощи.

Этого можно достичь, если будет обращено внимание на решение следующих основных потребностей и проблем больного:

- облегчение боли и смягчение других тягостных симптомов;
- психологическая и духовная поддержка пациента;
- поддержание у пациента способности вести активную жизнь перед лицом надвигающейся смерти;
- создание системы поддержки в семье больного во время болезни и после кончины пациента;
- ощущение принадлежности семье (больной не должен чувствовать себя обузой);
- проявление любви, внимания к пациенту (общение с ним);
- понимание (идушее от объяснения симптомов и течения болезни и возможности поговорить о процессе умирания);
- принятие больного в обществе других людей (независимо от его настроения, общительности и внешнего вида);
- самооценка (обусловленная участием больного в принятии решений, особенно если возрастает его физическая зависимость от окружающих, необходимо найти возможность для больного не только получать, но и давать).

Прежде чем приступать к выполнению своих задач, медицинская сестра должна точно знать ответы на следующие вопросы:

1. Действительно ли это терминальное состояние?
2. Действительно ли показана только паллиативная помощь?
3. Что именно хочет пациент?
4. Каковы представления о болезни и возможности родственников?

Должна быть ясно сформулирована общая цель, с принципиальным взаимопониманием всех участников — врача, медицинской сестры, пациента и родственников. **Все должны быть согласны с тем, что теперь речь идет о создании условий для достойной смерти.**

Общие принципы оказания паллиативной помощи медицинской сестрой:

1. Оценка состояния и определение приоритетной проблемы должны предшествовать проведению мероприятий паллиативной помощи.
2. Пациенту необходимо объяснять простыми и понятными словами причины развития и появления симптомов заболевания.
3. Помощь должна быть индивидуальной.
4. Помощь не ограничивается только лекарствами.
5. Необходимо проводить профилактику стойких, мучительных симптомов.
6. Помощь необходимо проводить так просто, как это возможно, используя доступные для больного средства.
7. Не надо говорить себе, а тем более больному и его близким: «Я испробовала все», «Я сделала все», «Бесполезно здесь что-либо делать», «Я не знаю, что я могу сделать и никто не знает этого».

Только после основательной проверки ситуации и убедившись, что условия дома неблагоприятны, следует госпитализировать больного с целью ухода и паллиативной терапии.

Пациента можно оставить дома, если:

— он желает умереть дома и его состояние позволяет осуществлять уход на дому;

— для этого есть необходимые условия: финансовые, временные и лица, которые могут осуществлять уход;

— домашний врач и медицинская сестра берут на себя медицинскую и человеческую ответственность;

— есть возможность вызвать профессиональную помощь для лечения и домашнего ухода;

— больница подготовлена для экстренных случаев краткосрочного ухода.

При уходе за умирающим на дому имеют место следующие проблемы:

1. Общего и профессионального характера:

— диагностические возможности и границы их;

— терапевтический выбор;

— руководство коллективом;

— профессиональная и человеческая ответственность не только перед больным, но и перед его окружением.

2. Личные проблемы медицинского персонала:

— ощущение собственной смерти;

— восприятие и переживание собственной беспомощности;

— нехватка времени.

3. Организационные проблемы:

— вопрос замены персонала.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ СМЕРТИ ДОМА.

Преимущества:

- это более естественно;
- умирающий может лучше распорядиться своей жизнью;
- сохраняется достоинство и уважение;
- умирающий чувствует себя безопаснее;
- для ухаживающего нет утомительной траты времени на дорогу;
- ухаживающий ощущает свою необходимость;
- домашняя еда, как правило, больше соответствует потребностям больного;
- постоянная близость помогает и ухаживающему, и больному;
- оба могут жить нормально и полноценно;
- оба имеют больше свободы и контроля, умирающий скорее может сказать, чего он действительно желает;

- дома есть и время, и место для того, чтобы выразить свою боль, гнев и страдания, свои обиды, поэтому здесь легче соглашаются, примираются с собственной смертью или со смертью близких;
- в доверительной и спокойной обстановке оба имеют время для внутренней подготовки к смерти (совместные и печальные хлопоты).

Недостатки:

- когда умирающий действительно не хочет этого;
- когда у семьи не хватает времени, чтобы заботиться об умирающем;
- когда больной хочет получать парентеральное питание, а патронажной или процедурной медицинской сестры нет;
- когда в доме нет никого, кто бы мог заботиться об умирающем;
- когда есть опасность, что ухаживающие будут сильно физически и духовно утомляться и нет возможности отдохнуть из-за отсутствия подмены;
- когда в семье есть маленькие дети, за которыми тоже нужно ухаживать (не потому, что присутствие умирающего было бы плохо для детей) и это будет для ухаживающего слишком большой нагрузкой.

Больной и его родственники должны быть подготовлены к замене персонала, а новый персонал должен все знать о пациенте и его семье (ввод новой медицинской сестры в семью предусматривает предварительное знакомство с больным, адаптацию отношений).

Если все, кто работает с больным, не отнесутся серьезно и ответственно ко всем нуждам пациента, адекватное облегчение боли и других симптомов может оказаться совершенно невозможным.

Таким образом, наиболее частыми потребностями умирающих больных являются:

- хороший контроль за проявлением болезни;
- ощущение безопасности;
- желание чувствовать себя нужным и никому не быть в тягость;
- человеческое общение, контакты, благосклонность;
- разъяснение симптомов и болезни;
- возможность обсуждать процесс умирания;
- желание, несмотря на любое настроение, быть понятым;
- возможность принимать участие в решениях (чувство собственного достоинства), возможность давать и брать.

Наиболее часто встречающиеся проблемы пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи:

а) наличие физических проблем: боль, стома, постоянная тошнота и рвота, одышка, обширные раны с обильным отделяемым и запахом;

б) страх смерти и боли;

в) страх наркотической зависимости при применении наркотических препаратов для обезболивания;

г) снижение чувства собственного достоинства и значимости;

д) чувство вины перед близкими родственниками (чаще перед детьми);

е) беспокойство за свое будущее и будущее семьи;

ж) гнев, обращенный на родственников, медицинских работников;

з) депрессия, связанная с потерей целей в жизни, утратой социального положения, отсутствием перспектив;

и) одиночество;

к) изоляция и самоизоляция.

Причины нарушения потребностей и возникновение проблем обусловлено различными факторами:

– тяжесть и ужас, возникающие при звучании диагноза «рак», который для большинства людей равнозначен смертному приговору без указания срока его выполнения;

– бытующее мнение «о заразности» рака;

– неуверенность за свое будущее;

– недостаток знаний и информации;

– наличие физических проблем;

– стресс, связанный с пребыванием в стационаре, смерть соседа по палате со сходным заболеванием;

– отсутствие рядом родных и близких, друзей;

– финансовые затруднения;

– жилищно-бытовые условия.

Основные положения, которые следует выполнять медицинскому персоналу при проведении паллиативной помощи:

1. Эффективное устранение или уменьшение тягостных симптомов заболевания требует согласованной и постоянной работы бригады врачей и медицинских сестер. Необходимо, чтобы одна бригада специалистов направляла, консультировала и координировала проведение паллиативной помощи на всех ее этапах. Многочисленные посещения различных специалистов в различных лечебно-профилактических учреждениях не способствуют эффективной паллиативной помощи. Больному и его семье должно быть хорошо известно, к кому они могут обратиться в экстренном случае.

2. Оценка симптомов должна предшествовать лечению. Учитывая, что проявления заболевания у больных в терминальной стадии отличаются большим разнообразием, детальная оценка состояния

больного и имеющихся у него симптомов должна предшествовать построению плана паллиативной помощи и его осуществлению.

3. Так как проявления заболевания, конкретный симптом могут вызываться несколькими причинами, то необходимо определить, какие из этих причин поддаются устранению и затем устранить их. Это позволяет, несмотря на то, что прогрессирование злокачественного процесса не остановлено, достичь значительного облегчения страдания.

4. Поскольку симптомы заболевания могут быть связаны не только с опухолью, но и с другими причинами (лечение сопутствующих заболеваний, осложнений и др.), то варианты оказания паллиативной помощи могут изменяться.

5. В начале лечения врач и медицинская сестра должны объяснить больному причины появления каждого симптома. Знание этих причин больным, как свидетельствует практика, снижает отрицательное психологическое воздействие пугающих его симптомов. Если это не будет сделано, то больной будет продолжать считать, что тяжесть состояния от него скрывают. Это усиливает тревогу и беспокойство больных, потому что им кажется, что даже медицинские работники не знают, что происходит, а значит и не могут помочь.

6. Необходимо обсуждать с больным выбор лечения и план сестринских мероприятий, привлекать больного к решению вопроса о приоритетности имеющихся у него проблем, того, что должно быть сделано в первую очередь.

7. «Контакт с близкими родственниками больного дает возможность заручиться их поддержкой и улучшить планирование борьбы с симптомами. Это особенно важно, когда больной находится дома. Привлекая родственников к оказанию помощи, необходимо учитывать согласие на это больного и то, что они не должны играть ведущую роль при принятии решений. Всегда, когда возможно, желания пациента должны иметь приоритет» (ВОЗ, 1987).

8. Лечение в целях облегчения боли и других тягостных симптомов не должно ограничиваться только приемом лекарств. Например, рвота и тошнота могут провоцироваться запахами экскрементов, пищи, дезинфицирующих средств, дезодорантов и др. Устранение запахов, своевременная уборка помещения и пищи со стола могут уменьшить проявления мучительных симптомов.

9. Медикаментозное лечение постоянно появляющихся, сливающихся симптомов должно проводиться на основе их предупреждения, а не только при их появлении. Соблюдение этого принципа особенно важно при применении анальгетиков и обезболивании. Введение лекарств «по потребности», а не регулярно на профилактической основе, не позволяет облегчить страдания больного.

10. Лечение должно проводиться как можно проще. Всякий раз, когда рассматривается вероятность применения дополнительных лекарственных средств, нужно ответить на четыре вопроса:

а) Какова цель лечения и как можно следить за его ходом и результатами?

б) Насколько велик риск побочных эффектов и нежелательного взаимодействия лекарств?

в) Возможно ли для больного прекратить прием одного или более препаратов, которые он уже принимает?

г) Возможно ли заменить одним лекарством два медикамента из тех, что он уже принимает или тех, которые будут прописаны больному?

11. Лечащий персонал должен советоваться с коллегами в трудных ситуациях. Это особенно важно, если персонал не имеет достаточного опыта в ведении пациентов с запущенной стадией рака или никогда не встречался с конкретным симптомом. Многие пациенты страдают от тошноты, рвоты, запоров, потому что ни они, ни их близкие не были обучены приемам их устранения.

С другой стороны, иногда возможно лишь минимальное облегчение, в этом случае главная цель работы персонала заключается в том, чтобы изменить образ жизни больного.

12. Ни пациент, ни лечащий персонал не должны терять надежду. Надежда — это ожидание лучшего, даже тогда, когда не видно ни малейшего приближения к цели. Особенность паллиативной помощи в том, что она дает больному надежду на избавление от боли, мучительных проявлений болезни, на спокойную смерть. Больной, его близкие должны быть убеждены не только словами, но реальными действиями медицинского персонала в том, что будет сделано все возможное. Планомерные, согласованные с больным, действия медицинского персонала дают лучшие результаты, чем попытки добиться результата сразу.

13. Необходим постоянный контроль за выполнением плана паллиативной помощи. Больному и родственникам необходимо дать конкретные, понятные для них рекомендации. Если больному говорят, что он может действовать на свое усмотрение, принимать лекарства в таких количествах и так часто, как хочет, это вызывает у него беспокойство, снижает эффективность устранения симптомов, приводит к появлению нежелательных эффектов. Больной и его семья должны знать режим приема лекарств, их названия, показания для их использования, возможные побочные проявления, время приема и дозы. Больной и его семья должны понимать и строго выполнять после обучения медицинской сестрой предписанные ею рекомендации по уходу.

14. Нежелательные эффекты, особенно на лекарственную терапию, сохранение тяжелых симптомов, хотя было предусмотрено их устранение или уменьшение, могут подорвать доверие больного и его семьи к персоналу. Возможность появления нежелательных эффектов требует постоянного контроля за проводимой паллиативной помощью.

Целью общего ухода в паллиативной медицине является создание максимально комфортных условий для пациента. Медицинская сестра составляет план ухода, в котором учитываются привычки и пожелания больного.

Хороший уход в паллиативной помощи является важным психологическим фактором, влияющим на настроение больного, желание жить, облегчает общение и взаимопонимание.

К уходу за больным на дому, кроме родственников и медицинской сестры — специалиста по паллиативной помощи, привлекают участковых (семейных) медицинских сестер, социальных работников и добровольцев. В ряде случаев паллиативная помощь на дому проводится, в основном, участковой медицинской сестрой или фельдшером. Они, после обсуждения с врачом, больным и родственниками, составляют план ухода, обеспечивают и контролируют его выполнение.

Медицинская сестра обучает семью пациента приемам ухода. Доступно объясняет и показывает, что и как делать, разъясняет последствия несоблюдения рекомендаций по уходу. Активное привлечение членов семьи к проведению ухода дома и в стационаре позволяет добиться лучших результатов и справиться с чувством вины, беспомощности и бесполезности, которые нередко возникают у родственников безнадежно больного человека.

При осуществлении контроля за симптомами медицинская сестра уделяет большое внимание профилактике их возникновения, немедикаментозным методам их лечения, включая психотерапию и диетотерапию.

УХОД В СТАЦИОНАРЕ. При поступлении пациента в отделение паллиативной помощи или в стационар (хоспис) медицинская сестра составляет карту «предпочтений пациента», в которой отражено, что и в какое время пациент выполняет: просыпается, умывается, когда принимает душ, какое время дня любит, любимое занятие, любимая еда и напитки, в какое время ложится спать, курит ли и т. п. В карте отмечается, нужна ли больному помощь в проведении гигиенических процедур и приеме пищи. Медицинская сестра объясняет и показывает, как пользоваться предметами ухода, кнопкой вызова, совместно с пациентом вырабатывает распорядок дня. Составление такой карты облегчает планирование

ухода, позволяет избежать дублирования в сборе информации, обеспечивает преемственность в проведении ухода.

При уходе за пациентом как дома, так и в стационаре медицинская сестра уделяет особое внимание состоянию кожи, глаз, полости рта пациента для предупреждения развития опрелостей, пролежней, конъюнктивита и стоматита. По возможности пациент должен принимать ванну или душ ежедневно. Если состояние больного и условия не позволяют, тогда медицинская сестра использует обтирание губкой. Спина, кожные складки дважды в день протираются салфеткой, смоченной салициловым спиртом или спиртосодержащим раствором. Присыпки применяются только на сухую кожу. Места раздражения кожи смазываются кипяченым растительным маслом. Уход за полостью рта предусматривает полоскание рта после каждого приема пищи. При возникновении воспаления слизистых рта (стоматита) полость рта обрабатывается 1,5% раствором перекиси водорода, затем — слабым раствором марганцовокислого калия и потом — яичным белком.

Уход за глазами — умывание не менее двух раз в день. При покраснении рекомендуется закапывание 20% раствора альбуцида.

Контроль за симптомами — важный раздел работы медицинской сестры при проведении паллиативной помощи. Он включает все этапы сестринского процесса: сбор информации, определение проблем пациента и его семьи, цели и задачи сестринской помощи, составление плана, его реализацию и оценку. Проводя контроль симптомов, медицинская сестра не только выполняет врачебные назначения, но понятно и доступно объясняет пациенту и его родственникам назначенное лечение и смысл проводимых процедур, оценивает и адекватно реагирует на возникшие изменения в состоянии пациента. Для эффективного осуществления контроля за признаками, характеризующими состояние пациента, медицинская сестра должна знать дозировки, правила приема, побочные эффекты и осложнения, назначенных врачом медикаментозных и немедикаментозных средств.

В задачи медицинской сестры также входит обучение больного и его семьи лечебному питанию, которое необходимо для уменьшения ряда симптомов (тошноты, рвоты, снижения аппетита, запоров и др.). Питание пациента на поздних стадиях онкологического заболевания связано с рядом трудностей и особенностей. Часто уменьшается потребность в пище и воде. В некоторых случаях появляются плохая переносимость пищи и отсутствие аппетита (анорексия). Из-за постоянной тошноты и рвоты больной может отказываться от еды и воды. Если возникает проблема выбора между

дачей воды и приемом пищи, то предпочтение отдается сохранению приема жидкостей.

Медицинская сестра, проводя питание таких больных, должна руководствоваться следующими принципами:

- не заставлять больных есть, а если пациент ничего не съел, то просто убрать тарелку без комментариев;

- пищу подавать малыми порциями, кормить только тогда, когда пациент испытывает голод. Время, когда пациент ест с наибольшей охотой (чаще всего, это время завтрака), сделать главной трапезой дня;

- стараться чаще предлагать больному любимые блюда;

- перед едой проветривать помещение, предложить пациенту умыться, переодеться, если сможет, то сесть за стол.

Очень важна работа с родственниками, в представлении которых количество принятой пищи часто является показателем хорошего состояния больного. Поэтому они прилагают максимум усилий, чтобы накормить больного, даже против его воли, провоцируя усиление тошноты, рвоты и боли. Медицинская сестра должна объяснить и научить родственников как кормить больного при поперхивании и спутанности сознания. Разъяснения и рекомендации, данные медицинской сестрой родственникам по составу приносимых больному продуктов и напитков, позволяет избежать последствий неправильного кормления.

Медицинская сестра должна учитывать особенности питания больных при некоторых симптомах, дать конкретные рекомендации больному и его родственникам:

- **Отрыжка.** Медицинская сестра определяет, какая пища вызывает у больного отрыжку. Чаще всего, это газированные напитки, молочные и другие высококалорийные продукты, бобовые, овощи, пища, богатая клетчаткой. Медицинская сестра рекомендует раздельное питание: прием жидкости в промежутках между приемами пищи. Она советует больному есть медленно, во время жевания и глотания держать рот по возможности закрытым и не разговаривать во время еды. Нельзя использовать жевательную резинку и пить через соломинку. По возможности, не ложиться сразу после еды.

- **Запоры.** Эту проблему медицинская сестра решает, обеспечивая адекватный прием жидкости, рекомендациями включения в пищевой рацион продуктов, богатых клетчаткой: орехи, овощи, фрукты, чернослив, изюм.

Рекомендует ограничить прием сыров и высококалорийных десертов.

- **Диарея.** Медицинская сестра рекомендует больному ограничить потребление молока и молочных продуктов, орехов, бобовых, зелени и свежих овощей, фруктов с семенами и кожурой, ананасов,

изюма, алкоголя и кофеиносодержащих продуктов. Рекомендует употребление продуктов и каш из риса и пшена, овсяных хлопьев, пшеничной муки, яблочное пюре, отварные овощи.

- **Тошнота и рвота.** Если больной отказывается от еды, то не надо упорно настаивать на ее приеме. Пищу следует предлагать охлажденной, небольшими порциями. Избегать жареной и жирной пищи, алкоголя, пряных и сладких блюд. Необходимо рекомендовать есть медленно, избегать переедания, отдыхать до и после еды, не поворачиваться и не лежать на животе в течение двух часов после еды.

- **Изменение вкусовых ощущений.** У больного могут быть проблемы с изменением вкусовых ощущений, поэтому некоторые пищевые продукты могут показаться горькими, кислыми, сладкими.

Если пища кажется пациенту горькой, то необходимо исключить из рациона красное мясо, кислые соки, томаты, кофе, чай, шоколад. Рекомендуются мясо птицы, рыба, молочные продукты, яйца.

Если пища кажется больному слишком сладкой, необходимо включить в рацион кислые соки, использовать в приготовлении блюд лимонный сок, уксус, специи, мяту, маринованные или соленые огурцы.

- **Нарушение вкусовых ощущений.** Больной может не чувствовать вкуса пищи, тогда в качестве закуски (при отсутствии противопоказаний) можно посоветовать маринады.

- **Затруднение глотания.** При затруднении глотания пищу советуют принимать часто и понемногу, в жидком и пюреобразном виде. Из рациона убираются блюда, которые могут привести к раздражению полости рта и пищевода: кислые соки и фрукты, острые блюда, алкоголь, газированные напитки. Пища не должна быть слишком горячей или холодной.

- **Поражение слизистой полости рта.** При поражении слизистой полости рта, медицинская сестра рекомендует давать пищу холодной и измельченной, ввести в рацион кремообразные (протертые) супы и соусы, молочные коктейли, сыр. Рекомендуются избегать кислой, пряной, грубой, горячей и слишком соленой пищи.

- **Сухость во рту.** При сухости во рту медицинская сестра советует больному пить небольшими глотками воду и соки, использовать кусочки льда, леденцы, мороженое, фрукты. Для стимуляции выделения слюны можно дать совет сосать мятные леденцы и конфеты.

Важной частью паллиативной помощи является обучение пациента и его семьи. Например, как вести дневниковые записи при наличии хронической боли и других тягостных симптомов, на что обратить внимание (предвестники боли, тошноты, рвоты и др., их

продолжительность, причина возникновения и облегчение проявления данных симптомов). Это позволяет составить план соответствующей медицинской помощи и дать рекомендации по предупреждению развития мучительных проявлений заболевания.

Медицинская сестра, для уменьшения боли, должна обучить больного и его родственников отвлекающим методикам и релаксационным (расслабляющим) упражнениям (например, медленному, ритмичному дыханию, массажу с применением тепла и льда, и т. п.).

Особенности психологического общения между пациентом и медицинским персоналом, важность возникающих взаимоотношений в паллиативном лечении

*«И даже солнце не заметит,
Что в глубине каких-то глаз
На этой маленькой планете
Навеки свет его погас».*

(С. Я. Маршак).

В состоянии больного наступает такой момент, когда он понимает неизбежность смерти. Соответственно, именно в это время поддержка и дружеское участие приобретают огромное значение. Постоянное внимание к пациенту должно демонстрировать, что медики не оставят его, несмотря ни на что, это поддержит и больного и его семью.

Процесс оказания паллиативной помощи начинается с момента постановки диагноза онкологического заболевания. Основой выполнения задач паллиативной помощи является установление понимания и доверия с пациентом и его семьей.

В достижении этой цели важна первая встреча и первая беседа с больным. Для нее надо выделять столько времени, сколько это необходимо и сделать все для того, чтобы она не прерывалась и проводилась в уединенной обстановке. Для установления контакта очень важно прикосновение, которое позволяет установить готовность человека к общению и выразить то, что трудно передать словами, особенно это важно в моменты обмена информацией.

Медицинская сестра должна знать психологию больных, возможные реакции пациента и его близких на полученную информацию, и быть готовой к проведению адекватной психологической поддержки с этого момента и на весь период оказания паллиативной помощи.

Доктор Элизабет Кюблер-Росс и ее коллеги, исследуя состояние больных, впервые узнавших о терминальной стадии заболевания, опубликовали свою «концепцию» смерти как стадии роста. По данным их исследования, человек, узнавший, что он безнадежно болен, что медицина бессильна и он умрет, переживает различные психологические реакции, которые можно подразделить на пять последовательных стадий:

- I стадия – стадия «отрицания» («нет не я», «это не рак», «не может быть! это ошибка!»);
- II стадия – «отрицание» + «протест» («почему я?», «не может быть!», «это ошибка!»);
- III стадия – «просьба об отсрочке» («еще не сейчас», «еще немало»);
- IV стадия – «депрессия» («да, это со мной, я умру», «нет выхода, все кончено»);
- V стадия – «принятие» («пусть будет», «никуда не денешься, значит судьба»).

Для ряда пациентов и их близких первая стадия является шоковой, как неспецифическая реакция на сильный раздражитель, а вторая стадия – «отрицание» + «протест» – может сочетаться с агрессией, которая преобладает, приводя к поискам причины («кто виноват?», «его погубили!», «отравили», «облучили», «просмотрели и вовремя не определили болезнь!»).

Эмоционально-психологическое состояние пациента на пятой стадии претерпевает принципиальные изменения. Человек подготавливает себя к смерти, смирению и принятию ее как факта. В этой стадии идет интенсивная духовная работа: покаяние, углубление в себя, оценка своей жизни и той меры добра и зла, которой можно оценить свою прожитую жизнь. «Я будто заново открыл жизнь, включая и самого себя», – говорят многие пациенты.

Необходимо помнить, что ответная психологическая реакция человека, его близких на потерю, смерть и горе носит защитный характер и требует доброжелательной и квалифицированной помощи. Общие принципы психотерапевтической поддержки больных (А. В. Гнездилов, 1995):

- в стадии «отрицания» не мешать больному, «мост» к человеку должен строиться от него, а не от себя;
- в стадии «агрессии» целесообразно дать больному «выплеснуться»;
- в депрессивной стадии необходимо разделить переживание;
- в стадии «принятия» необходимо поддержать пациента, здесь важно дать больному возможность и время пройти эту стадию в хосписе или на дому в присутствии работников хосписной службы.

Отношение к болезни и ответная психологическая реакция на известие о неизлечимой болезни у людей различны. Это определяется многими факторами: жизненными ценностями, мировоззрением, эмоционально-психологическим складом, социальным и семейным благополучием и др. Проявления отрицания полученной информации и даже проявления агрессии носят защитный характер, и требуют доброжелательной и квалифицированной помощи.

Важной проблемой онкологических больных является высокий риск суицидных действий (особенно в стадии депрессии), отказ от операции, приема лекарственных препаратов, пищи. В тяжелых случаях возможен полный отказ от встреч с близкими и медицинскими работниками. Чрезвычайно важно создать доброжелательную атмосферу с участием тех родственников, коллег по работе, которые приняты к участию в общении и помощи самим больным. Результаты психологической поддержки будут лучше, если медицинская сестра будет способствовать уверенности пациента в том, что его ценность для всех окружающих людей — любовь близких, уважение коллег — несравненно больше, чем те неудобства, которые он им причиняет.

Пациенты в финальных стадиях онкологического процесса чрезвычайно чувствительны к любой фальши в отношениях и крайне негативно воспринимают малейшие признаки неискренности как со стороны родственников, так и со стороны медицинской сестры. В равной степени неуместно замалчивание проблемы («ничего не случилось»), неоправданный оптимизм («все будет хорошо») и чрезмерное сопереживание («бедный, несчастный»). Чем лучше медицинская сестра сможет понять больного, благодаря терпеливому выслушиванию и сочувствию, узнать и поддерживать его стремления, тем точнее она может представить действительное положение вещей.

Важным является проведение беседы наедине, в отсутствие родственников. С последними проводят беседы без пациента. В тяжелом состоянии, перед смертью больной действительно говорит то, что скрывал по ряду причин — свое истинное отношение к близким. Может быть, перед смертью он хочет избавиться от опеки родных и близких? Может быть ему лучше в больнице, хотя дома есть все необходимые условия для ухода? А может наоборот?

Необходимо помнить, что неприятие диагноза, неизбежности смерти — это защитная реакция больного и его близких на страшное для них сообщение.

Позиция персонала определяется прежде всего отношением к смерти как к нормальному явлению. Смерть признается неотъемлемой стороной самой жизни, и в конечном итоге пациент учится не бороться с ней, а принять ее в нужный момент с достоинством

и без страха. В этом большую роль играет сестринский персонал. Важным моментом является то, что персонал должен сначала сам определить свою позицию по отношению к смерти. Когда медицинская сестра разбирается в своих переживаниях и отношении к смерти, когда она склоняется к принятию смерти, а не к страху и отрицанию ее, тогда она может повторить этот же опыт с пациентом. Для медицинского персонала необходимо отсутствие «комплекса смерти».

Важно изменить отношение пациента к болезни. Мы знаем, что с точки зрения религиозного мировоззрения болезнь является шансом для встречи с истиной, со смыслом жизни, с высшими ценностями, которые воплощаются в духовной сфере. Позитивный смысл страдания подчеркивался многими религиозными философами, которые призывали человека переориентироваться с материального мира на духовный. В этой связи сестринское воздействие в паллиативной медицине ставит в центр внимания личность пациента. С помощью медицинской сестры пациент не изолируется в болезни, но раскрепощается в лечении.

При приближении смерти медицинская сестра должна проявить особое внимание и готовность сделать то, чего хотел бы пациент. Нет единого рецепта для всех, кто умирает. Индивидуальность подхода диктует необходимость слушать пациента и следовать его представлениям. Самое же главное — дать понять пациенту, что до последнего момента он не будет один. Здесь возникает вопрос о возможности выбора времени для смерти. Существует феномен **разрешения на смерть**, которое пациент порой получает от своих близких, персонала, священника и, наконец, от самого себя. Это внутреннее отпущение жизни, отказ от борьбы за нее создает так называемое пространство для смерти.

Разумеется, встречаются случаи, когда убежденность — установка пациента может сыграть роль провоцирующего фактора. Например, пациентка после операции в онкологическом институте во время перевязки увидела как лечащий врач-хирург поджал губы. Она истолковала его выражение лица как приговор. Вернувшись в палату, она плакала и на вопросы отвечала, что, вероятно, у нее все плохо, так как врач изменился в лице и поджал губы, взглянув на ее рану. К вечеру она умерла. Другой случай оптимиста-пациента, находящегося в хосписе, который был бодр и активен, но однажды не мог встать, так как парализовало ноги. «Ну, это конец», — сказал он. И через несколько часов его не стало, хотя врачи фиксировали только метастазы в позвоночник.

Время смерти работниками хосписа не выбирается. Пациент должен «созреть» для принятия смерти и разрешения себе умереть. Вероятно, время готовности пациента определяется им самим, и

персонал лишь угадывает это время. Нередко персонал сталкивается с феноменом, когда соседи по палате просят не изолировать их от умирающего пациента и даже не ставить ширму. Вероятно, это жестокое любопытство к чужому умиранию является своеобразной примеркой чужой смерти к себе. Разумеется, это не правило, и есть пациенты, которые предпочитают так называемую «одинокую смерть», стесняясь того, что их переживания будут на виду у окружающих.

Близость смерти часто ставит вопрос о необходимости оповестить пациента о ее приходе. Однако больные сами получают информацию о своем состоянии, и во многих случаях скрывают ее от окружающих. Так, девочка, болеющая лейкозом, много рисовала и большинство ее рисунков были в мрачных тонах. Однажды она нарисовала яркую картинку с солнцем, голубым небом и цветами. Врач обрадованно сказал матери, что, очевидно, у девочки наступает ремиссия, так как у девочки перемены в психологическом состоянии. На следующий день девочка умерла. Мать призналась, что ее дочь объясняла этот рисунок как: «Солнце светит в Царстве небесном». Эти моменты облегчения перед смертью, последний привет жизни, встречаются довольно часто.

Самое трудное в общении с умирающим пациентом — избежать активной позиции медицинского персонала в процессе умирания. И опять мы возвращаемся к хосписному принципу «не торопить и не ускорять процесс смерти», довериться жизни, довериться времени, довериться интуиции и решению самого пациента.

Следует учесть и другой принцип хосписной службы — «сохранять честность к пациентам». Очень часто это помогает больному достойно встретить смерть, это помогает вовремя проститься с близкими и сделать распоряжения, помогает ему сохраниться в памяти окружающих достойным человеком. При этом надо помнить, что смерть родителей нередко является примером для их детей, которые встретят эту смерть позднее.

Мы уже говорили, что пациент не должен оставаться одиноким. В его психике в период болезни и умирания нередко превалирует детское «Я». Наша задача — увидеть во взрослом ребенка и утешить его так, как это смогла бы сделать мать. Потому рядом с постелью умирающего в хосписе можно услышать колыбельную, и она не покажется кощунством. Нередко больной обращается с просьбой научить его, как умереть. Этот вопрос показывает определенную активную позицию пациента, но также его душевную тревогу и страх. И здесь должна сохраняться правдивость, когда медицинская сестра может ответить на вопрос: «Не знаю, но мы будем вместе и ты не будешь одинок». Как часто в реакциях больного и у медицинских работников возникает «умолчание о смерти». В осно-

ве его лежит страх, и также часто бывает, что больной первым освобождается от страха и освобождает от него и медперсонал. Памятны слова одного пациента, который сказал так: «Всю жизнь я боялся смерти. Теперь, когда она подошла совсем близко и стала неизбежной, я освободился от страха и почувствовал облегчение. Мне незачем думать о смерти, потому что мне уже не избежать ее. Страх порождается надеждой избежать смерть, надежды нет, есть свобода и жизнь».

Меж тем именно существование страха нередко ведет к агрессивным реакциям. А невозможность выплеснуть агрессию на окружающих обращает ее на себя. Отмечается значительное число суицидов и суицидной готовности среди онкологических больных. Отсутствие гарантий эффективного лечения, отсутствие гарантий обезболивания толкает пациента к последнему шагу. В глазах семьи и близких это очень часто выглядит едва ли не героизмом — пациент шагнул навстречу бездне, избавив семью от забот и страданий. Но в основе суицида лежало отчаяние и безверие в помощь. В данном случае, хоспис является альтернативой эвтаназии, так как он исповедует принцип естественного течения событий, когда сроки приходят от самой природы, и в этом заложена человеческая и божественная мудрость. Помощь пациенту, гарантия качества жизни до последнего момента позволяет переломить депрессию, вызывающую отчаяние и суицид. В этом смысле хоспис выступает с принципами нравственности, которые должны воспитывать общество.

В процессе взаимоотношений между родственниками и медицинской сестрой возникают определенные проблемы. Оказание психологической помощи семье умирающего человека является важной частью паллиативного лечения, которая предназначена поддержать семью и после его смерти. Неизлечимая болезнь, смерть близкого человека является для его родных большой психической травмой. Они могут уставать, у них могут развиваться раздражение, депрессия, злость по отношению к умирающему, не скрываемое ожидание его скорой смерти («как мы все устали», «когда все это закончится?»). Необходимо помнить, что в семьях с хроническими больными, социальной нагрузкой и тяжелым материальным положением, больше встречается соматических и психических заболеваний (осложнений), чем в среднем у населения без подобных нагрузок. В таких семьях почти в два раза возрастает заболеваемость и смертность, поэтому семьи, переживающие потерю родного человека, требуют медицинского наблюдения и поддержки.

Показано, что человек, семья, переживающие смерть родного, близкого человека, проходят стадии горя (траура). Медицинская сестра должна учитывать их при построении плана паллиативной помощи (см. таблицу № 25. Стадии траура).

Стадия	Продолжительность	Характеристика
1	2	3
1. Облегчение	Несколько дней	Следует непосредственно за смертью, чувство нереальности и оглушения – «Я никак не могу это представить».
2. Ослабление напряжения	Около трех недель	Разрешение практических проблем (например, исполнения завещания, вопросы страховки, пенсии).
3. Отказ	Три-четыре месяца	Ощущение покинутости, не уверенности, жалости к себе и самокритика («как же жить дальше? Как я со всем этим справлюсь?»).
4. Воспоминания	12-15 месяцев	Попытка снова воспроизвести радостные чувства и события прошлого. Визуальные и слуховые галлюцинации, попытки совершения суицида.
5. Начало новой жизни		Интенсивные занятия домом, участком, хобби, встречи с друзьями «жизнь продолжается», но дни рождения, праздники, день смерти все еще болезненны.

Повышенного внимания требует человек, находящийся в третьей и особенно в четвертой стадии траура.

Сестринский персонал, оказывающий паллиативную помощь умирающим больным, находится в состоянии постоянного эмоционального и физического напряжения. Облегчая тягостные симптомы, уменьшая страдание и боль, находясь рядом с больным до последних минут его жизни и видя смерть, медицинские сестры испытывают следующие проблемы:

1. Профессиональная и человеческая ответственность не только перед больным, но и перед его окружением.

2. Ощущение собственной смерти.

3. Восприятие и переживание собственной беспомощности.

4. Нехватка времени.

В результате этого, медицинские сестры, оказывающие паллиативную помощь, как и весь медицинский персонал, нуждаются в психологической поддержке, которую оказывают психотерапевт и психолог отделения или больницы паллиативной помощи.

Уменьшают психоэмоциональное напряжение:

- хорошо организованная работа подразделения;
- создание атмосферы сотрудничества и взаимопонимания между всеми членами коллектива;
- хорошая организация работы;
- наличие для медицинского персонала кабинетов психологической разгрузки и личной гигиены;
- понимание и поддержка администрации.

Для того, чтобы паллиативная помощь была наиболее эффективной, необходимо соблюдать главное правило — если заболел тот, кто ухаживает за другими, качество ухода снизится. Поэтому все лица, ухаживающие за больными, должны:

- правильно питаться;
- иметь личное время, включая перерывы в работе по уходу;
- проводить какое-то время с другими людьми;
- иметь достаточное время для сна.

Основные симптомы, проблемы и потребности пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи

Часто у больного не один, а несколько симптомов. Важность каждого из них для больного иная, чем для медицинской сестры. Так, небольшая рана может больше волновать пациента, чем тошнота и рвота, мешающие приему пищи. Пациент может недооценивать и тяжесть своего состояния, отказываться от помощи. Медицинская сестра должна учитывать особенности поведения больных, терпеливо и доступно объяснять возможные последствия такого поведения и предложить помощь. Если это не достигается после первой беседы, тогда следует изменить форму объяснения или привлечь к помощи другого специалиста.

Причинами появления симптомов могут быть:

- сама злокачественная опухоль;
- лечение;
- неподвижность и постоянное пребывание в постели;
- сопутствующие заболевания.

Эти причины имеют непосредственное отношение к возникновению боли и развитию других симптомов заболевания (см. таблицу № 26. Наиболее частые симптомы и причины дискомфорта у онкологических больных, нуждающихся в паллиативной помощи).

Таблица № 26

Наиболее частые симптомы и причины дискомфорта у онкологических больных, нуждающихся в паллиативной помощи (ВОЗ 1987)

Симптомы	%
Слабость	91
Боль	77
Анорексия	71
Диспноэ	67
Кашель	51
Запоры	50
Слабость	47

Симптомы	%
Тошнота или рвота	40
Отеки, асцит или плевральный выпот	31
Бессонница	29
Недержание мочи или катетеризация	23
Дисфагия	23
Пролежни	19
Кровотечение	14
Сонливость	10
Параличи	8
Желтуха	6
Колостомия	5
Диарея	4
Фистула	1

Частота общих симптомов и жалоб больных отделения (больницы) паллиативной помощи (Санкт-Петербург, 1998):

1. Слабость	— 91%
2. Кашель	— 80%
3. Отсутствие аппетита	— 76%
4. Кахексия	— 70%
5. Боль	— 70%
6. Одышка	— 51%
7. Запор	— 51%
8. Тошнота и /или рвота	— 44%
9. Недержание мочи или необходимость катетеризации	— 40%
10. Отеки, асцит или плевральный выпот	— 30%
11. Бессонница	— 30%
12. Кожный зуд	— 30%
13. Пролежни, опрелости или раны	— 30%
14. Нарушения глотания	— 25%
15. Стоматит	— 20%
16. Кровотечения	— 15%
17. Сонливость	— 10%
18. Желтуха	— 5%
19. Понос	— 5%
20. Проблемы, связанные с колостомой	— 5%

Подавляющее большинство инкурабельных больных обречены на страдания в течение длительного времени. Боль является одним из часто встречающихся симптомов, который доставляет массу

проблем больному человеку. Смерть как физический распад почти всегда сопряжена с **болью**.

Боль — эмоциональная реакция организма на повреждающее воздействие (ММЭ, 1965, 1, 1027).

Боль — это то, что человек, испытывающий ее, говорит о ней. Она существует тогда, когда об этом говорит сам испытывающий ее человек (МакКеффри).

Боль — это все, что причиняет беспокойство больному. Вспомните, как иногда говорят: «Ее больной ребенок (муж, мать, отец) — это ее боль до конца ее дней».

Более полно определение боли дано Международной ассоциацией по исследованию боли (1979):

«Боль представляет собой неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое, исходя из такого повреждения. Боль всегда субъективна. Каждый человек познает применимость этого слова через переживания, связанные с получением какого-либо повреждения в ранние годы его жизни. Боль, бесспорно, является ощущением, возникающим в какой-либо части или частях тела, но она также представляет собой неприятное и потому эмоциональное переживание».

Необходимо помнить, что:

- Боль — одна из главных причин обращения за медицинской помощью.
- Боль — симптом многих заболеваний и действий внешних повреждающих факторов.
- Боль — биологический механизм защиты.
- Боль — сигнал предупреждения опасности для здоровья и жизни.
- Боль — включает объективный и субъективный компоненты.
- Боль — которую испытывает человек, не имеет объективных методов измерения.

Но человек страдает от боли, он боится боли и жлет помощи.

Выделяют следующие **типы боли**:

1. **Стадийная боль** — короткая по продолжительности, возникает в начальный период при получении травмы.

2. **Острая боль** — возникает в результате повреждения тканей. Она имеет разную продолжительность, но не более шести месяцев. Прекращается после заживления и имеет предсказуемое окончание.

3. **Хроническая боль** — сохраняется более продолжительное время, чем требуется для заживления. (По Melzack & Dennis).

Медицинская сестра, оказывающая помощь человеку, страдающему от боли, должна знать:

- а) факторы, влияющие на возникновение и ощущение боли;
- б) доступные методы оценки боли у человека;
- в) методы, применение которых медицинской сестрой должны способствовать устранению или уменьшению боли и чувства страха.

Причинами боли (или усиливающими ее) у онкологических больных являются:

- шум;
- бессонница;
- депрессия и страх;
- жажда;
- инфекции;
- недостаточное питание;
- охлаждение;
- недостаток знаний;
- небрежное обращение;
- нарушение технологий ухода и выполнения манипуляций;
- отсутствие общения и информации.

Вредные физические, психические, духовные, социально-бытовые факторы, способствующие появлению, поддержанию и усилению боли включают в понятие «суммарная боль». Выявление и устранение этих факторов способствует более эффективному устранению боли.

Необходимо помнить, что медицинский персонал — один из главных факторов провоцирования или снижения риска усиления и стабилизации боли. Например, было установлено, что медицинские сестры часто переоценивают степень облегчения боли после приема пациентом анальгетиков и занижают уровень испытываемой им боли.

Первая, наиболее частая причина болей у больных со злокачественными образованиями связана с ростом и распространением опухоли:

- поражением костей (метастазирование);
- сдавлением нервов;
- прорастанием опухоли в мягкие ткани;
- вовлечением в процесс внутренних органов;
- повышением внутричерепного давления;
- мышечным спазмом (обусловленным болью и поражением костей);
- распространением опухоли в забрюшинное пространство.

Боли, связанные с механическим давлением опухоли или метастатическим поражением костей проявляются перемежающейся или непрерывной болью (см. таблицу № 27. Причины и клинические проявления в зависимости от локализации опухоли).

Классификация катастроф

I. Естественные, природные (стихийные бедствия):

а) метеорологические — бури, ураганы, смерчи, циклоны, засухи, пожары, необычайная жара, морозы;

б) теллурические и тектонические — извержение вулканов, землетрясения;

в) космические — метеориты — единичные и дождевые, космические катастрофы.

II. Искусственные, производственные (технологические):

а) транспортные — авиационные и космические, железнодорожные, автодорожные, на речном и морском флотах;

б) производственные с высвобождением энергии — механической (взрывы, разрушения зданий, мостов и т. д.), термической, химической, радиационной, бактериологического агента;

в) специфические — эпидемии, эндемии;

г) социально-экономические — войны, голод, терроризм, общественные беспорядки, наркомания, токсикомания.

Комитет ВОЗ по проблеме современного общества определяет катастрофу как явление природы или акцию человека, представляющие угрозу для жизни людей в такой степени, что вынуждает их обратиться за помощью извне.

К основным медицинским последствиям катастроф относятся большое количество пострадавших, нуждающихся в срочной медицинской помощи, нарушение психики у людей в зоне поражения и дезорганизация или разрушение системы местного здравоохранения с людскими и материальными потерями в различных звеньях. В результате возникает резкое несоответствие между острой потребностью в медицинской помощи и возможностями медицинской службы по ее оказанию. Как правило, при крупных катастрофах приходится рассчитывать на медицинскую помощь только извне и, нередко, со стороны других государств.

Известно, что крупные землетрясения силой 8 баллов и выше по шкале Рихтера по своему разрушительному действию и величине санитарных потерь соответствуют ядерным взрывам (Э. А. Нечаев и др., 1989). Так, 9-балльное землетрясение в Мексике в 1960 г. было эквивалентно 200 млн. тонн тринитротолуола, что равняется мощности современной атомной бомбы среднего калибра, только без светового излучения и проникающей радиации.

При катастрофах различного происхождения наблюдается достаточно большой набор поражающих факторов, но наиболее частыми являются 3—4 вида поражений. Это видно из приводимой ниже таблицы № 21.

Виды катастроф и характер основных поражений при них
(по А. Н. Борисову с соавт.)

Виды катастроф	Характер поражения
Железнодорожные	Механические повреждения, ожоги
Массовые автомобильные столкновения	Механические повреждения, ожоги, отравления
Авиационные	Механические повреждения, ожоги, отравление цианистым водородом
Взрывы	Механические повреждения, ожоги, острые отравления
Пожары	Ожоги, острые отравления
Землетрясения	Механические повреждения, синдром сдавления, термические ожоги, отравления токсичными газами
Утечка отравляющих веществ	Острые отравления
Разрушения: цунами, тайфуны, ураганы, смерчи, лавины	Механические повреждения, сдавления, асфиксия, переохлаждения
Наводнения, кораблекрушения	Механические повреждения, утопление, холодовая травма, отравления газами и дымом, термические и химические ожоги
Аварии объектов ядерной энергии	Острая лучевая болезнь, ожоги, механические повреждения
Для всех видов катастроф	Психические травмы, инфекционные заболевания, переохлаждения

Таким образом, при катастрофах чаще всего наблюдаются: механические повреждения, ожоги и отравления, которые, как правило, сопровождаются психической травмой. Следом за крупными катастрофами обычно идут инфекционные заболевания, происхождение которых вполне понятно — большое скопление людей и отсутствие возможности соблюдать санитарно-гигиенические правила.

Распространенность психических расстройств при катастрофах среди населения, по данным разных авторов, колеблется в пределах 22–89%. В ходе обследования пострадавших, которым грозила смертельная опасность, установлено, что у 72% из них наблюдался синдром деперсонализации — расстройство сознания личности, отчуждение от самого себя, утрата индивидуальности (Ю. Г. Зубарев, 1990).

Из приведенных данных очевидным становится, что **медицина катастроф** — это крупный раздел медицины, включающий травматологию, общую хирургию, комбустиологию, нейрохиргию, радиологию, эпидемиологию, гигиену и, конечно, терапию, токсикологию, неврологию, психиатрию и другие медицинские ветви

Хирургия катастроф изучает патологию травматических, сочетанных и комбинированных повреждений, организацию и тактику всех видов хирургической помощи при катастрофах с большим количеством пострадавших в чрезвычайно неблагоприятных условиях, часто при отсутствии всех коммуникаций: подъездных путей, дорог, водоснабжения, электроснабжения, теплообеспечения — и при остром недостатке медицинских кадров и медимущества.

Военно-полевая хирургия — это раздел хирургии катастроф, так как война — это катастрофа в буквальном смысле слова, только растянута во времени на недели, месяцы, а иногда и годы. Вернее, это серия катастроф больших и малых. Каждый бой — катастрофа, и количество разрушений и жертв в ней зависит от количества сражающихся солдат и боевой техники.

Прежде чем определить границы экстремальной хирургии, необходимо уточнить понятие «экстремальная ситуация». Многое зависит от того, как и с какой стороны рассматривать экстремальную ситуацию. Если с глобальной точки зрения, то это большая катастрофа со всеми вытекающими последствиями. Если со стороны небольшого медицинского коллектива, то авария на производстве или на транспорте с двумя, тремя десятками травмированных создает все условия экстремальной ситуации. Если же взглянуть глазами пострадавшего, то каждый несчастный случай с ним для него экстремальная ситуация. Б. В. Петровский (1990), исходя из личного опыта, указывает, что в экстремальной ситуации мирного времени может оказаться любая больница.

Таким образом, **экстремальная медицина** — понятие более широкое, нежели медицина катастроф. Она включает в себя и обеспечивает медицинскую помощь пострадавшим при больших, средних и малых катастрофах, авариях и несчастных случаях на производстве, в дороге, в быту. В общем это ургентная медицина в широком понимании.

Экстремальная хирургия — это все виды экстренной хирургической помощи при катастрофах, авариях и несчастных случаях, в первую очередь, конечно, реаниматологическая и травматологическая помощь. Это более обширный раздел медицины, чем хирургия катастроф, осуществляющий неотложную хирургическую помощь при всех травмах опорно-двигательного аппарата, мягких тканей и внутренних органов в условиях катастроф, аварий и несчастных случаев. Это ургентная полостная хирургия, травматология, комбустиология, нейрохирургия, урология и восстановительная пластическая хирургия. Следовательно, экстремальная хирургия — это

экстренная хирургия в самом широком смысле, хирургия всех чрезвычайных ситуаций и мирного времени.

Кстати, по-видимому, большое практическое значение имеет смысл провести градацию и четкое определение понятий «чрезвычайная ситуация» и «экстремальная ситуация». По нашему мнению, исходя из принятых критериев определения медицинских последствий катастроф, «чрезвычайная ситуация» — это событие при числе пострадавших не менее 10—20 человек. «Экстремальная ситуация» — объединяет несчастные случаи с поражением 1—3—5 человек и более вплоть до больших катастроф с огромным числом пострадавших.

Организация и тактика являются основой экстремальной медицины и залогом успешного лечения пострадавших в экстремальных ситуациях.

Крупные катастрофы последних лет в Армении, Арзамасе, Свердловске, Уфе выявили недостаточную подготовку медицинских кадров практического здравоохранения к работе в чрезвычайных условиях, когда организационные принципы и строгая дисциплина каждого звена превалируют над всем остальным. В этом плане военно-медицинская служба оказалась наиболее подготовленной ввиду характера своей профессиональной деятельности (Э. А. Нечаев с соавт., 1993).

Из сказанного выше понятна необходимость разработки прогнозирования и предупреждения катастроф, аварий и ликвидации их последствий. Международный опыт свидетельствует о том, что среди комплекса мероприятий, направленных на уменьшение и устранение последствий экстремальных ситуаций, медицинская помощь является приоритетной. Эти задачи в последние два десятилетия превратились в одну из острейших мировых проблем, так как в среднем в мире еженедельно регистрируется одна катастрофа, в ликвидации последствий которой вынуждены участвовать международные силы помощи. В республиках СНГ ежегодно происходит более 100 крупных аварий и катастроф, особенно транспортных и производственных.

Особое значение в оказании медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях имеет подготовка медицинских сестер. По данным мировой литературы, на медицинских сестер падает 66% всего объема помощи при катастрофах. Особенно важную роль в этой работе играет академическая сестра — медицинская сестра с высшим образованием, которая получает специальную подготовку в организации медицинской помощи и лечебного дела.

При стихийных бедствиях и антропогенных катастрофах отличительным признаком является огромное количество пострадавших за короткий промежуток времени. При землетрясении, взрыве или другом бедствии в течение нескольких минут, секунд получают травмы, увечья сотни, тысячи, а иногда десятки тысяч людей. И всем нужна срочная помощь. Все страдают, просят, требуют, умоляют о помощи.

Другим признаком медицинской патологии катастроф является большое число тяжелых травм, множественных, сочетанных и комбинированных повреждений. Так, при землетрясении в Ашхабаде (1948) погибли 23,5 тыс. и получили травмы 50 тыс. человек. При землетрясении в г. Тянг-Шане (Китай, 1976) погибли 242769 человек, пострадали 773 тысячи. Землетрясение в Армении (1988) унесло 25 тыс. жителей, травмированных было 32,5 тысячи.

Железнодорожная катастрофа под Уфой (1989) в результате взрыва конденсата газа, вытекшего из дефекта трубопровода, привела к гибели 339 пассажиров поезда от тяжелых обширных ожогов, и пострадали еще 1220 человек. Если неожиданная смерть одного человека вызывает ужас у присутствующих и близких людей, то можно себе представить панический страх при массовой гибели во время катастроф.

В условиях всеобщей паники, неразберихи, часто при разрушении дорог, подъездных путей, водоснабжения, электро- и теплообеспечения, удаленности от крупных населенных пунктов, при отсутствии близрасположенных лечебных учреждений и при остром недостатке медицинских кадров и медимущества — наладить правильную работу по оказанию медицинской помощи и спасению жизни пострадавшим чрезвычайно трудно. Именно в таком положении необходимо правильно выбрать место для медицинского пункта и сортировочной площадки, организовать на ней сортировку и оказание первой медицинской помощи, обеспечение водой и питанием, своевременную эвакуацию пострадавших по назначению. При таких экстремальных обстоятельствах возрастает значимость первичной медицинской помощи и соответственно сестринского звена, особенно академических сестер как организаторов сестринского дела, так как без четкой организации, тактики и строгой трудовой дисциплины невозможно наладить помощь пострадавшим в хаосе и беспорядке чрезвычайных ситуаций.

Принципы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях

Основой организации является раннее оказание первой помощи, максимальное приближение к зоне бедствия квалифицированной медицинской помощи, полный охват ею пострадавших и скорейшая их эвакуация. При массовых поражениях организация медицинской помощи решает следующие задачи:

1. Медицинская разведка очага поражения — сбор сведений о численности населения, количестве и размещении сил и средств медицинской службы, наличии и состоянии дорог, подъездных путей, водоисточников, рельефе местности. Расчет вероятных санитарных потерь.

2. Поиск и спасение пострадавших — является неременным условием сохранения жизни пострадавших при катастрофах и экстремальных ситуациях. Проводится в течение всего времени, пока есть надежда на спасение пострадавших из руин и завалов. Осуществляется специальными командами спасателей, пожарных, милиции, воинскими частями и санитарным персоналом.

3. Сортировка пострадавших и первая медицинская помощь — основа и первостепенная задача медицинской службы, от которой в итоге зависят результаты лечения. При сортировке имеет значение, в первую очередь, решение организационных вопросов. На ней подробнее мы остановимся ниже.

4. Эвакуация пострадавших — представляет собой комплекс мероприятий по выносу и вывозу раненых и больных из очагов массовых санитарных потерь, доставке их в медицинские пункты и лечебные учреждения для своевременного оказания необходимой медицинской помощи и лечения. Для этого используются различные санитарно-транспортные средства и все виды общественного транспорта (автомобильный, воздушный, железнодорожный и водный), а также личный транспорт.

5. Медицинская помощь и лечение в экстремальных ситуациях будут изложены в соответствующем разделе.

Анализ всего комплекса спасательных, социальных и медицинских мероприятий позволяет выделить три периода и два этапа развития ситуации при катастрофах (Х. А. Мусалатов, 1994):

I период — «**Острый изоляционный период**» — от момента катастрофы до организации спасательных работ, когда помощь извне невозможна или задерживается. Чаще всего это минуты, часы. Это освобождение из завалов собственными силами, вынос из опасной зоны, восстановление дыхания, временная остановка наружного кровотечения «жгутом закруткой», наложение повязок на раны, иммобилизация переломов подручными средствами. Без сомнения, далеко не все эти мероприятия будут выполнены путем само- и взаимопомощи. Решается лишь проблема выживания.

II период — «**Период спасения**» — развертывание пунктов медицинской помощи в очаге бедствия или вблизи него через какое-то время после катастрофы по прибытии помощи извне. Оказывается первая медицинская, первая врачебная помощь с элементами квалифицированной — конец первых суток.

III период — «**Период восстановления**» — оказание квалифицированной и специализированной помощи в полном объеме. В соответствии с характером патологии (травмы, ожоги, отравления, облучение и т. д.) проводится соответствующее лечение специалистами общего и узкого профиля и реабилитация.

Различают также два этапа или вида лечебных учреждений с различным объемом хирургической и терапевтической помощи при катастрофах:

I этап — «ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ» — это пункты медицинской помощи в очаге бедствия и вблизи его, оснащенные всем необходимым для автономной работы. На этом этапе проводится сортировка, при которой определяется очередность пострадавших, нуждающихся в неотложной помощи в перевязочной, в дальнейшей эвакуации для оказания квалифицированной и специализированной помощи, а также выделяется группа легко пострадавших. Диагностика степени тяжести состояния осуществляется по простейшим клиническим признакам: длительность нарушения сознания, характер пульса, дыхания, реакция зрачков, наличие наружного и внутреннего кровотечения, локализация переломов, обширность ожогов или сдавления тканей, характер и степень отравления или проникающей радиации. Оказывается доврачебная, первая врачебная помощь с элементами квалифицированной и проводится подготовка пострадавших к дальнейшей эвакуации. На этом этапе работают подразделения спасателей, бригады экстренной доврачебной помощи и отряды экстренной медицинской помощи, а также военно-медицинские формирования.

II этап — «ГОСПИТАЛЬНЫЙ» — это многопрофильные автономные госпитали полевого типа вблизи границ катастрофы, предназначенные для оказания квалифицированной помощи по жизненным показаниям, проведения кратковременной интенсивной терапии и подготовки пострадавших к дальнейшей эвакуации. В зависимости от характера поражения госпитали укомплектовываются соответствующими специалистами, бригадами военного или гражданского подчинения.

При сортировке выделяют нуждающихся в реанимационных мероприятиях, лечении шока, острых отравлений, восполнении кровопотери, а также в очередности проведения хирургических операций. Выполняется полный комплекс квалифицированной и основных видов специализированной помощи по жизненным показаниям.

К этому этапу относятся и многопрофильные госпитали на базе крупных больниц, расположенных в близлежащих населенных пунктах. Узкая профилизация их достигается путем придачи специализированных бригад гражданского или военного подчинения. Эти бригады прибывают со своим оснащением. Оказывается специализированная помощь в полном объеме до определения окончательного исхода. Нуждающихся в длительном лечении эвакуируют в крупные восстановительные центры тыла страны.

В госпиталях операционные развертываются из расчета 1 операционный стол на 20 хирургических коек. Для круглосуточной работы формируются 15–20 двухврачебных бригад и 7–10 анестезиологических (врач + сестра). Одна смена работает 12–16 часов. Для работы хирургического стационара необходимо не менее 2–3 сестер на 20 коек. В этих формированиях задействованы специалисты высокой квалификации первой и высшей категории.

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ при катастрофах. Сортировка — это распределение всех пострадавших по группам в зависимости от тяжести состояния, срочности и объема хирургического и терапевтического лечения. Но сортировка далеко не простое дело, поэтому проводить ее должны опытный хирург, а при необходимости терапевт, токсиколог, инфекционист, радиолог. Если исходить из тяжести поражения и срочности оказания оперативного лечения, то выделяют 4 группы пострадавших (П. Г. Брюсов, 1990):

I группа — 20–40% пострадавших, нуждающихся в неотложной хирургической помощи по жизненным показаниям. Это лица с витальными нарушениями, такими, как массивное кровотечение, шок любого происхождения, политравма, дыхательная недостаточность, остановка сердца, мерцание желудочков, повышение внутричерепного давления со сдавлением мозга, ожоги лица и дыхательных путей, ожоги площадью более 20% поверхности тела, тяжелые степени синдрома длительного сдавления, тяжелые отравления и др.

II группа (20%) — пострадавшие средней тяжести, которым помощь может быть отложена на 6–8 часов и тактикой выбора является транспортировка.

III группа (40%) — легко пострадавшие, которые могут обойтись амбулаторной помощью и не нуждаются в эвакуации санитарным транспортом.

IV группа (20%) — это крайне тяжело травмированные с повреждениями, несовместимыми с жизнью. В основном это контингент с черепно-мозговой травмой. Они нуждаются только в облегчении страданий без дальнейшей эвакуации.

Сортировка проводится на всех этапах, но независимо от того, на каком этапе осуществляется сортировка, задачи ее остаются одинаковыми — как можно быстрее доставить потерпевшего туда, где ему будет оказана помощь в полном объеме. Но характер и состав групп пострадавших может видоизменяться в зависимости от места проведения сортировки.

При массовом одномоментном поступлении потерпевших лучшим способом выявления нуждающихся в оказании безотлагательной медицинской помощи является метод выборочной сортировки

по **внешним признакам** (наличие раны, ожога, повязки, жгута, шины и т. д.) и отдельным симптомокомплексам (параличи при наличии ранения черепа и др.).

Только после выборочной сортировки определяется судьба остальных. Важно обозначение результатов сортировки специальными опознавательными марками, которые отбираются у пострадавшего только перед отправкой его на другой этап.

Оптимальный состав сортировочной бригады — 7 человек: 1 врач, 2 медсестры, 2 регистратора и 2 санитаря. Такая бригада за 1 час способна отсортировать 15–20 пострадавших. За 3–4 минуты необходимо поставить правильный диагноз и решить вопрос о дальнейшей судьбе пострадавшего. Поэтому режим работы чрезвычайно напряженный. Для наглядности техника сортировки представлена на схеме № 3.

Таким образом, сортировка — это элемент первостепенной важности, обеспечивающий бесперебойную лечебную работу на всех этапах. В процессе сортировки на медицинскую сестру падает большая доля лечебной и организационной работы и серьезная ответственность. Это — все инъекции и внутривенные вливания медикаментозных средств; исправление или наложение повязок и транспортной иммобилизации; ведение документации и учета; своевременное обеспечение медикаментами, перевязочным материалом и средствами транспортной иммобилизации; организация передвижения пострадавших внутри этапа и дальнейшей их эвакуации и многое другое. Мы уже не говорим о важности медицинской сестры в проведении реанимационного комплекса. И вообще, работа хирурга, терапевта и любого другого специалиста неосуществима без медицинских сестер, в профессиональном плане они связаны воедино.

Схема 3

Техника сортировки пострадавших на этапах медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях

1. Выборочная сортировка для выявления нуждающихся в реанимационном комплексе или немедленной эвакуации на др. этап.
2. Опрос и осмотр следующего пострадавшего с медсестрой и регистратором.
3. Оценка состояния потерпевшего.
4. Постановка диагноза поражения.
5. Решение о необходимости первой врачебной помощи — где и в какую очередь.
6. Решение о дальнейшей эвакуации — куда и в какую очередь, в каком положении, каким транспортом.
7. Лечебные назначения — повязки, шины, инъекции и др.
8. Заполнение первичной медицинской карточки.
9. Сортировка следующего пострадавшего с другой медсестрой и регистратором с повторением пунктов 2–8.

Угрожающие жизни состояния и первая помощь при них

К неотложным, угрожающим жизни состояниям, при которых необходима немедленная помощь медицинского работника или хотя бы постороннего лица, относится целый ряд патологии травматического, психогенного или эндогенного происхождения. Это — потеря сознания, отравление, утопление, электротравма, кардиогенный шок, гипертонический криз, острая дыхательная недостаточность, травматический шок и др. (В. И. Сачков и др. в кн.: «Медицинская помощь при катастрофах» под редакцией Х. А. Музалатова, 1994).

Потеря сознания

Медицинская сестра должна знать, что кратковременная потеря сознания в вертикальном положении и быстрое восстановление его при горизонтальном положении свидетельствуют об обмороке. Если он сопровождается непроизвольным мочеиспусканием или дефекацией и судорожными подергиваниями, то следует заподозрить эпилепсию.

От простого обморока необходимо отличать потерю сознания вследствие кровопотери. Бледность кожных покровов, частый и слабый пульс, потливость, слабость свидетельствуют о кровопотере и являются сигналом к принятию экстренных мер, особенно если в анамнезе была язвенная болезнь желудка или кишечника, заболевания крови и др.

Потеря сознания иногда сопровождается безболевым приступом инфаркта миокарда или эмболию легочной артерии. Однако в этих случаях отмечается тахикардия, одышка, цианоз, падение артериального давления, аритмия, хрипы в легких, беспокойство больного и т. д.

Внезапной и продолжительной потерей сознания сопровождаются эпилепсия, истерия, нарушение мозгового кровообращения, гипогликемическая кома. Во всех случаях потери сознания особенно важен опрос очевидцев и изучение документов пострадавшего, если они при нем есть.

Следует отметить, что потеря сознания часто сопутствует черепно-мозговой травме, поэтому тщательный осмотр пострадавшего является неотъемлемой частью обследования. Какова бы ни была причина потери сознания, при оказании первой медицинской помощи необходимо действовать по определенной схеме:

1. Прекратить действие повреждающего агента (пламя, электрический ток, газ, горячая вода, механическое воздействие и т. д.);
2. Придать пострадавшему горизонтальное положение;
3. Убедиться в наличии пульса и дыхания. При отсутствии таковых следует немедленно начать реанимацию — искусственное дыхание и закрытый массаж сердца;

4. При наличии травмы — остановить кровотечение и обеспечить иммобилизацию поврежденной области;

5. При наличии подозрения на внутреннее кровотечение — придать пострадавшему положение с опущенным головным концом и немедленно транспортировать в ближайшее лечебное учреждение;

6. При наличии судорог — необходимо вложить между зубами прокладку;

7. Защитить пострадавшего от переохлаждения или перегревания;

8. При отсутствии эффекта от принятых мер — провести быстрый, но тщательный осмотр пострадавшего и постараться выяснить причину потери сознания;

9. Перед транспортировкой в лечебное учреждение — обеспечить проходимость дыхательных путей и транспортную иммобилизацию.

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ

Отравления, как правило, сопровождают катастрофы в результате разрушения коммуникаций, обеспечивающих жизнедеятельность населенных пунктов: водоснабжения, тепло- и электрообеспечения, газо- и нефтепроводов, всевозможных хранилищ. Если присоединить сюда постоянные пожары и другие вредные последствия, то становится очевидным закономерное нарушение санитарно-эпидемиологического режима питания, загрязнение вредными токсическими продуктами воздуха и источников водоснабжения. Все это ведет к острым отравлениям, которые при некоторых видах катастроф могут быть основным поражающим фактором. Но при каждодневных несчастных случаях отравления далеко не единичны.

Нередко при попадании отравляющих веществ внутрь среди срочных мер первой помощи на первый план выступает необходимость быстрого выделения ядов из пищеварительного тракта и инактивация их.

Беззондовое промывание желудка — простой и эффективный метод выведения ядов, который выполняет медсестра. Он заключается в обильном питье теплой воды, лучше содового раствора (1 столовая ложка пищевой соды на стакан воды), столько, сколько может выпить больной. Если после этого не возникает самопроизвольная рвота, то нужно ее вызвать рефлекторным путем — с помощью двух введенных в ротовую полость пальцев и легкого массажа задней стенки глотки. Процедуру можно повторить несколько раз. Чем раньше она будет выполнена, тем больше удастся удалить токсического вещества. Это промывание показано при отравлении алкоголем, снотворными и другими соединениями.

Одновременный прием слабительных средств (1–2 столовые ложки сульфата натрия на стакан воды) выводит токсины из кишечника. Слабительное применяют при отравлениях этанолом,

пестицидами, некоторыми пищевыми продуктами. Для стимуляции выведения токсических веществ с мочой используют питье щелочных минеральных вод, наложение грелок на область почек.

Прием карболена обеспечивает связывание многих ядов (этиловый спирт, пестициды, пищевые токсины и др.). С этой целью рекомендуется несколько раз принимать по 5–10 таблеток, лучше кашицу, содержащую 1–2 ложки взвеси активированного угля в воде.

При отравлении этанолом показаны: усиленный приток свежего воздуха, лед на голову, грелка к ногам, вдыхание нашатырного спирта, который стимулирует дыхание и сердечную деятельность, промывание желудка, прием карболена, слабительных и сердечно-сосудистых средств (23–35 капель кордиамина).

Отравление метанолом часто сопровождается тяжелым общим состоянием. 10 г метанола способны вызвать полную потерю зрения, прием больших доз часто вызывает смертельный исход. Признаки отравления — головные боли, боли в желудке, одышка, нитевидный пульс — проявляются не сразу. Лечение легких форм отравления метанолом мало отличается от лечения отравления этанолом. Тяжелые формы требуют госпитализации и активной дезинтоксикации вплоть до аппарата искусственной почки.

Отравление кислотами вызывает ожоги верхних дыхательных путей, пищевода, желудка, которые сопровождаются резкой болью при глотании, болями в животе, рвотой с кровью и слизью, поносом с кровью. При отравлении эссенциями может развиваться шоковое состояние. Первая помощь состоит в нейтрализации выпитой кислоты раствором жженой магнезии (20 г на стакан воды), молоком. Дают кусочки льда. Слизистую ротовой полости и глотки смазывают 1% раствором ментолового масла. По показаниям вводят сердечно-сосудистые средства, проводят искусственную вентиляцию легких. Показана срочная госпитализация. Противопоказаны — раствор питьевой соды, беззондовое промывание желудка, слабительные средства!

Отравление щелочами по своей клинической картине похоже на отравление кислотами. При оказании первой помощи дают внутрь чайными ложками 1–2% водный раствор лимонной кислоты, разбавленный уксус (1 столовая ложка на стакан воды), молоко, слизистые отвары. Ротовую полость и глотку смазывают растительным маслом. По показаниям применяют сердечно-сосудистые средства и обезболивающие. Необходима срочная госпитализация. Противопоказаны — беззондовое промывание желудка, слабительные!

При попадании кислот или щелочей на кожу необходимо несколько раз промыть ее водой.

Отравление угарным газом (оксид углерода) занимает особое место, так как часто встречается при пожарах, сопровождающих катастро-

фы. Угарный газ образуется при неполном сгорании в результате недостатка кислорода. При вдыхании его в крови образуется стойкое соединение оксида углерода с гемоглобином — карбоксигемоглобин, который не переносит кислород, что ведет к гибели тканей.

При легком отравлении наблюдается головная боль, головокружение, нарушение координации, тошнота, рвота и сухой кашель. В более тяжелых случаях присоединяются одышка, сердцебиение, покраснение лица, двигательное возбуждение, заторможенность. Затем теряется сознание, развивается острая сердечно-сосудистая недостаточность, зрачки расширяются, дыхание становится нерегулярным, могут возникать клонико-тонические судороги.

Первая помощь — пострадавшего необходимо немедленно вынести на свежий воздух, освободить грудь от стесняющей одежды, дать вдохнуть пары нашатырного спирта. При сердечной недостаточности целесообразно ввести кордиомин, строфантин (0,05% раствор 1–2 мл), дать крепкий чай, кофе. При тяжелой степени отравления показана ИВЛ с кислородом, введение гидрокарбоната натрия. Особенно эффективна гипербарическая оксигенация.

УТОПЛЕНИЕ

Утопление является основным видом поражения при штормах, наводнениях, катастрофах на речном и морском транспорте, нередко встречается и в повседневной жизни в летний сезон.

Различают аспирационное — «истинное» утопление, при котором вода попадает в легкие и дыхательные пути, что ведет к расстройству дыхания и респираторной гипоксии, которые усугубляются спазмом сосудов малого круга кровообращения. Кожные покровы и слизистые имеют синюшную окраску. Реанимация включает удаление воды из легких! Для этого пострадавшего поворачивают лицом вниз, придавая положение с опущенной головой. Сестра руками делает сжимающий массаж грудной и брюшной полостей.

При асфиксическом утоплении небольшое количество воды попадает в верхние дыхательные пути, вызывая ларингоспазм и рефлекторную остановку дыхания. Задержка дыхания сменяется сериями ложных вдохов, которые неэффективны. Синюшность выражена слабо. Реанимация включает удаление воды из легких!

При синкопальном утоплении развивается рефлекторная остановка сердца вследствие контакта кожи и верхних дыхательных путей с холодной водой и психоэмоционального шока. Клиническая смерть наступает сразу — отсутствие пульса на сонных артериях, широкие зрачки, бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Вода в легкие не попадает! Реанимацию необходимо срочно начинать с ИВЛ и непрямого массажа сердца еще в воде на мелководье!

Спасенные в начальном периоде утопления находятся в сознании и не нуждаются в реанимации. Их нужно переодеть в сухое белье и укутать в теплое одеяло, дать горячий сладкий чай, сердечные средства. Слабость, головная боль, кашель сохраняются несколько дней. Может быть рвота.

Спасенные в агональном периоде утопления нуждаются в срочной реанимации. Они без сознания, изо рта и носа выделяется розовая жидкость. Дыхание прерывистое, судорожное, если его не поддерживать, вскоре прекращается. Пульс слабый, редкий, аритмичный. При истинном утоплении агональный период быстро переходит в клиническую смерть.

Первым элементом реанимации, который проводит медсестра или любой другой реаниматор, является восстановление проходимости дыхательных путей. Полость рта нужно освободить от песка, пены, слизи. Для этого необходимо преодолеть тризм жевательных мышц. При наличии синюшных кожных покровов и слизистых (в легких вода!) следует очень быстро, в течение 30–40 секунд, удалить воду из дыхательных путей. Для этого кладут спасенного животом на бедро согнутой ноги реаниматора так, чтобы его голова находилась ниже грудной клетки, и несколько раз сильно надавливают между лопатками, стараясь сдвинуть грудь.

Для удаления воды из желудка пострадавшего кладут вниз лицом и, обхватив его живот снизу обеими руками, поднимают вверх, как бы «складывая» его и выдавливая воду. Делать это надо очень быстро. Если попытка удалить воду в течение минуты не удалась, то следует немедленно переходить к искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и непрямому массажу сердца.

При подозрении на перелом шейного отдела позвоночника («перелом ныряльщика») нужно спасенному, вынесенному на берег, придать горизонтальное положение и помнить — **нельзя изменять положение шеи пострадавшего!**

Если спасенный без признаков жизни, то ИВЛ надо начинать еще в воде методом изо рта в нос, на мелководье — методом изо рта в рот и продолжать ее на берегу, желательнее с чистым кислородом. Массаж сердца можно начинать, только когда пострадавшего вынесут на берег. Как только потерпевший придет в сознание, нужно ввести сердечно-сосудистые средства, согреть его и срочно госпитализировать.

Необходимо еще напомнить о «синдроме вторичного утопления», когда на фоне относительного благополучия после успешной реанимации и восстановления сознания вновь появляется надрывный кашель с обильной мокротой и прожилками крови, одышка, тахикардия, синюшность кожных покровов. В этих случаях может потребоваться повторная реанимация.

ЭЛЕКТРОТРАВМА

Электротравма — частое явление при аварийных состояниях электросети и нарушениях линий электропередач в очагах катастроф и стихийных бедствий. Тяжесть и исход ее зависят от силы и характера тока, длительности воздействия, путей распространения в организме и места контакта, состояния организма в момент травмы, влажности и т. д. Переменный ток напряжением 127–380 В более опасен, чем постоянный.

Наиболее опасны пути распространения тока при контактах: рука–рука, рука–голова, рука–нога.

Бытовой ток при достаточном воздействии вызывает фибрилляцию желудков, высоковольтный — остановку сердца в систоле на протяжении всего времени контакта и спазм дыхательной мускулатуры. Прохождение электрического тока через мозг может вызвать паралич дыхательного и сосудо-двигательного центров. При длительном воздействии возможны разрывы легочных сосудов, полых органов пищеварительного тракта, очаговые повреждения печени, почек, поджелудочной железы. В местах контактов возникают ожоги — «электрические метки».

Первая помощь состоит в прекращении воздействия тока на пострадавшего. (Осторожно! Отключить источник энергии). При этом быть готовым к падению пострадавшего в момент отключения. После электротравмы сознание потерпевшего нарушено или отсутствует, что обычно связано с нарушением дыхания из-за спазма дыхательной мускулатуры, который быстро проходит. Если этого не происходит (поражение дыхательного центра), следует срочно начать ИВЛ. Иногда в случаях «электрического шока» остановка дыхания может продолжаться в течение 2–3 часов после травмы, и все это время вентиляция легких должна проводиться.

При прохождении тока через грудную клетку нарушается сердечная деятельность, возникает экстрасистолия, фибрилляция желудочков вплоть до остановки сердца. Отсутствие пульса на сонных артериях является сигналом к немедленному проведению непрямого массажа сердца. При этом следует отметить, что особенностью асистолии при электротравме является длительное сохранение функциональной готовности сердца и его энергетических ресурсов. Поэтому эффективность массажа сердца часто высокая, если он начат своевременно. Одновременно с массажем следует ввести адреналин, лидокаин и др. прессорные средства. Естественно, лучшим способом является дефибрилляция желудочков.

В легких случаях электротравмы показаны опрыскивание холодной водой, вдыхание нашатырного спирта, валокордин, корвалол, кордиамин, строфантин и др. Обязательна госпитализация на 5–7 дней.

Поражение молнией аналогично действию тока высокого напряжения. Техника реанимационного комплекса будет описана ниже.

КАРДИОГЕННЫЙ ШОК

Кардиогенный шок чаще всего осложняет инфаркт миокарда. Он развивается вследствие снижения минутного объема сердца в результате нарушения сократительной способности левого желудочка. Это — инфаркт миокарда, миокардиты, кардиомиопатии, аритмии, токсические поражения и др. Обычно кардиогенным называется и шок, обусловленный тромбозом легочной артерии. Шок — это клинический синдром, который проявляется болями в сердце, иррадиирующими в шею, лопатку, плечо; артериальной гипотонией (систолическое АД 80 мм рт. ст. и ниже); олигурией до 20 мл/час и менее; заторможенностью и нарушением сознания; нарушением периферического кровообращения — бледность, иногда мраморность кожных покровов, акроцианоз, снижение кожной температуры.

В основе первой помощи при кардиогенном шоке лежит вызов кардиологической бригады. Лечение определяется особенностями его патогенеза в каждом конкретном случае. Так, при инфаркте миокарда различают рефлекторный, «истинный» кардиогенный и аритмический шок. Для успешного лечения любой формы шока при инфаркте миокарда необходимо адекватное обезболивание. Наркотические анальгетики целесообразно сочетать с симпатомиметиками — мезатон 0,3–0,5 мл 1% раствора.

При рефлекторной форме шока приподнимают ноги на 15–20°, чтобы увеличить приток крови к сердцу. При брадикардии вводят 0,5–1,0 мл 1% раствора атропина внутривенно. Переливают плазмозаменители до 2–5 л/сутки начиная с 200 мл реополиглюкина, который благоприятно действует на реологические свойства крови и улучшает микроциркуляцию. Лечение должно проводиться под контролем заполнения левого желудочка и артериального давления.

При «истинном» кардиогенном шоке применяют лекарственные препараты, обладающие положительным инотропным действием — катехоламины. Норадреналин в малых дозах оказывает инотропное действие на миокард. Вводят внутривенно капельно 1–2 мл 0,2% раствора норадреналина в изотоническом растворе хлорида натрия или глюкозы. В высоких дозах он оказывает сосудосуживающее действие. Другим эффективным препаратом является допамин — вводят внутривенно капельно со скоростью 0,1–1,5 мг в минуту.

При безуспешности медикаментозной терапии прибегают к вспомогательному кровообращению — в аорту вводят катетер с баллоном на конце, который при систоле спадает, при диастоле расправляется. Это обеспечивает более интенсивное наполнение сердца и коронарных сосудов.

При стабилизации артериального давления дают препараты, расширяющие коронарные сосуды и улучшающие микроциркуля-

цию — нитроглицерин, нитросорбид натрия и др. Показаны гепарин (1500–2000 ЕД), гидрокарбонат.

При остановке сердца проводят непрямой массаж, ИВЛ, вводят норадреналин, лидокаин, гидрокарбонат. При безуспешности производят дефибрилляцию. Крайней мерой является хирургическое вмешательство — аортокоронарное шунтирование.

Доставка больного в кардиологический центр — залог успеха интенсивной терапии и реанимации.

ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Острая дыхательная недостаточность — состояние, при котором нарушается оксигенация венозной крови в легких. Оксигенация крови — трехфазный процесс: альвеолярная вентиляция (свободное прохождение воздуха в альвеолы и обратно), диффузия газов (переход кислорода и углекислого газа через альвеолярно-капиллярную мембрану) и перфузия (транспорт крови в микрососудах легких).

Острая дыхательная недостаточность может быть центрального происхождения вследствие угнетения дыхательного центра при тяжелом ушибе или сдавлении головного мозга, отравлении, интоксикации и др. и периферического происхождения при нарушениях внешнего дыхания. К ним относятся: непроходимость дыхательных путей (инородные тела, слизь, кровь, бронхоспазм, утопление); повреждения грудной клетки (множественные переломы ребер и грудины, пневмоторакс, повреждение легких, тугое бинтование); поражение мышц и периферических нервов (столбняк, миастения, отравления фосфорорганическими соединениями и др.).

В клиническом течении дыхательной недостаточности выделяют две стадии: компенсированная — кожные покровы бледные, одышка до 30–35 дыханий в минуту, тахикардия до 100 уд/мин и декомпенсированная — общее состояние тяжелое, резкая бледность с акроцианозом, одышка до 40 и более дыханий в мин, вспомогательные мышцы форсированно участвуют в акте дыхания, в легких застойные влажные хрипы, тахикардия до 120 и более уд/мин, артериальное давление снижается до 80–90 мм рт. ст.

Какие бы причины ни вызвали острую дыхательную недостаточность, в итоге наступает респираторная гипоксия. Наиболее тяжелой формой дыхательной недостаточности является «шоковое легкое», которое развивается при тяжелых травмах, ожогах, перитоните, отравлении, утоплении и часто приводит к терминальному состоянию.

Интенсивная терапия должна быть начата как можно раньше с восстановления проходимости дыхательных путей (удаление инородных тел, отсасывание слизи, крови), введения воздуховода в

полость рта, ингаляции кислорода, вспомогательной вентиляции легких, введения обезболивающих, дыхательных и сердечных средств. Хороший эффект дают антигипоксанты — оксипутират натрия (лития). Обязательна гипербарическая оксигенация. При клинической смерти проводится стандартная легочно-сердечная реанимация (ИВЛ, закрытый массаж сердца, внутривенные инфузии и др.).

ПОЛИТРАВМА

Типичной особенностью повреждений при катастрофах является наличие политравм — множественных и сочетанных травм. Напомним, что под **политравмой** понимается наличие двух и более зон повреждения в одной или нескольких анатомических областях, когда одно из повреждений или сочетание их представляет опасность для жизни пострадавшего и требует проведения немедленной квалифицированной или специализированной помощи.

Сочетанная травма — это сочетание повреждений опорно-двигательного аппарата и внутренних органов в нескольких областях тела одним повреждающим агентом. Например, закрытый перелом бедра и разрыв селезенки при падении или огнестрельное ранение груди, живота, бедра.

Под **комбинированной травмой** подразумевается повреждение, возникающее в результате одновременного или последовательного воздействия на организм нескольких повреждающих факторов: механического, термического, химического, радиационного. Например, открытый перелом плеча + ожог лица и грудной клетки + проникающая радиация. Клиническое течение такой травмы гораздо более тяжелое из-за синдрома взаимного отягощения.

Изолированная травма — это повреждение одного сегмента, одного органа или одной анатомической области тела человека.

Различают еще **множественную травму**, под которой понимают множественные ушибы мягких тканей, вывихи, переломы костей или повреждение нескольких внутренних органов в одной полости. Например, ушиб таза, перелом бедра и голени или разрыв печени и селезенки при тупой травме живота.

Градации этих повреждений дана А. Ф. Красновым во втором томе руководства «Семейная медицина» (1995).

Термин «Политравма» появился в научной литературе последние 10–15 лет и быстро укоренился в практической хирургии, хотя он по своему содержанию отражает только количественную характеристику повреждений и никак не определяет качественную. Тем не менее для практических врачей краткое определение «Политравма» является сигналом тревоги, определяющим и сложность травмы, и тяжесть состояния больного, и наличие кровопотери, шока

и других опасных нарушений. Одновременно это призыв к готовности оказать немедленную помощь пострадавшему на всех этапах. Это как «острый живот» в брюшной хирургии. Поэтому термин «Политравма» не противоречит принципам ургентной травматологии и медицины катастроф (А. Ф. Краснов с соавт., 1993).

По нашему видению, политравма объединяет множественные, сочетанные и комбинированные травмы. Классификация ее представлена на схеме № 4.

Схема № 4

Политравма

<i>Множественные травмы</i>	<i>Сочетанные травмы</i>	<i>Комбинированные травмы</i>
ушибы, растяжения связок, раны мягких тканей, вывихи и переломы в одной или нескольких анатомических областях или повреждения нескольких внутренних органов в одной полости	сочетание повреждений опорно-двигательного аппарата и внутренних органов одним повреждающим агентом в нескольких анатомических областях тела	комбинация поражающих факторов, воздействующих на организм: механического, термического, химического, радиационного (переломы, ожог, отравления, радиация)

Предлагаемая классификация проста для восприятия и охватывает все варианты политравм.

Общеизвестно, что при катастрофах резко возрастает число политравм. Так, при землетрясении в Армении только сочетанные травмы наблюдались в среднем в 50%, а комбинированные в 2–5% случаев. Если прибавить сюда еще множественные травмы, то можно представить себе количество политравм.

В обыденной жизни частота политравм, по данным разных авторов, составляет 5–8% от всех повреждений опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Однако этот процент явно занижен, т. к. не все виды политравм учитываются по годовым отчетам. На первом месте стоят автодорожные происшествия – 50–75%, на втором падения с высоты – 23–40% и производственные – 9–14%. Из внутренних органов при политравме чаще всего повреждаются легкие, печень и кишечник, из отделов скелета – голова, таз, бедро и голень (А. Е. Дубицкий и др., 1993).

Летальность при политравмах остается высокой. Так, по данным Г. Д. Никитина, Э. Г. Грязнухина (1983), она при множественных переломах составляет от 2,3 до 18%, а при сочетанных повреждениях – 38–71%. Это в повседневных условиях хирургической практики.

Политравма — это не простая сумма переломов и повреждений внутренних органов, это **травматическая болезнь** организма со сложным и многогранным патогенезом, в остром периоде которой на первый план выходят не признаки переломов, а нарушения витальных функций, угрожающих жизни больного (А. Ф. Краснов с соавт., 1993).

Клиническое течение травматической болезни условно можно разделить на три периода: острый период, период местных проявлений и период последствий политравмы. Острый период — это первые 2–3 недели после травмы. Клиническая картина его складывается из симптомокомплексов, определяющих шок, кровопотерю, острую дыхательную недостаточность, и признаков повреждения внутренних органов и локомоторного аппарата.

Травматический шок — это ответная реакция организма на тяжелую механическую, термическую, химическую травму с резким снижением всех функций организма и типичной клинической картиной гипотонии при механической травме. В патофизиологической основе шока — боль, кровопотеря, гипоксия.

С пятидесятых годов до последних лет в отечественной литературе ведущей теорией патогенеза травматического шока считалась нервнорефлекторная. В настоящее время травматический шок считается неразрывной частью сложного процесса — травматической или раневой болезни. Шок и постшоковый период — основные этапы острого периода этой болезни. С других позиций рассматривается и патогенез.

Травматический шок сейчас представляется состоянием полипатогенетического происхождения. Об этом писал еще М. Г. Шрайбер (А. Н. Беркутов, ред., 1973). Основными факторами патогенеза являются кровоплазмопотеря, токсемия, болевой синдром, которые сопровождают любую травму. Но эти факторы далеко не единственные. В последние годы патогенез травматического шока тесно связывают с диссеминированным внутрисосудистым микросвертыванием (ДВС-синдром), которое ведет к нарушению микроциркуляции — кровотока в мелких сосудах и капиллярах. Следствием являются дистрофические нарушения в паренхиматозных органах и тканях (З. С. Баркаган, 1986).

Таким образом, шок травматический — понятие собирательное в смысле происхождения. Наиболее частыми причинами его являются: повреждения таза, грудной клетки, внутренних органов и нижних конечностей. Множественные и сочетанные повреждения осложняются шоком в 11–86% случаев, что в среднем составляет 30–35% всех несчастных случаев мирного времени. Классификация травматического шока представлена на схеме № 5.

Классификация травматического шока

I. Эректильная фаза	1. Легкая степень	Терминальные состояния: 1. Преагональное
II. Торпидная фаза	2. Средняя степень	2. Агональное
	3. Тяжелая степень	3. Клиническая смерть

Эректильная фаза проявляется выраженной эйфорией, двигательным и речевым возбуждением, нарушением критического отношения к собственному состоянию. У больного беспокойный, бегающий взгляд, повышенное потоотделение, общая гиперестезия и гиперрефлексия. Артериальное давление нормальное или несколько повышенное. Пульс нормальный, но может быть несколько учащен или замедлен. Длительность этой фазы небольшая — секунды, минуты, редко больше часа.

Торпидная фаза характеризуется угнетением жизненно важных функций организма. Классическое описание ее принадлежит Н. И. Пирогову: «С оторванной рукой или ногой лежит такой окоченелый на перевязочном пункте неподвижно. Он не кричит, не вопит, не жалуется и ничего не требует. Тело его холодно, лицо бледно, как у трупа. Взгляд неподвижен и обращен вдаль. Пульс как нитка и с частыми пережками. Дыхание едва приметно. На вопросы окоченелый или вовсе не отвечает, или про себя, чуть слышным шепотом. Рана и кожа почти не чувствительны, но если нерв, висящий из раны, будет чем-либо раздражен, то больной легким сокращением личных мускулов обнаруживает признаки чувства. Иногда это состояние проходит через несколько часов от возбуждающих средств, иногда же оно продолжается без перемен до самой смерти».

В настоящее время клиницистов интересуют объективные показатели степеней торпидной фазы, которые представлены нами в таблице (См. таблицу № 22. Объективные показатели степеней торпидной фазы шока).

Таблица № 22

Объективные показатели степеней торпидной фазы шока

Степени торпидной фазы	Показатели					
	Общее состояние	Артериал. давление систол.	Пульс	О.Ц.К.	Гематокрит	Кровопотеря в мл
I. Легкая	Удовлет., сред. тяж.	100—95	90—100	снижается на 10—20%	40—35%	500—1000
II. Средняя	Тяжелое	90—75	120	на 25—30%	30—25%	1100—1500
III. Тяжелая	Очень тяж.	60 и ниже	140—160	на 35% и больше	20%	1600—2000

При объективной характеристике степеней торпидной фазы шока необходимо помнить о критических цифрах артериального давления и гематокрита, — обеспечивающих необходимый минимум жизненных функций организма. Это артериальное давление — 60 мм ртутного столба и гематокрит — 25%. Ниже этих цифр перестают функционировать все паренхиматозные органы, развивается общая гипоксемия с последующей дистрофией тканей и развитием печеночно-почечной недостаточности, когда больного спасти уже не удастся.

При отсутствии соответствующего лечения торпидная фаза шока переходит в терминальные состояния — преагональное, агональное и клиническую смерть. Момент перехода соответствует потере сознания, невозможности определить артериальное давление и пульс на периферических сосудах, но тоны сердца еще выслушиваются, и пульс на центральных артериях еще прощупывается.

Клиническая смерть начинается с момента остановки сердца, дыхания и длится 5–7 минут. После истечения этого срока гибнет кора головного мозга, но возобновление сердечной и дыхательной деятельности возможно какое-то время. Если это происходит в результате реанимации, то восстанавливаются основные физиологические функции и безусловные рефлексы. Тело человека превращается в живой анатомический субстрат, а сам человек как «человек» перестает существовать. Поэтому реанимацию лучше начинать до клинической смерти.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ШОКЕ в очаге катастрофы или на месте происшествия предусматривает:

1. Остановку кровотечения путем наложения жгута-закрутки или табельного жгута при артериальном кровотечении и давящей повязки при венозном кровотечении;

2. Обезболивание введением любых имеющихся средств, предпочтительно — кетамина из расчета 1–3 мг на кг веса тела внутримышечно или внутривенно медленно, оксибутирата натрия — 50 мг на кг веса тела внутривенно очень медленно;

3. Наложение защитной стерильной повязки на раны;

4. Осуществление транспортной иммобилизации подручными средствами или табельными шинами. Все эти мероприятия проводятся медицинской сестрой.

ПЕРВАЯ И ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ по поддержанию жизни.

При ухудшении состояния и появлении первых признаков клинической смерти необходимо немедленно, не дожидаясь приезда специализированной бригады, начать срочные мероприятия по поддержанию жизни:

1. Запрокинуть голову кзади;

2. Выдвинуть вперед нижнюю челюсть;

3. Начать искусственную вентиляцию легких методом «рот в рот»;

4. Начать непрямой массаж сердца.

Показанием к проведению доврачебной медицинской помощи медсестрой или фельдшером по поддержанию жизни является состояние, близкое к клинической смерти. Оно характеризуется отсутствием сознания, затрудненным и нерегулярным дыханием и слабо реагирующими на свет зрачками.

Для состояния клинической смерти типичны отсутствие сознания, дыхания, сердечных тонов и пульса на крупных артериях, широкие, не реагирующие на свет, зрачки, арефлексия.

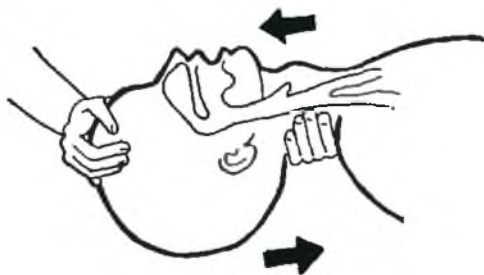


Рис. 1. Отгибание головы пострадавшего кзади.

Восстановление проходимости дыхательных путей без специального инструментария и оборудования проводится в следующем порядке:

1. Уложите пострадавшего на спину;

2. Запрокиньте голову больного назад. Для этого одну свою руку подложите под его шею, а другую на лоб, стараясь осторожно выпрямить и переразогнуть шею. Это ведет к раскрытию рта и предотвращает западание языка, которое является самой частой причиной удушья у больных в бессознательном состоянии (рис. 1).

3. Безуспешность искусственной вентиляции легких (ИВЛ) методом изо рта в рот свидетельствует о непроходимости дыхательных путей. Для устранения ларингоспазма необходимо выдвинуть нижнюю челюсть пострадавшего кпереди, так как растяжение мышц шеи способствует натяжению мышц гортани. Это приводит к устранению ларингоспазма. Для этого встаньте у головы больного. II, III и IV пальцами обеих рук захватите ветвь нижней челюсти около ушной раковины и выдвиньте ее вперед так, чтобы нижние зубы оказались впереди верхних (рис. 2).

При подозрении на травму шейного отдела позвоночника максимальное запрокидывание головы абсолютно противопоказано! Допустимы лишь умеренное отведение головы кзади и выдвижение нижней челюсти с открыванием рта. При этом лучше поднимать нижнюю челюсть большим пальцем.



Рис. 2. Тройной прием. Выдвижение нижней челюсти вперед с одновременным отгибанием головы кзади и открыванием рта

При наличии инородного тела в верхних дыхательных путях следует применять приемы «сжатия живота» и «удара по спине». У больных, не утративших сознания, они выполняются в вертикальном положении. Находясь сзади плотно охватите пострадавшего руками вокруг живота. Сжатой в кулак кистью с силой надавите на живот в области эпигастрия в сторону грудины. Такое сжатие повышает давление в легких и выталкивает инородное тело.

Если потерпевший без сознания, то эти приемы выполняются в горизонтальном положении на спине и на боку. В положении больного на боку нанесите 3–5–7 сильных ударов кистью руки в межлопаточной области.

Восстановление проходимости дыхательных путей – I этап реанимации.

II этап реанимации – искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Проводить ее необходимо при остановке или резком угнетении дыхания даже при наличии сердечной деятельности. Вентиляция методом «изо рта в рот» включает ряд последовательных мероприятий:

1. Отогните голову пострадавшего кзади, положив одну руку ему на лоб и закрыв ноздри, а другую под шею. Если рот больного закрыт, выдвиньте нижнюю челюсть кпереди. Наложите на его рот салфетку или платок.

2. Сделав глубокий вдох, плотно прижмите свои губы к губам пациента и с силой вдуйте воздух в его легкие. Следите за подъемом грудной клетки (рис. 3).



Рис. 3. Искусственное дыхание методом «изо рта в рот» с визуальным контролем за подъемом грудной клетки.

3. Если грудная клетка поднимается, дайте больному сделать пассивный выдох. Повторяйте вдвухание воздуха взрослому каждые 5 сек (12 раз в мин), ребенку — каждые 3 сек (20 раз в мин). Можно использовать и методику ИВЛ «изо рта в нос». Легче и эффективнее выполнять ИВЛ через ротоглоточные S-образные воздуховоды.

После 3–5 активных и глубоких раздуваний легких проверьте наличие пульса на сонных артериях. При его отсутствии продолжайте ИВЛ и немедленно приступайте к закрытому массажу сердца.

III этап реанимации — закрытый массаж сердца, который поддерживает кровообращение. Отсутствие пульса на сонных артериях и тонов сердца при выслушивании — несомненный признак остановки сердца.

Различают первичную остановку сердца, которая является результатом ишемии миокарда и фибрилляции желудочков при остром инфаркте, различных предшествующих заболеваний сердца, поражения электрическим током, идиосинкразии к лекарственным препаратам. При экстремальных ситуациях обычно наблюдается вторичная остановка сердца в ответ на асфиксию или массивное кровотечение.

При полной остановке сердца в течение 15 сек выключается сознание, а в течение 1 мин останавливается дыхание и расши-

ряются зрачки. Энергичный кашель несколько продлевает кровообращение и сохраняет сознание.

При появлении признаков клинической смерти необходимо немедленно начать закрытый массаж сердца в сочетании с ИВЛ, техника его следующая:

1. Встаньте или опуститесь на колени со стороны от больного, удобной для проведения манипуляции;

2. Найдите на груди точку приложения рук. Она на нижней половине грудины на два поперечных пальца выше основания мечевидного отростка;

3. Ладонную поверхность кисти одной руки положите на нижнюю часть грудины в точке приложения силы, а ладонь другой руки поверх первой. Надавите сверху вниз на грудину с такой силой, чтобы она сместилась на глубину 4–5 см, и задержите руки в этом положении на счет «раз». За это время (0,5 сек) кровь активно изгоняется из полостей сердца в крупные сосуды.

4. Резко ослабьте давление рук на грудину и задержите их, не отрывая от поверхности на счет «два». За это время сердце пассивно заполняется кровью;

5. Повторяйте эту манипуляцию 1 раз в секунду до восстановления работы сердца. При сдавлении используйте всю тяжесть своего тела, не отрывая рук от грудины. Прерывать массаж можно только на несколько секунд для смены реаниматоров. При правильном закрытом массаже сердца можно определить искусственную пульсовую волну на сонной или бедренной артериях.

Умение оказать первую доврачебную помощь по поддержанию жизни (закрытый массаж сердца и ИВЛ) одним реаниматором особенно важно при массовых поражениях в экстремальных условиях. При этом необходимо соблюдать следующую методику:

1. При отсутствии дыхания и пульса быстро произведите 3–5 энергичных раздуваний легких.

2. Затем сделайте 15 сдавливаний грудины по описанной методике.

3. Снова произведите 2 интенсивных раздувания легких и опять 15 сдавливаний грудины. Продолжайте максимально быстро чередовать ИВЛ с закрытым массажем сердца в соотношении 2:15 (рис. 4). Закрытый массаж в этом случае нужно производить со скоростью 80 сдавливаний в минуту, что в сумме составит около 60 пульсовых волн.

4. Продолжайте ИВЛ и наружный массаж сердца до появления спонтанного пульса и дыхания.



Рис. 4. Проведение закрытого массажа сердца и искусственного дыхания одним реаниматором.

При проведении сердечно-легочной реанимации двумя спасателями поддерживается соотношение ИВЛ к массажу 1:5, то есть каждые пять сдавливаний грудины сочетаются с одним раздуванием легких.

Мы разобрали определение медицины катастроф и экстремальной медицины, организационную структуру экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, угрожающие жизни состояния, первую и доврачебную помощь по поддержанию жизни в экстремальных условиях (сердечно-легочную реанимацию), которую обязан квалифицированно выполнять любой медработник – медсестра, фельдшер, врач. На очереди объем помощи на этапах медицинской эвакуации при чрезвычайных происшествиях.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ после освобождения из завалов в очаге бедствия: 1. Введение обезболивающих средств из шприц-тюбика. 2. Остановка наружного кровотечения наложением жгута или давящей повязки. 3. Наложение асептической повязки на раны без большого кровотечения. 4. Транспортная иммобилизация подручными или табельными средствами. 5. Наложение гер-

метической повязки при открытом пневмотораксе. 6. Эвакуация в ближайший полевой госпиталь. Все эти мероприятия выполняет медицинская сестра. Естественно, некоторые из этих мероприятий не будут выполнены при само- и взаимопомощи.

ПЕРВАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ с элементами квалифицированной в полевом госпитале вблизи очага поражения:

1. Введение обезболивающих и дача седативных средств.
 2. Контроль и исправление транспортной иммобилизации.
 3. Остановка наружного кровотечения в ране в условиях перевязочной.
 4. Производство необходимых новокаиновых блокад.
 5. Переливание кровезаменителей при шоке II—III ст.
 6. Производство трахеостомии по показаниям.
 7. Ушивание раны сердца.
 8. Окончательная остановка угрожающего жизни внутреннего кровотечения.
 9. Отсечение конечности, висящей на лоскуте.
 10. Пункция плевральной полости при клапанном пневмотораксе.
 11. Катетеризация или пункция мочевого пузыря по показаниям.
 12. Введение столбнячного анатоксина или сыворотки.
 13. Заполнение медицинской документации.
 14. Введение сердечно-сосудистых, дыхательных средств, антибиотиков.
 15. Дача щелочно-солевого питья. Дальнейшая эвакуация.
- Пункты № 1, 2, 5, 12, 13, 14 являются прерогативой медицинской сестры.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ И ОСНОВНЫЕ ВИДЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ в ближайшем госпитале на базе больницы оказываются по двум группам в зависимости от срочности.

I. Неотложные мероприятия по жизненным показаниям:

1. Реанимационный комплекс по необходимости (вплоть до дефибрилляции и открытого массажа сердца).
2. Окончательная остановка кровотечения любой локализации.
3. Полный комплекс терапии при шоке, травматическом токсикозе, отравлениях.
4. Операции при открытом и клапанном пневмотораксе.
5. Лапаротомия при проникающих ранениях живота, при внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря и прямой кишки.
6. Операции по анаэробной инфекции.
7. Декомпрессивная трепанация черепа при сдавлении головного мозга.

Большое практическое значение в неотложных мероприятиях занимает инфузионная терапия шока, острой кровопотери и синдрома длительного сдавливания (См. таблицу № 23. Объемная

характеристика инфузионной терапии при травматическом шоке (по А. Ф. Краснову с соавт.).

Таблица № 23

Объемная характеристика инфузионной терапии при травматическом шоке (по А. Ф. Краснову с соавт.)

Степень шока	Крово-потеря, мл	Переливание крове-замен., мл		Перелива-ние крови, мл	Всего, мл
		Кристал-лоид. р-ры	Коллоид-ные р-ры		
I	500—1000	400	600	0	1000
II	1000—1500	1000	1000	500	2500
III	1500—2000	1400	1100	2000	4500
Терминальн. состояние	3000 и более	1500	500	4000—6000	6000—8000

Инфузионную терапию целесообразно начинать с введения высокомолекулярных коллоидных полимеров глюкозы (полиглюкин, синкол, декстран, реополиглюкин, желатиноль), которые длительно находятся в кровяном русле и хорошо стабилизируют артериальное давление. К низкомолекулярным коллоидным растворам относятся гемодез, полидез, маннитол, маннит. Кристаллоидные растворы — ацессоль, дисоль и др. солевые растворы. Острую анемию устраняют переливанием крови, не забывая на каждые 500 мл вводить 10 мл 10% раствора хлорида натрия.

Таким образом, в терапии тяжелого шока и терминальных состояний удельный вес крови в переливаемой жидкости составляет 50—80%.

II. Мероприятия второй очереди:

1. Ампутации конечности при ишемическом некрозе, отрывах и размозжениях.

2. Наложение цистостомы при внебрюшинном разрыве мочевого пузыря и уретры.

3. Наложение колостомы при внебрюшинном разрыве прямой кишки.

4. Первичная хирургическая обработка всех ран и ожогов, в том числе зараженных радиоактивными веществами и отравленных боевыми отравляющими или вредными химическими веществами.

Ни одно из перечисленных мероприятий врачебной помощи не может быть выполнено без участия медсестер в качестве операционной, перевязочной или манипуляционной сестры.

Для материального обеспечения бригад при работе в чрезвычайных условиях разработаны специальные укладки. Приводим имущество одной из них.

Опись укладки врачебно-сестринской бригады на 20 пострадавших:

1. Промедол 2% — 1,0 — 6 амп.
2. Морфин 1% — 1,0 — 4 амп.
3. Дроперидол 25 мг — 10,0 — 2 флак.
4. Атропин 0,1% — 1,0 — 10 амп.
5. Эфедрин 5% — 1,0 — 5 амп.
6. Спирт этиловый 96% — 50 мл.
7. Коргликон 0,06% — 1,0 — 5 амп.
8. Кордиамин — 1,0 — 10 амп.
9. Кофеин 20% — 2,0 — 10 амп.
10. Норадреналина гидротартрат 0,2% — 1,0 — 10 амп.
11. Цититон 0,15% — 1,0 — 10 амп.
12. Лазикс 20 мг — 2,0 — 10 амп.
13. Аминазин 2,5% — 10 амп.
14. Анальгин 50% — 2,0 — 10 амп.
15. Реланиум (седуксен) 0,5% — 1,0 — 5 амп.
16. Викасол 1% — 1,0 — 5 амп.
17. Димедрол 1% — 1,0 — 10 амп.
18. Натрия хлорид 0,9% — 10,0 — 10 амп.
19. Глюкоза 40% — 20,0 — 10 амп.
20. Эуфиллин 2,4% — 10,0 — 5 амп.
21. Кальция глюконат (кальция хлорид) 10% — 10,0 — 10 амп.
22. Преднизолон 30 мг — 1,0 — 15 амп.
23. Новокаин 2% — 5,0 — 5 амп.

Перевязочный материал:

1. Бинт марлевый стерильный 14 см × 7 м — 15 шт.
2. Бинт марлевый стерильный 5 см × 7 м — 15 шт.
3. Салфетки марлевые большие стерильные 45 × 29 см по 5 шт. в пачке — 5 пачек.
4. Салфетки марлевые малые стерильные 14 × 16 см, по 10 шт. в пачке — 3 пачки.
5. Пакет перевязочный индивидуальный — 3 шт.
6. Лейкопластырь 5 см × 5 м — 1 шт.
7. Вата гигроскопическая стерильная 25 г — 3 пачки.
8. Бинт эластичный трубчатый — 10 шт.

Инструменты, прочее имущество:

1. Шприц разового пользования 10,0—20,0 — 20 шт.
2. Ножницы хирургические — 1 шт.
3. Пинцет хирургический — 1 шт.
4. Пинцет кровоостанавливающий — 2 шт.
5. Шпатель металлический — 1 шт.
6. Резиновый жгут для венепункции — 1 шт.
7. Пипетка глазная — 2 шт.
8. Воздуховод S-обр. — 1 шт.
9. Ротораспириатель — 1 шт.
10. Языкодержатель — 1 шт.
11. Крючок трахеостомич. острый — 2 шт.
12. Расширитель трахеостомич. — 1 шт.
13. Скальпель брюнн-стый средний — 1 шт.
14. Трубки трахеостомич. № 3, 4 — 2 шт.
15. Жгут кровоостанавливающий резин. — 1 шт.
16. Шина проволочная транспорт. 80 см — 3 шт.
17. Шина проволочная транспорт. 120 см — 3 шт.
18. Тонометр — 1 шт.
19. Фонендоскоп — 1 шт.
20. Булавки безопасные — 20 шт.
21. Нож складной — 1 шт.
22. Халат медицинский, фонарь электрический, блокнот отрывной, ручка шариковая — на каждого члена бригады.
22. Медицинская карточка ГО — 25 шт.
23. Портативный аппарат искусственного дыхания «МИВР-1» — 1 шт.

Эти укладки составляются и регулярно обновляются в больницах по месту формирования бригад и выдаются только перед выездом на место катастрофы.

Сестринское дело вообще, тем более в экстремальной медицине, тем более с позиций и обычной, и академической медсестры, как нам кажется, недостаточно изучено.

Возьмем хотя бы количественную сторону. В среднем в СССР, а затем и в России, соотношение «врач—сестра» колебалось в пределах 1:2. Об этом свидетельствовала статистика. А если взять факты, то это соотношение, к сожалению, будет и того ниже за счет оттока подготовленных медицинских сестер в другие учреждения и производства и особенно военно-промышленного комплекса. Сестер можно понять и оправдать с материальных позиций в связи с заметно повышенным окладом в других структурах немедицинского профиля.

Стало принято сравнивать наши данные с зарубежными. И в этом отношении мы выглядим со своим российским почерком, заключающимся в завышенном количестве врачей. Более точное соотношение «врач—сестра» в цивилизованных странах составляет 1:6, 1:8.

Что касается академической сестры, то есть сестры с высшим медицинским образованием, то вновь мы оказались у истоков начинания этого когда-то передового направления в дореволюционной России. В период революции коллежи высшего сестринского образования были разрушены. Специалисты эмигрировали в различные страны. Сейчас мы вновь по крупицам восстанавливаем наши традиции.

На самом деле, если посмотреть внимательно на структуру здравоохранения и возможность сестры, она должна рассматриваться не только помощником, но и инициатором и организатором многих профессиональных направлений.

Вот схема и объем нашей и плановой, и urgentной работы: организация, профилактика, диагностика, лечение, профессиональная медицинская реабилитация, социальная реабилитация. Из 6 пунктов медицинской деятельности только в 2-х: диагностике и лечении — сестра должна выступать в роли помощницы. В остальных четырех случаях она вполне в состоянии, и на достаточно высоком уровне, выполнять необходимые мероприятия. Что же касается академической сестры с высшим медицинским образованием, то она во многих вопросах, и особенно в организации, профилактике, реабилитации, по базовой подготовке превосходит врача. В процессе обучения академические сестры на достаточно высоком уровне и по количеству часов, и по технологии обучения познают психологию и общую и медицинскую экономику, также с общемедицинским уклоном, организацию здравоохранения и связанные с ним направления — менеджмент и маркетинг. Они познают также педагогику и что особенно важно — валеологию и санологию.

Если на академическую сестру посмотреть с изложенных позиций, то в экстремальной медицине ее возможности очень велики. Начнем с организации. Здесь она может выступить не только в

роли помощника, но и самостоятельного руководителя, управляя медицинским персоналом. Любая экстремальная обстановка неизбежно предусматривает дезорганизацию стресс-напряжения, знания основ психологии и педагогики гарантируют правильный путь взаимодействия в своем коллективе и с другими службами.

Что касается чисто профессиональных медицинских вопросов, то и здесь академическая сестра получает подготовку на уровне помощника врача и превосходит многократно уровень не только сестры, но и фельдшера. Заканчивая раздел о роли сестры в экстремальной хирургии, следует еще раз отметить емкость данного процесса, включая и организацию, и психологию, и педагогику, и диагностику, и лечение с реабилитацией, то есть полный комплекс медицинского воздействия.

Подготовка наших сестер вполне соответствует требованиям и задачам. Академическая сестра как специалист нового направления должна внести существенный вклад в организацию сестринского дела вообще и в экстремальную хирургию в частности.

Рекомендуемая литература:

1. Анисимов В. Н. Комбинированные поражения. Синдром длительного сдавливания. — Нижний Новгород, 1992. — 46 с.
2. Дубицкий А. Е., Семенов И. А., Чепкий Л. П. Медицина катастроф. — Киев, «Здоровье», 1993. — С. 5–25, 233–311, 438–453.
3. Елисеев О. М. Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи. — Ростов-на-Дону, 1994. — С. 424–480.
4. Краснов А. Ф., Мирошниченко В. Ф. Тактика травматолога в экстремальных ситуациях. — Самара, 1991. — 230 с.
5. Краснов А. Ф., Мирошниченко В. Ф., Котельников Г. П. Тяжелые повреждения. — Самара, 1993. — 133 с.
6. Краснов А. Ф., Мирошниченко В. Ф., Котельников Г. П. Травматология. — Москва, 1995. — 452 с.
7. Мешков В. В. Организация экстренной медицинской помощи населению при стихийных бедствиях и других чрезвычайных ситуациях. — М., 1991. — 207 с.
8. Мусалатов Х. А. Медицинская помощь при катастрофах. — М., «Медицина», 1994. — 446 с.
9. Шапошников Ю. Г., Маслов В. И. Военно-полевая хирургия. — М., «Медицина», 1995. — 432 с.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ГЕРИАТРИИ

Старение, старость, долголетие

ГЕРОНТОЛОГИЯ – раздел биологии и медицины, изучающий процесс старения человека. Геронтология включает гериатрику, герогигиену, геронтопсихологию. Основные задачи геронтологии – выяснение первичных механизмов старения, установление их взаимосвязи в процессе жизнедеятельности организмов, определение возрастных особенностей адаптации к условиям окружающей среды.

ГЕРИАТРИЯ – область клинической медицины, изучающая болезни людей пожилого и старческого возраста, разрабатывающая методы их лечения и профилактики с целью сохранения физического и психического здоровья человека до глубокой старости.

ГЕРОГИГИЕНА – раздел геронтологии, изучающий влияние факторов среды обитания (социальных, бытовых, природных, экологических) и образа жизни на процесс старения человека и разрабатывающий практические мероприятия, направленные на устранение неблагоприятного воздействия этих факторов, создание условий, способствующих максимальному продлению активной и полноценной жизни человека.

ГЕРОНТОПСИХОЛОГИЯ – отрасль геронтологии и возрастной психологии, изучающая особенности психики и поведения лиц пожилого и старческого возраста. Возникновение геронтопсихологии как научной дисциплины обусловлено, в первую очередь, социальными причинами: увеличением числа лиц преклонного возраста, проблемами их работоспособности и жизненного устройства. Геронтопсихология изучает взаимосвязь при старении общих физиологических и психофизиологических характеристик, а также психологических особенностей поведения; личностные сдвиги, обусловленные изменением характера деятельности и ценностных ориентаций. Задачей геронтопсихологии является изыскание средств продления активной и полноценной жизни человека.

С расширением гериатрической практики в клинике внутренних болезней, что происходит неуклонно в связи с изменением возрастного состава населения, возникает потребность в новых качествах медицинских работников, новых их значений, без которых невозмож-

на эффективная медицинская помощь людям старших возрастных групп. Это знания о физиологии стареющего организма, об особенностях течения патологических процессов в нем, его реакций на лечебные средства и методы; это необходимость учитывать одновременное изменение других органов и систем, психологию старого человека в тесной связи с его образом жизни, семейным положением и местом в обществе.

В клинических подходах в гериатрической практике должно быть отброшено представление о старости как о болезни. Пожилой и старый человек, предъявляющий жалобы, — это больной человек у которого надо выявить заболевания, степень развития патологических процессов, обуславливающих эти жалобы и соответствующие симптомы, и проводить адекватное лечение различными методами и средствами с учетом их взаимодействия на организм, измененных в своих реакциях. В связи с этим перед медицинским работником ставится важная и порой нелегкая задача: при сугубо индивидуальном подходе к диагностике и терапии заболеваний учитывать возрастные нормы, характеризующие старение органов и систем практически здоровых людей соответствующего возраста, дифференцировать число возрастных проявлений от симптомов, обусловленных развитием патологических процессов. Медицинский работник должен обладать довольно широким диапазоном знаний и в области биологии старения человека, профилактики преждевременного старения, что тесно связано с проблемами геронгиены, знать особенности организации ухода за больными старшего возраста в различных условиях их терапии.

В XX столетии, таком богатом достижениями в развитии точных наук, социальном преобразовании, впервые за всю историю человечества произошли глубокие демографические сдвиги — резкое изменение возрастного состава населения в сторону его постарения. При этом значительно изменилась структура населения — относительно уменьшилось число детей и увеличилось количество людей старших возрастов. Процесс постарения населения отмечается во всех экономически развитых странах. По данным ВОЗ (1973), количество лиц в возрасте 60 лет и старше к 2000 году может достигнуть 585 млн, что значительно превысит в процентном отношении общий прирост населения земного шара. Значительное и быстро прогрессирующее изменение возрастного состава населения очень важно для экономики страны. Одной из наиболее ответственных задач является использование остаточной способности пенсионеров. Она выдвигается, с одной стороны, в связи с растущей потребностью в трудовых ресурсах, с другой — в связи с тем, что труд, и особенно профессиональная занятость, является для

пожилых людей фактором сохранения здоровья, достижения активного долголетия. Участие в коллективном труде является очень важным стимулом поддержания бодрости. Оно предупреждает «пен-сионную болезнь» — снижение жизненного тонуса, интереса к окружающей среде, замкнутость, которая нередко возникает у по-жилых людей, оставивших профессиональную деятельность, изме-нивших привычный ритм жизни и не приспособившихся к новым условиям существования, не нашедших для себя никакого общест-венно полезного труда.

Процесс старения населения выдвигает ряд социально-гиги-енических и психологических проблем. К ним относятся: наиболее целесообразное устройство пожилых людей; положение пожилого и старого человека в семье и обществе, особенно изменяющееся после окончания профессиональной деятельности и часто связанное с одиночеством, отсутствием должного внимания и поддержки член-ов своей семьи. Проблема одиночества, которая возникает вслед-ствие развода, смерти близких, отделения от семьи, часто влечет за собой угасание интереса к жизни, социальную изоляцию. Немалое значение имеют проблема расселения старых людей, требующая большого внимания гигиенистов и градостроителей, проблема це-лесообразного питания, некоторого изменения характера производ-ства продовольственных товаров.

Несмотря на генетическую обусловленность всех этапов сущест-вования человека, нельзя не учитывать огромного влияния внеш-ней среды, которая может оказать как положительное, так и отри-цательное влияние.

Вопросы социальной гигиены в геронтологии тесно связаны с особенностями развития современного общества. Иными словами, положение пожилого человека в обществе и семье определяется сложным сочетанием ряда факторов: общим политическим, эконо-мическим и культурным развитием, материальными взаимоотноше-ниями, местными и, в частности, национальными традициями. Оно не может рассматриваться без учета социологических и психологичес-ких аспектов, тесно связанных с социальной культурой общества.

СТАРЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА — закономерный биологический про-цесс, определяемый его индивидуальной, генетически обусловлен-ной программой развития. В течение всего существования человека происходит старение одних составных элементов его организма и возникновение новых. Общее развитие человека может быть разде-лено на два периода — восходящего и нисходящего развития. Пер-вый из них заканчивается с полной зрелостью организма, а второй начинается уже в 30—35 лет. С этого возраста начинается постепен-

ное изменение различных видов обмена, состояния функциональных систем организма, неизбежно ведущее к ограничению его приспособительных возможностей, увеличению вероятности развития патологических процессов, острых заболеваний и смерти. Что же такое физиологическая старость?

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СТАРОСТЬ характеризуется сохранением умственного и физического здоровья, определенной работоспособностью, контактностью, интересом к современности. В организме при этом постепенно и равномерно развиваются изменения во всех физиологических системах с приспособлением к его уменьшенным возможностям. Физиологическая старость не может рассматриваться только как процесс обратного развития организма. Это и высокий уровень приспособительных механизмов, обуславливающих появление новых компенсаторных факторов, поддерживающих жизнедеятельность различных систем и органов. От степени развития и совершенствования этих компенсаторных приспособительных механизмов зависят характер и темп старения человека.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ наблюдается у большинства людей, характеризуется более ранним развитием возрастных изменений, чем у физиологически стареющих людей, наличием выраженной неоднородности гетерохтонности в старении различных систем и органов. Преждевременное старение в значительной мере обусловлено перенесенными заболеваниями, воздействием некоторых отрицательных факторов внешней среды. Резкие нагрузки на регуляторные системы организма, связанные со стрессовыми ситуациями, изменяют течение процессов старения, снижают или извращают приспособительные возможности организма и способствуют развитию преждевременного старения, патологических процессов и болезней, сопровождающих его.

В связи с тем что процесс старения у людей происходит весьма индивидуально и часто состояние организма стареющего человека не соответствует возрастным нормам, следует разграничивать понятия **КАЛЕНДАРНОГО** (хронологического) и **БИОЛОГИЧЕСКОГО** возраста. Биологический может предшествовать календарному, что свидетельствует о раннем, преждевременном старении. Степень расхождения между календарным и биологическим возрастом характеризует выраженность преждевременного старения, ускоренный темп развития процесса старения. Биологический возраст определяется комплексной характеристикой функционального состояния различных систем. Определение биологического возраста человека и его соответствия календарному весьма важно для правильной диагностики и терапии, так как позволяет выяснить, ка-

кие изменения самочувствия, какая степень изменений органов и систем, ограничения их функций — проявление возрастных сдвигов и что обусловлено болезнью, патологическим процессом и подлежит лечению.

Старость как определенный этап существования и старение как динамический процесс, сопровождающий нисходящую стадию развития человека, — разные понятия. Для того чтобы считать физиологическим определенный этап старения человека и изменения его организма чисто возрастными, необходимо убедиться в том, что обследуемый физиологично прошел весь путь нисходящего развития, достиг физиологической старости, активного долголетия.

Возрастная периодизация в значительной мере определяется средней продолжительностью жизни человека, изменения которой резко меняют и представления о сроках наступления старости.

На симпозиуме в Ленинграде (1962) и международном симпозиуме по проблемам геронтологии ВОЗ в Киеве (1963) была принята возрастная классификация, в соответствии с которой рекомендуется различать три хронологических периода в позднем онтогенезе человека:

1. Средний возраст — 45–59 лет;
2. Пожилой возраст — 60–74 года;
3. Старческий — 75 лет и старше.

В последнем периоде выделена отдельная категория людей 90 лет и старше, так называемых долгожителей.

В среднем возрасте происходят интенсивные сдвиги в регуляторных механизмах, связанные с нарушениями в центральных механизмах регуляции эндокринных функций. Изменения в системе гипоталамо-гипофиз — половые железы являются ведущими в развитии климактерического периода, изменяющего сложные нейроэндокринные взаимоотношения. Возникшие возрастные нейрогуморальные сдвиги сказываются на обмене и функции тканей, могут определять развитие дистрофических и дегенеративных процессов в тканях и органах стареющего организма, его адаптацию к новым условиям существования.

Второй период позднего онтогенеза — пожилой возраст. Вряд ли можно называть его периодом ранней старости, а людей этого возраста престарелыми людьми или людьми преклонного возраста. Это диктуется и психологическими моментами и положением человека на седьмом десятилетии его жизненного пути в обществе. По данным ВОЗ, более 20 процентов людей в возрасте 65 лет и старше сохраняют свою профессиональную трудоспособность. Это дает возможность воспринимать физиологическую старость человека не ранее 75 лет.

Механизм старения

Биология старения человека, выяснение физиологических особенностей стареющего организма или достигшего уже периода старости, его реакция на факторы внешней среды, как болезнетворные, так и лечебные, имеют большое значение для правильного понимания происхождения и развития заболеваний, свойственных второй половине жизни человека, для правильного построения терапии. Возрастные изменения стареющего организма часто являются фоном, нередко основой, на которой развивается хронический патологический процесс.

Родоначальником биологии старения как основного раздела научной геронтологии является *И. И. МЕЧНИКОВ*. Его опыты по выяснению влияния на организм животного ядовитых веществ, образующихся при гнилом брожении в кишечнике, были первой попыткой получить экспериментальную модель старости.

А. А. БОГОМОЛЕЦ — основоположник советской геронтологии. Оценивая возрастные изменения на клеточном и системном уровнях, придавал соединительной ткани ведущее значение в механизмах старения. Исходя из своих представлений о роли соединительнотканых элементов в питании, метаболизме паренхиматозных клеток, состоянии реактивности организма, *А. А. Богомолец* считал, что нарастание с возрастом метаболических структурных изменений в этих элементах неминуемо приводит к развитию сложных и значительных изменений в организме. В целях профилактики преждевременного старения *А. А. Богомолец* предлагал стимулировать как специфические клетки, так и элементы соединительной ткани.

А. В. НАГОРНЫМ была выдвинута гипотеза о постепенном затухании процесса самообновления белков, ведущем к снижению функций организма, его старению. По мнению *А. А. Нагорного*, в процессе самообновления появляются структуры белков с низким метаболизмом, которые, не участвуя в обмене веществ, способствуют постепенному уменьшению образования энергии.

Большое значение в исследованиях возрастных изменений имели работы школы *И. П. ПАВЛОВА*, которые заложили основы современных представлений о высшей нервной деятельности, раскрыли наиболее подвижные формы регуляции приспособления организма к среде и установили важнейшие принципы взаимоотношений между головным мозгом и железами внутренней секреции. Была доказана роль функциональных нарушений высшей нервной деятельности в патологических процессах и преждевременном старении.

Рядом наших ученых было показано, что при старении изменяются интенсивность обновления РНК, связь ДНК с гистонами, состояние хроматина, уменьшается скорость обновления отдельных

белков. Обменные и структурные изменения приводят к существенным изменениям функции клеток, ограничивающих их приспособительные возможности.

В. В. ФРОЛЬКИС и другие исследователи доказали, что при старении изменяется реакция тканей на нервные и гуморальные влияния, изменяются внутрицентральные соотношения, гипоталамо-гипофизарные влияния, обмен гормонов и др.

Современные теории старения тесно связаны с раскрытием сущности биосинтеза белка и роли в нем нуклеиновых кислот. Новые представления о роли нуклеиновых кислот повели к предположению, что старение организма связано с изменением процесса биосинтеза белка, обусловленным нарушениями в генетическом аппарате, нарастающими в ходе онтогенеза. По мнению *В. В. Фролькиса (1970)*, возрастные изменения раньше развиваются в регуляторных генах и позже — в структурных. Процесс старения клетки обусловлен в основном накоплением с возрастом в ней метаболитов, которые могут образовывать с белковыми молекулами крупные неактивные комплексы, нарушающие нормальную функцию клеток. Таким образом старение — это сложный комплекс обменных изменений в клетках и сдвигов в нервной и гуморальной регуляции организма.

СТАРЕНИЕ И БОЛЕЗНИ. Старение и болезни — понятия, трудно отделимые в медицинской практике, главным образом в связи с нечетким представлением о возрастной норме, частым сочетанием процессов физиологического старения с явлениями, типичными для возрастной патологии.

С точки зрения патолога, организм старого человека всегда имеет субстрат, свойственный патологическому процессу, и отличить структурные изменения, обнаруживаемые в старости, от изменений, связанных с болезнями, наблюдаемыми в старости, не удастся.

С точки зрения физиолога и клинициста, старость не может быть отождествлена с болезнью. Огромный диапазон адаптационных возможностей стареющего организма может на весьма длительное время, у многих до глубокой старости, обеспечить достаточное сохранение функций, характеризующих практическое здоровье в позднем онтогенезе.

Старость является закономерным и неизбежным этапом развития организма, болезнь — нарушение жизнедеятельности организма, которое может возникнуть в любой возрастной период. В развитии многих болезней у пожилых и старых людей может быть установлена прямая генетическая связь с естественно возникающими возрастными изменениями. Прогрессирование этих изменений у многих людей в течение многих лет и нередко до конца жизни происходит без выраженных болезненных явлений. Однако при

определенных условиях, под влиянием различных внешних факторов они могут послужить основой заболевания. К таким факторам относятся неадекватные для стареющего организма нагрузки, требующие достаточного совершенства адаптационных механизмов, часто приводящие к соматической и психической декомпенсации. Возрастные изменения нередко являются фоном, облегчающим развитие патологического процесса. Существует мнение, что в процессе старения адаптация становится все более несовершенной, что многочисленные «ошибки» в процессе адаптации приводят в конце концов к нарушению гомеостаза, и тогда весьма затруднительно провести дифференциацию между возрастным и патологическим. Но этот процесс старения не является патологическим.

Устранение представления о старости как о болезни важно не только для осуществления правильного подхода медицинского персонала к пациентам старших возрастных групп, но и для целесообразного построения гериатрической помощи. Для того чтобы понять потребность пожилых и старых людей в медицинской помощи, необходимо прежде всего определить состояние их здоровья. До тех пор пока все старые люди будут рассматриваться как больные, немощные, инвалиды, рациональное планирование и организация для них соответствующей медицинской помощи невозможны.

Тем не менее существует несколько важных положений гериатрии, подтвержденных практикой и которые следует обязательно учитывать. Во-первых, это множественность патологических процессов, так как число диагностируемых заболеваний у одного и того же больного возрастает с возрастом. Во-вторых, необходимо учитывать особенности развития и течения заболеваний у пожилых и старых людей, обусловленные новыми качествами стареющего организма, что весьма важно для правильной постановки диагноза, рациональной терапии и профилактики болезней.

Прогрессирующее с возрастом (после 35 лет) падение процессов метаболизма является основой постепенного развития инволюции, атрофических процессов, развивающихся в паренхиме органов, дегенеративных процессов в брэдитрофных тканях. Результатом сдвигов, наступающих в стареющем организме, является изменение его реакций на факторы внутренней среды, на внешние воздействия, значительное изменение компенсаторно-приспособительных механизмов. Процесс старения сопровождается появлением новых качеств, направленных на сохранение компенсаторных механизмов, однако они лишь в неполной мере поддерживают процессы адаптации.

Пожилые и старые люди могут страдать болезнями, которые возникли у них еще в молодости, но возрастные особенности организма обуславливают значительные отклонения в течении этих

болезней. Наиболее характерны АТИПИЧНОСТЬ, АРЕАКТИВНОСТЬ, СГЛАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ.

Обобщая особенности проявления и течения болезней у стариков, Н. Д. Стражеско отмечал:

1) симптоматика различных заболеваний в старости значительно беднее, чем в зрелом возрасте;

2) все болезни у стариков протекают вяло и растянуто;

3) во время болезней у них более быстро истощаются физиологические системы, способные вести борьбу с вредностью;

4) защитный аппарат не в состоянии обеспечить при инфекции быстрое развитие гуморального и тканевого иммунитета и вместе с сосудистой системой и органами обмена и тканями не может гарантировать течение энергетических процессов при различных заболеваниях на такой высоте, как в зрелом возрасте.

В пожилом и старческом возрасте процессы восстановления после перенесенного острого заболевания, обострения или осложнения хронического патологического процесса происходят более медленно, менее совершенно, что и обуславливает более затяжной период реабилитации и часто меньшую эффективность терапии. В связи с этим в проведении восстановительного лечения людей пожилого и старческого возраста в разных стадиях реабилитации должна быть проявлена большая настойчивость и учтены возрастные особенности физического и психического состояния.

Особенности организации сестринского процесса в гериатрии

Сестринский процесс — это организационная структура, необходимая для наблюдения, ухода, выполнения назначений врача гериатрическим больным. Это метод организации и оказания сестринской помощи, который обычно включает больного (пациента) и медицинскую сестру в качестве взаимодействующих лиц. Довольно важным является то, что пациент в данной ситуации должен рассматриваться не как отдельный случай заболевания, а как личность. На современном этапе сестринский процесс имеет три основные характеристики: цель, организацию, творческие способности медицинской сестры.

ЦЕЛЬ сестринского процесса в работе медицинской сестры должна включать:

1) идентификацию проблем и потребностей больного человека в наблюдении и уходе;

2) определение приоритетов по уходу и ожидаемых целей и результатов ухода за больным:

3) применение сестринской стратегии, направленной на удовлетворение различных нужд больного;

4) оценка эффективности сестринского ухода.

Организационная структура сестринского процесса состоит из пяти основных функций:

1. **ОБСЛЕДОВАНИЯ** — это прежде всего получение информации о состоянии здоровья больного. Это тщательный и целенаправленный расспрос, включающий выявление жалоб, истории настоящего заболевания, перенесенных заболеваний, истории жизни, а также выявление других проблем, волнующих больного. Провести тщательный осмотр больного, при этом необходимо определить состояние больного, его положение, состояние сознания, телосложение, его поведение, контактность. При осмотре кожных покровов и видимых слизистых оболочек обратить внимание на их цвет, эластичность, тургор кожи, наличие различных сыпей, рубцов, расчесов. Следует оценить состояние подкожно-жирового слоя, наличие варикозного расширения вен на нижних конечностях и брюшной стенке, жидкости в брюшной полости. После сбора информации медицинская сестра ставит сестринский диагноз.

2. **СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ** соответствует в основном симптомному и проблемному. В сестринский диагноз включается определение и обозначение существующих и потенциальных проблем больного. Это может быть боль, рвота, слюнотечение, бессонница, тревога, беспокойство, перебои в работе сердца, одышка и др. Следует подчеркнуть, что сестринский диагноз в течении заболевания и его лечения может изменяться. При постановке сестринского диагноза должна обращать внимание на то, что больной человек, как правило, имеет в какой-то степени измененную психику: неконтактность, возбуждение, агрессивность, плаксивость, депрессию, нежелание отвечать на вопросы. Все эти проблемы должны учитываться при постановке сестринского диагноза.

3. **ПЛАН** — определение программы действий. Прежде всего медсестра должна добиться расположения больного, хорошей контактности, успокоить больного, но не заигрывать с ним. Затем медсестра должна спланировать все мероприятия, необходимые для обеспечения надлежащего ухода и наблюдения за больным, подготовки больного для дополнительных методов исследования, выполнения назначений врача, организации консультаций специалистов, необходимых для уточнения врачебного диагноза и дополнительных методов лечения.

4. **ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ**, необходимого для реализации плана. Это прежде всего четкое, своевременное выполнение врачебных назначений: подготовка больных к различным исследованиям, забор биологического материала на исследование, своевре-

менная раздача лекарств, выполнение инъекций, организация необходимых консультаций и т. д. Осуществление действия — это прежде всего реализация планируемых мероприятий. В зависимости от планируемых мероприятий существуют три основных типа реализации:

а) **зависимая** — при этом требуются указания врача, но должны быть использованы знания и навыки медсестры. Например: раздача лекарств, введение зонда для забора желудочного содержимого или доуденального содержимого, подготовка к специальным методам исследования;

б) **независимая** — включает непосредственную деятельность медсестры. Как правило, ее действия регулируются сестринской практикой: уход за волосами, глазами, кожей, проводить профилактику пролежней и подмывание тяжелобольных и т. д.;

в) **взаимосвязанная** — совместная деятельность медицинской сестры с другими специалистами в области медицины через протоколы и различные предписания. Например, ЛФК, массаж, физиопроцедуры. Протокол — это написанный план процедур, выполняемых медсестрой во время обследования.

5. **ОЦЕНКА** — это исследование реакций больного на вмешательства медсестры и является заключительным этапом сестринского процесса, который включает три различных аспекта:

1. Оценка реакции больного на вмешательство медсестры. Она может быть доброжелательной, негативной, агрессивной, благодарной.

2. Мнение больного о вмешательстве — как необходимость для улучшения здоровья.

3. Оценка достижения поставленной цели — чем быстрее улучшается здоровье, состояние больного, тем правильной была поставлена цель.

Кроме вышесказанного, необходимо помнить, для того чтобы правильно наблюдать за больным и своевременно осуществлять должный уход за различными гериатрическими больными, медицинская сестра должна хорошо знать симптомы заболеваний и представлять механизм их развития.

Для того чтобы оказать соответствующую помощь людям старших возрастов на амбулаторном приеме, при посещении на дому или в стационаре, медицинский персонал должен не только с достаточной долей уверенности отличить чисто возрастные сдвиги в структуре и функции стареющего человека от обусловленных болезнью и требующих профилактических и лечебных мероприятий, но и быть знакомыми с психологией стареющего человека, оценивать ее в своем пациенте, знать его место в социальной среде. Пожилые люди по-разному воспринимают наступающую ста-

рость с ее ограничениями. Следует задолго до того, как люди достигают старости, познакомить их с постепенными сдвигами, которые происходят в их организме, помочь им осознать наступающие изменения и дать рекомендации по перестройке различных элементов образа жизни. При общении со стареющими людьми должны учитываться весьма часто наблюдаемые у них особенности психики. Как правило, это явное обращение к прошлому, меньший интерес к будущему и нередко даже к настоящему. Для старика будущее не так заманчиво, так как он сознает, что впереди у него недужная старость, смерть. При потере близких людей старик не приобретает новых друзей, постепенно замыкается в себе, изолируется от общества, становится одиноким с неизбежными мыслями о болезнях и смерти. Чувство одиночества и неполноценности усиливается затруднением самостоятельного передвижения, самообслуживания, снижением зрения и слуха. Для старого человека, с его ранимой психикой потеря близкого человека, тяжелый конфликт с ним или психотравма другого рода, вынужденная перемена привычной обстановки, так же как любая инфекция, могут легко стать причиной физической и психической декомпенсации.

В связи с тем что в медицинском обслуживании долговременно болеющих и дряхлых лиц основное значение имеет уход, происходит значительное перемещение обязанностей от врача к медицинской сестре, от медицинской сестры к ее помощникам. Работа медицинского персонала и, в первую очередь, медсестры не должна быть механическим выполнением своих обязанностей. Можно своевременно раздавать лекарство, измерять и записывать температуру больного, но оставлять обезличенным уход за ним, поскольку в центре внимания в таких случаях находится работа, но не сам больной, жаждущий заботы и внимания лично к себе. Таким образом, чрезвычайно важны специальные профессиональные знания, но между выполнением их и психологическим воздействием на больного не должно быть границы.

Пожилой или старый человек, вынужденный долго находиться в лечебном учреждении или интернате, должен обладать определенной свободой, правом сохранения своей индивидуальности, некоторых своих привычек, элементов обычной окружающей его обстановки. Для медицинского персонала в их работе с больными пожилого и старческого возраста особенно важны такие черты, как терпение, чувство такта, чувство сострадания. Когда мы говорим о необходимости установить психологический контакт с больным, это значит, что нужно приспособиться к нему, узнать и понять его особенности. Обслуживающий персонал должен стремиться по возможности уменьшить неудобства, с которыми сталкивается больной, не ущемляя его инициативы в смысле самообслуживания

Жесткие требования соблюдения несущественных элементов распорядка дня обычно приносят отрицательные результаты, вызывают раздражение больного, стычки с медперсоналом. Сделать больного старика сугубо «дисциплинированным», лишить его индивидуальности, безобидных привычек, его связи с прошлым, подавить его волю — значит ослабить его интерес к жизни, волю к выздоровлению. Больного надо стимулировать к уходу за собой, сохранению привлекательности и опрятности, к контактам с окружающими, к занятиям трудотерапией. Все это должно достигаться путем тактичных разъяснений, а не приказаний, часто дающих отрицательные реакции.

Очень важны при уходе и наблюдении за пожилыми и старыми людьми соблюдение правил этики и деонтологии. Медсестра должна уметь хранить тайну и не злоупотреблять особым доверием, которым она пользуется в силу своего положения. Нельзя доводить до сведения больных все, что обсуждается медицинским персоналом и не предназначено для больных. Для мнительного больного часто достаточно неосторожного слова, жеста для того, чтобы сделать неправильные выводы о состоянии своего здоровья. Необходимо также учитывать недопустимость обсуждения с больным других больных или членов медицинского персонала. Тяжелая травма может быть нанесена больному, если он узнает, что тайные мысли и особенности его жизни, его организма, доверенные врачу или медсестре, стали достоянием других лиц. Для большинства людей старших возрастных групп, страдающих хроническими заболеваниями и их осложнениями, уход является главным лечебным средством во всей цепи мероприятий, направленных на восстановление нарушенных физических и психических функций, поддержание социальных связей с семьей и обществом.

Общий уход за больным пожилым и старческого возраста более сложен и требует от медицинского персонала большого внимания, времени, чем обычный медицинский уход. При его осуществлении должны учитываться многие психологические и социальные факторы.

Основным принципом ухода является уважение к личности больного, принятие его таким, каков он есть, со всеми его недостатками, физическими и психическими; раздражительностью, болтливостью, во многих случаях слабоумием. Медицинский персонал должен знать, что недостатки, с которыми больной принят в лечебное учреждение, в большинстве случаев — проявление болезни, а не старости и соответствующий уход и лечение могут улучшить состояние больных, вернуть им здоровье. Пожилой и старый человек не любит, чтобы им командовали, многие требования медицинского персонала кажутся ему необоснованными. Поэтому следует по-разному подходить к тем поступкам больного, которые явно недопустимы, и к тем, которые являются достаточно безобидными.

Для правильной организации гериатрического ухода необходимо знание многих особенностей поведения пожилых и старых людей, у которых возрастные изменения функций тесно переплетаются с симптомами болезней и в большинстве случаев с множественной возрастной патологией. У стариков весьма часты нарушения сна. Они могут дремать с перерывами в течение дня. При этом общая продолжительность сна обычно не увеличивается, так как ночью они спят меньше. Ночью нередко старики читают, встают, ходят по палате, а находясь дома, ходят по комнате или по квартире, едят или готовят пищу, не сознавая того, что такое поведение со стороны может казаться странным.

Твердая, мало прогибающаяся под влиянием массы тела постель избавляет стариков с весьма часто имеющимися у них изменениями позвоночника (спондилоартроз, остеохондроз) от болевых ощущений, появляющихся при его даже небольших сгибаниях. В палате должен быть чистый воздух, температура 18–20°, теплое, но легкое одеяло, дающее возможность удобно укутать ноги, прогулка перед сном или даже ходьба по коридору, спокойная обстановка, уверенность в эффективности сигнала, вызывающего медицинский персонал, теплое питье, легкий массаж спины — все это способствует ночному сну.

Чтение для стариков часто является источником комфорта и успокоения. Следует позаботиться об удобном освещении, о настольной лампе на прикроватном столике, чтобы больной мог читать не напрягая зрения. Если больной находится в палате один, то ему можно разрешить чтение в перерыве между ночным сном. В большинстве случаев кратковременное чтение способствует восстановлению сна. Важно, чтобы очки соответствовали прогрессирующему нарушению зрения и коррелировали недостатки глаз.

В процессе старения значительно изменяется функция почек и аппарата мочевыделения. Уменьшается концентрационная способность почек и в связи с этим компенсаторно увеличивается у многих пожилых и старых людей ночной диурез, что объясняется также тем, что у них отсутствует физиологическое угнетение процесса мочеобразования во время сна. Нередко ночной диурез — результат повышенной чувствительности, раздражения сфинктеров мочевого пузыря. У мужчин частые позывы и увеличение количества мочи ночью во многих случаях связаны с наличием аденомы предстательной железы. У кардиологических больных с разными стадиями недостаточности кровообращения ночной диурез — это компенсаторное явление, вызванное улучшением кровообращения в почках в горизонтальном положении в ночное время. Необходимо знать, как часто просыпается больной ночью для опорожнения мочевого пузыря, в какой мере его это беспокоит и нарушает сон, и при необходимости следует дать ему ночной горшок.

Плохая ориентация полусонного старика может привести к несчастным случаям: падениям и переломам, к конфликтным ситуациям, когда старик попадает в чужую палату и пытается лечь в постель, уже занятую другим больным. При частом ночном диурезе можно рекомендовать больному не принимать жидкости непосредственно перед сном. Однако следует учитывать, что некоторые больные пожилого и старческого возраста с целью уменьшения ночного диуреза отказываются от жидкости и жидкой пищи уже со второй половины дня, что ведет к значительному снижению суточного потребления жидкости и суточного диуреза. Дегидратация организма весьма нежелательна и даже опасна, так как способствует развитию общей интоксикации. В связи с тем что старики вообще склонны уменьшать количество вводимой жидкости, необходимо тщательно учитывать водный баланс, принимая во внимание, что для выведения продуктов обмена с мочой для пожилого и старого человека суточный диурез должен быть не менее одного литра.

Несмотря на вырабатывающуюся с возрастом осторожность, несчастные случаи с пожилыми и старыми людьми — явление довольно частое. Они могут возникать и в помещениях, в частности, в палатах, в ваннных комнатах, туалетах и коридорах больниц и домов престарелых. Главным образом это травмы при падении, в результате которых происходят переломы конечностей, главным образом шейки бедра и костей предплечья, ребер и более тяжелые последствия при ушибах головы. Снижение зрения и слуха, недостаточные координация движений и способность сохранить равновесие — обычные причины падения стариков, а возрастные изменения в костной ткани (остеопороз) — причина легко возникающих переломов. Плохое освещение и особенно переход из хорошо освещенных в темные помещения, отсутствие специальных опор увеличивают частоту несчастных случаев. В помещениях, где находятся старые люди, не должно быть дорожек. Пол должен быть чистым, сухим и нескользким. Нередки несчастные случаи, связанные с купанием в ванне. Это падение в скользкой ванне, лишенной поручней, или возле нее на скользком полу. Или ожоги, часто фатальные, когда пожилой человек или старик, находясь в ванне, открывает кран горячей воды и теряет сознание из-за сердечного приступа или нарушения мозгового кровообращения. Принимающий ванну должен быть предупрежден, что вначале надо ванну наполнить теплой водой, получить нужную температуру, а уже потом садиться в ванну. При приеме душа вначале надо отрегулировать температуру воды, а затем уже становиться под душ. Не следует принимать душ температуры выше 35° и направлять горячий душ на голову. Опоры и резиновые коврики, срочная сигнализация — обязательные принадлежности ванной комнаты, где принимают ги-

гигиенический душ и ванну гериатрические пациенты. Присутствие медперсонала при их купании крайне желательно, и даже обязательно. Ванная комната не должна закрываться с внутренней стороны.

Старый человек недостаточно устойчив при ходьбе, испытывает затруднения при переходе из горизонтального положения в положение стоя. В случаях падения, ушиба у него легко возникают травмы, переломы костей. В связи с этим в лечебных учреждениях с большим количеством больных пожилого и старческого возраста рекомендуются барьеры у стен вдоль коридора, приспособления для опоры в туалете, в ванной комнате.

Важно, чтобы постель была умеренно жесткой и не вызывала бы изгиба позвоночника. Более целесообразно две небольшие, чем одна большая, подушки; легкое, но теплое одеяло. Для профилактики пролежней большое значение имеет эластичность матраца. Он должен быть достаточно податлив, чтобы быть опорой для большой площади тела и исключить давление на относительно небольшие области. Удобный прикроватный столик с необходимыми предметами и хорошо размещенная прикроватная лампа, обеспечивающая достаточно индивидуальное освещение при чтении в постели — должны быть обязательными принадлежностями палаты.

Наличие хорошей сигнализации, уверенность в быстром приходе вызываемого персонала устраняет у больного чувство тревоги и беспомощности. Старики более чувствительны к холоду, сквознякам. Многие из них страдают фиброзитом, для которого характерны слабые мышечные боли, усиливающиеся от холода и сквозняков. Подкожножировой слой у них развит хуже, чем у молодых, это обуславливает у стариков зябкость, плохую переносимость сниженной температуры; нередко они возражают против частого проветривания палат. Оптимальной температурой палат для постельного больного является 20°C, для непостельного больного — 22–23°C. Необходимо увлажнять воздух, для чего на батареи центрального отопления следует ставить сосуды с водой.

Гигиена кожи

Возрастные изменения кожи при старении начинаются уже с 40 лет. К 60 годам заметно утончаются все слои кожи (эпидерма, дерма, гиподерма). В старческом возрасте (после 75 лет) все слои кожи резко истончаются, а гиподерма во многих местах исчезает. Значительной атрофии и дегенеративным изменениям подвергаются сальные, потовые железы и волосы. Уменьшается количество кровеносных сосудов, снижается проницаемость стенок лимфатических капилляров, некоторые даже тромбируются, просвет вен расширен, уменьшается количество нервных окончаний. В связи с гистологическими и гистохимическими изменениями, возникающими в коже, падением бактерицидных свойств значительно сни-

жается защитная функция кожи. Частые гигиенические ванны с применением мыла у пожилых и тем более старых людей нередко вызывают сухость кожи и зуд. Достаточным является купание 1–2 раза в неделю. Рекомендуется пользоваться мылом с высоким содержанием жира. Сухость кожи головы, перхоть и кожный зуд могут появиться при частом мытье головы мылом. При появлении перхоти и струпилов на коже головы рекомендуется мыть голову сульсеновым мылом 1–2 раза в месяц, в некоторых случаях изредка смазывают нарушенные участки кожи головы преднизолоновой или гидрокортизоновой мазью.

Следует обращать внимание на уход за ногами; кожа на них довольно рано изменяется в связи с ухудшением периферического кровообращения. Перед остриганием ногтей, обычно твердых и ломких, следует их смягчить теплыми масляными припарками (лучше всего из касторового масла). Уходу за ногтями ног, удалению мозолей в гериатрической практике следует придавать большое значение, так как даже небольшие изменения в области стоп, ограничивая подвижность старого человека, отрицательно воздействует на его физическое и психическое здоровье. Воспалительные процессы, вызванные травматизацией кожи и внедрением инфекции, излечиваются с трудом и могут повести, особенно при наличии сахарного диабета, к весьма неприятным последствиям, вплоть до гангрены конечностей.

Уход за больными, находящимися на постельном режиме

Длительность постельного режима — вопрос особенно важный для гериатрических больных. Длительный постельный режим у пожилых людей довольно быстро обуславливает значительные изменения структуры и функции. При нем часто появляются такие осложнения, как гипостатическая пневмония, тромбоэмболические осложнения, затрудненное мочеиспускание и инфекции мочевых путей, пролежни, снижается аппетит, что ведет к уменьшению массы тела и общей слабости. Повышается потеря белка, в результате наступающей мышечной атрофии, снижаются окислительные процессы тканей, увеличивается выведение кальция, что может быть причиной сенильного остеопороза, остеомалации; постельный режим — частая причина суставной тугоподвижности и контрактур, запоров, бессонницы, психических нарушений и депрессии.

Особенно нарушаются, дегенерируются механизмы, регулирующие функции сердечно-сосудистой системы. Особенно четко детренированность физиологических механизмов приспособления сердечно-сосудистой системы сказываются при ортостатической пробе, то есть когда больной переходит из горизонтального положения в вертикальное у него может закружиться голова и больной может упасть.

Наблюдается также резкое снижение адаптационных возможностей симпато-адреналовой системы, увеличение кислородной задолженности организма. Нарушение функционального состояния организма в условиях гиподинамии у людей пожилого и старческого возраста наступают значительно быстрее и интенсивность их более выражена, чем у людей среднего и зрелого возраста.

Особое значение имеет возможность возникновения пролежней и нарушение мочеиспускания, которое может быть следствием воспалительного процесса в мочевыводящих путях, заболеваний простаты и особенно часто наблюдается у пациентов с геморрагиями и тромбозами сосудов мозга, опухолью мозга, при выраженной дементности и т. д. Огромное значение для более быстрого восстановления здоровья людей старших возрастных групп имеет раннее применение таких методов восстановительной терапии, как легкий массаж, лечебная гимнастика в постели с особым вниманием на функцию дыхания.

Реабилитация гериатрических больных

Реабилитация рассматривается как сложный процесс, в который входят: медицинская реабилитация — лечение больных; психологическая — выведение больного из состояния психической депрессии, реактивного невроза, обусловленного перенесенным заболеванием; социальная или общественная — восстановление в семье и обществе; трудовая, профессиональная — частичное или полное восстановление трудоспособности.

Ведь процесс лечения с первого дня заболевания по существу является процессом медицинской реабилитации, успех которой зависит от того, как рано она начата. Все виды реабилитации тесно связаны между собой и имеют целью восстановление здоровья больного до обычного состояния. В пожилом возрасте процессы восстановления протекают более медленно, но они менее совершенны, что и обуславливает более затяжной период реабилитации и меньшую эффективность терапии, направленной на оздоровление организма, реализацию его скрытых приспособительных возможностей, восстановление нарушенных функций. В связи с этим в проведении восстановительного лечения людей пожилого возраста должна быть проявлена большая настойчивость и учтены возрастные особенности их физического и психического состояния.

Восстановительная терапия заняла соответствующее место и в лечении людей старших возрастных групп, в первую очередь, перенесших осложнения АТЕРОСКЛЕРОЗА — мозговой инсульт и инфаркт миокарда, а также травматические повреждения, легко

возникающие в пожилом возрасте в связи с возрастными изменениями структуры и функции опорно-двигательного аппарата. Своевременно предпринятые и систематически проведенные мероприятия в большинстве случаев приводят к функциональному восстановлению, позволяющему пожилому человеку себя самостоятельно обслуживать или только с минимальной посторонней помощью. Восстановительное лечение людей пожилого и старческого возраста следует оценивать, в первую очередь, с точки зрения социальных и моральных преимуществ как для больных, так и для окружающих. Оно дает также значительную экономическую эффективность, так как освобождает от ухода за больными большое количество медицинского персонала, а также родственников, нередко вынужденных оставить свою профессиональную деятельность в связи с необходимостью ухода за близким человеком.

В гериатрической практике эффект лечения в огромной мере зависит от авторитета медицинского работника, от веры больного в возможность улучшения своего здоровья. Оптимизм больного является очень важным фактором, способствующим эффективности восстановительной терапии. Уверенность больного в своих силах, воля к выздоровлению в значительной мере зависят от того, насколько ответственно медицинские работники относятся к лечению хронических заболеваний и их осложнений у стариков. Одним из важных принципов, которые должны учитывать медицинские работники при лечении лиц старших возрастных групп, в частности, при восстановительной терапии, должно быть положение, что организм пожилого человека обладает определенными резервами, способностью к восстановлению функций в результате правильной их тренировки и стимуляции.

В проведении восстановительной терапии следует особое внимание уделять психологическим аспектам. Для того, чтобы психологическая подготовка была достаточно эффективной, нужно очень внимательно относиться к больным пожилого возраста, оценивать их индивидуальность, понимать их переживания, учитывать, что старому человеку тяжелее вступить в контакт с окружающими.

Большое психотерапевтическое воздействие при осуществлении реабилитационной терапии имеет заранее составленный план восстановительной терапии с уведомлением пациента о его деталях. Обоснование этого плана улучшает самочувствие больного, укрепляет его решимость бороться за свое выздоровление, снимает депрессию, мысли о безнадежности. Пожилой человек осознает, что его выделяют в ту категорию, когда возможно восстановление. По мере улучшения состояния должен быть составлен план, проведена психологическая подготовка к дальнейшему образу жизни пациента с учетом социальной обстановки, в которую ему придется возвра-

таться. При осуществлении реабилитационной терапии на ее различных этапах в случае необходимости нужно принимать лекарственные препараты в так называемой гериатрической дозировке. Однако после острого периода основными должны быть: ДВИЖЕНИЕ, ПОСТОЯННАЯ ТРЕНИРОВКА, необходимые как для восстановления нарушенных функций конечностей (при гемиплегии, травматическом поражении), так и для общего гомеостаза.

Восстановительная терапия у больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения с парезами и параличами, а также травмы, занимает особое место в гериатрической реабилитации и требует особого внимания и специального обучения медицинского персонала.

Одно из важных правил тренировки — не делать за больного того, что он может сделать сам. Пожилому человеку нельзя постоянно помогать, так как он привыкает к этому и не хочет делать попыток к самообслуживанию. Такая зависимость от других лиц очень часто может сказаться отрицательно и нарушить всю программу реабилитации. Важно ежедневное проведение реабилитационных упражнений. Это весьма существенно для людей старших возрастных групп в связи с тем, что при нерегулярных упражнениях между ними легко теряются уже достигнутые успехи и начинаются отрицательные тенденции.

Необходимо учитывать принцип целостности организма пожилого человека, огромное значение рефлекторных воздействий со здоровой стороны на больную и поэтому уделять внимание упражнениям не только пораженной, но и здоровой части тела. При недостатке активных движений и в здоровой части тела у людей пожилого возраста легко развиваются тугоподвижность суставов, костная и мышечная атрофия, что снижает возможность компенсации недостаточности функции пораженной части.

Большое значение имеет правильность проведения упражнений. Вначале они должны выполняться в медленном темпе, что особенно важно для больных с гемиплегией, у которых замедлены психические реакции. Только после того как движение проверено и делается правильно, возможно учащение темпа упражнения. Весьма желательны групповые занятия, снижающие чувство изоляции. В отделениях реабилитации должно быть специальное оборудование: передвижные стулья, кресла, подпорки, облегчающие ходьбу, и т. п. Важно приучить больного вначале к частичному, а затем к полному самообслуживанию. Целесообразны взаимопомощь, питание не в палате, а в общей столовой больницы и т. д.

Одним из основных факторов восстановительной терапии является хорошо организованная трудотерапия, осуществляемая с уче-

том медицинских показаний, обусловленных необходимостью восстановления функций пораженной части тела, профессиональных навыков и психологической установки больного. Трудотерапия имеет очень большое значение для чувства неполноценности, беспомощности пожилого человека.

В определенном периоде реабилитации по мере восстановления функций такой пациент должен заняться какой-нибудь работой, причем вполне добровольно. В процессе трудотерапии не обязательно должны изготавливаться предметы, имеющие практическое значение. Хорошо, если пожилой человек выполняет работу в рамках своего обычного увлечения. Это создает чувство удовлетворенности и радости и очень помогает восстановлению внутреннего душевного равновесия.

В комплексе реабилитационной терапии пожилых людей большое значение имеет аппаратная физиотерапия, массаж, местные гидротерапевтические и тепловые процедуры, особенно необходимые для восстановления функций при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. При проведении этих мероприятий у людей пожилого возраста необходимо соблюдать большую осторожность в связи с несовершенством приспособительных возможностей их организма и нередко парадоксальными реакциями на температурные и другие раздражители.

На адаптационные возможности организма пожилых людей независимо от их возраста чрезвычайно положительно воздействует тренировочный режим и на заключительных этапах реабилитационной терапии. Активный двигательный режим значительно расширяет функциональные возможности системы кровообращения и дыхания; он устраняет кислородную задолженность организма, весьма положительно действует на состояние свертывающей и антисвертывающей системы крови.

Довольно актуальным является вопрос об организационных формах реабилитационной терапии людей старших возрастных групп, о создании для них специальных стационаров (отделения медико-социальной помощи, об амбулаторном проведении восстановительной терапии). Успех восстановительной терапии во многом зависит от того, как осуществляется социальная, общественная реабилитация пожилого человека, возвращающегося из больницы в семью, в обычные условия. Это особенно важно для больных с остаточными явлениями парезов, параличей; они обычно стыдятся своей физической неполноценности. Необходимо подавить склонность пациента к изоляции и депрессии еще в период лечения в стационаре. Для этого нужен не только психологический контакт медработника с больным, но и тесный контакт медработника с его семьей. Близких больного следует ознакомить с сущностью болезни, ее послед-

ствиями, с перспективами восстановления пораженных функций, с правилами ухода за больным и воздействия на его психику.

В лечебных учреждениях для лечения и реабилитации хронических больных медработники в определенные дни недели должны проводить беседы с родственниками пациентов, возвращающихся в домашнюю обстановку или уже вернувшихся в семью. Во время этих бесед-консультаций разъясняются многие вопросы как медицинского, так и социального характера.

По возвращении домой пожилой человек нуждается в периодическом контроле авторитетного врача, медсестры, способных сохранить у него оптимизм и веру в возможность улучшения его состояния. Без этого пациент часто впадает в апатию, не соблюдает предписанного режима, прекращает назначенные ему упражнения, трудотерапию. Результатом этого является постепенная утрата частично восстановленных функций, ухудшение состояния, весьма отрицательно воздействующее на психику больного, вызывающее у пожилого человека рецидив чувства безнадежности, депрессии.

Создание дневных стационаров для людей старших возрастных групп, нуждающихся в восстановительном лечении, широко практикуемое в настоящее время, является удачной формой, способствующей более эффективной как медицинской, так и социальной реабилитации, больные, которых приводят утром и забирают вечером, в этих дневных стационарах получают необходимые физиотерапевтические процедуры; занимаются трудотерапией, соблюдают нужный режим питания и отдыха; их периодически осматривает врач.

Положительной оценки заслуживают и другие формы — организация клубов для пожилых людей с возможностью проведения трудотерапии, с настольными играми и т. д., разные варианты привлечения общественного актива им в помощь.

Чрезвычайно важным разделом социального восстановления является трудовая, профессиональная реабилитация. Наряду с медицинской, функциональной и семейно-бытовой реабилитацией она необходима для полного социального восстановления. В большинстве случаев для людей пожилого возраста с целью использования их трудоспособности необходимо уменьшение объема и интенсивности рабочей нагрузки — создание облегченных условий труда. Трудовая деятельность способствует более быстрому восстановлению здоровья. Однако для того, чтобы осуществить по возможности полную реабилитацию — от «постели к рабочему месту», — необходима хорошо продуманная поэтапная методическая разработка программ восстановления в соответствии с профилем заболевания. Еще в условиях стационара, а затем при амбулаторном лечении должны быть установлены оптимальные физические и умственные нагрузки соответственно профессии пациента. Должен

быть решен вопрос о возможности облегчения прежнего профессионального труда, что является наиболее желательным, или необходимости приобретения новых навыков соответственно роду занятий, которые возможны для реабилитируемого.

Медицинское и социальное обслуживание старых людей должно быть построено по единой системе, которая, несмотря на разные формы помощи, организуемой учреждениями здравоохранения и социального обеспечения, достигла бы единой цели — сохранения или восстановления физического здоровья трудящихся нашей страны в заключительные периоды их жизни.

Физиотерапия. При назначении физиотерапевтических методов лечения необходимо учитывать особенности стареющего организма и, в первую очередь, сердечно-сосудистой системы, изменения ее реактивности. Назначению аппаратной физиотерапии бальнеологических процедур должно предшествовать тщательное клиническое исследование, изучение функции сердечно-сосудистой системы пожилых людей. Следует учитывать, что любые виды лечения физическими методами оказывают через ЦНС не только местное, но и общее воздействие, требует мобилизации часто значительных резервов, которыми организм пожилого человека, как правило, не обладает.

Учитывая несовершенство регуляторных и приспособительных механизмов в пожилом возрасте, необходимо определить **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ, ИНТЕНСИВНОСТЬ И ПЛОЩАДЬ** воздействия процедур в соответствии с состоянием пациента. В связи с затяжным восстановительным периодом необходим более длительный отдых непосредственно после процедур, надо учитывать весь режим дня и нагрузки, связанные с лечением другими методами и обычной деятельностью пациента.

Установлена наибольшая эффективность от гальванизации и электрофореза при малой силе тока. Термические раздражители у пожилых людей вызывают весьма слабые и замедленные компенсаторные реакции в функции капилляров кожи. Часто они являются неадекватными и даже парадоксальными, а на тепловой раздражитель наблюдается не расширение, а сужение периферической сосудистой сети, повышена чувствительность к ультрафиолетовому облучению. Как правило, хорошо переносится лекарственный электрофорез, лечение ультразвуком с введением медикаментов с кожи, местное применение токов ультравысокой частоты, токов Бернара в уменьшенных дозировках. Как эквивалент курсового лечения инъекциями 2% раствора новокаина может быть рекомендовано введение 5% раствора новокаина путем электрофореза.

При проведении электропроцедур следует учитывать пониженную чувствительность нервных окончаний кожи к раздражителям, трофические ее нарушения и легкую травматизацию. Кожа после

ожогов, обусловленных передозировкой или неправильным наложением электродов, восстанавливается очень плохо, и нередко возникают стойкие трофические расстройства.

Большую осторожность необходимо соблюдать при назначении и проведении водолечения. Лица старших возрастных групп, как правило, хорошо переносят кислородные, азотные, йодобромные ванны, большую нагрузку на сердечно-сосудистую систему дают сероводородные ванны, которые в большинстве случаев следует рекомендовать только как местную процедуру на конечности. Неблагоприятное воздействие на коронарное кровообращение у людей с коронаросклерозом, склонностью к обострению коронарной недостаточности часто наблюдается при применении углекислых (нарзанных) ванн. Назначать их больным старше 60 лет необходимо после строгой оценки состояния больного, изучения ЭКГ данных; как правило, эти ванны назначаются больным, уже успешно лечившимся ими в недалеком прошлом. Приему углекислых ванн должны предшествовать хвойные или кислородные ванны.

Большой нагрузкой для пожилых людей является подводный массаж. Кишечные ванны следует делать только в горизонтальном положении.

Методы физической терапии играют важнейшую роль в профилактике преждевременного старения, в лечении заболеваний, особенно в период реабилитации. В то время как обычные пути лекарственной терапии и реабилитации нередко ведут к развитию интоксикации, аллергических реакций, методы физической терапии, как правило, позволяют избежать этой опасности, и в этом одно из их больших преимуществ.

Лечение на курортах

Правильный путь лечения пожилого человека может быть найден при учете не только изменений в структуре и функциях организма, что, безусловно, обязательно, но и жизненного анамнеза больного, его образа жизни, предшествующих методов терапии. Вопрос для направления на курорт для питьевого лечения и бальнеотерапии по-разному решается для больного, направленного повторно, когда известна его реакция на изменение климата и лечение в недалеком прошлом, и в том случае, если встает вопрос о целесообразности лечения на курорте впервые либо после большого перерыва, когда произошли значительные сдвиги в состоянии здоровья больного.

Механизм лечебного воздействия курортных факторов довольно сложен. Он обусловлен целым комплексом, в котором очень велико значение бальнеологических процедур, климата, приема минеральных вод, рационального питания с применением лечебных диет и, что особенно важно для людей старших возрастных групп, за-

нимающихся умственным трудом, двигательной активностью, способствующей нормализации функций и обменных процессов, как правило, нарушенных у этой группы людей.

Очень большое значение имеют изменения обстановки, фактор отвлечения. В связи с этим нередко может и должен ставиться вопрос о целесообразности направления пожилых людей на курорты, в частности, бальнеологического профиля с хорошими климатическими условиями, даже в тех случаях, когда использование основного лечебного фактора курорта противопоказано (грязи, рапные, серные, нарзанные ванны), но с успехом могут быть использованы другие, не менее важные лечебные факторы.

Прежде чем принять решение о направлении пожилого человека на санаторно-курортное лечение, необходимо провести особенно тщательное клиническое обследование его с применением различных методов функциональной диагностики, чтобы исключить скрыто протекающие заболевания и правильно оценить функциональные возможности пациента.

Лекарственная терапия

Действие лекарственного вещества, его побочный токсический эффект в большей степени зависит от того, как осуществляется его всасывание и выведение из организма. Ход этих процессов в стареющем организме и их взаимоотношения значительно отличаются от таковых у людей зрелого возраста. В силу наступающих структурных и функциональных изменений со стороны желудочно-кишечного тракта всасывание медикаментов, назначенных внутрь, с возрастом уменьшается. Поэтому ряд препаратов у многих людей пожилого возраста поступает в организм в меньших количествах, более медленно, чем у молодых. Снижение усвоения некоторых медикаментов, в частности, железа, не только уменьшением всасывания их в желудочно-кишечном тракте, но и изменением депонирующих функций некоторых органов, в первую очередь, печени. Препараты, вводимые подкожно и внутримышечно, также действуют часто значительно позже и менее интенсивно в связи с замедленным рассасыванием введенного вещества. При старении изменяется выделение из организма лекарственных средств. Возрастные особенности экстреторной функции ряда органов и, в первую очередь, почек, выделительная функция которых с возрастом уменьшается, а также печени, кожи, ослабление интенсивности обменных циклов приводит к тому, что многие фармакологические вещества медленнее выводятся из организма, более длительно циркулируют в нем. В связи со снижением обезвреживающей функции печени в организме накапливаются введенные препараты и продукты их распада. Все это облегчает возникновение лекарственной интоксикации у людей пожилого возраста.

Особенности фармакодинамического действия различных лекарственных средств в стареющем организме обусловлены и изменением способности белков крови и органов связываться с лекарственными веществами возрастных изменений их физико-химических свойств и реакционной способности. Сдвиги в белковом составе крови за счет уменьшения количества альбуминов, увеличение грубодисперсных фаз глобулинов, изменения в составе липопротеидов могут быть причиной измененного транспорта введенных медикаментозных средств, замедленной скорости их диффузии через сосудисто-тканевые мембраны, подвергшиеся возрастным изменениям. В особенностях фармакодинамического действия ряда лекарственных препаратов в организме людей старших возрастных групп играет роль и возрастное ослабление активности ферментных систем, принимающих участие в метаболизме. Это во многом изменяет ход и направленность реакций организма в указанные возрастные периоды, приводит к накоплению продуктов полураспада введенных веществ.

Безуспешность, а иногда и отрицательный эффект применяемой терапии могут быть следствием изменений реактивности клеток, их истощения, что обусловлено старением организма и наложением патологического процесса, способствующего инфлюэции и атрофии. Процессы атрофии, наблюдаемые при старении, — важный фактор, изменяющий фармакодинамику лекарственных средств. Следует учитывать, что с возрастом инволюция паренхиматозных тканей происходит значительно интенсивнее, чем других, поэтому масса тела не может быть критерием дозировки медикаментов.

Рекомендуемая литература:

1. Гериатрия // Под ред. Д. Ф. Чеботарева. — М.: Медицина, 1990. — 240 с.
2. Двойников С. И., Осипов В. В. Сестринское дело в гериатрии: Учебное пособие. — Самара, 1999. — 120 с.
3. Коркушко О. В., Чеботарев Д. Ф., Калиновская В. Г. / Гериатрия в терапевтической практике. — Киев: Здоровье, 1993. — 840 с.
4. Котельников Г. П., Яковлев О. Г., Захарова Н. О. Геронтология и гернатрия.: Учебник. — Москва, 1997. — 800 с.
5. Медицинские и социальные проблемы в геронтологии / Под ред. Г. П. Котельникова, Яковлева О. Г., Захаровой Н. О. — Самара, 1996. — 286 с.
6. Мухина С. А., Тарновская И. И. / Теоретические основы сестринского дела: Учебное пособие в 2-х частях, ч. 2. — Москва, 1998. — 208 с.
7. Практическая гериатрия / Под ред. профессора Г. П. Котельникова и О. Г. Яковлева. Самара, 1995. — 320 с.
8. Справочник медицинской сестры по уходу / Под ред. академика РАМН Н. Р. Палеева. — М., 1994. — 332 с.

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Становление и определение паллиативной медицины, ее роль и значение в здравоохранении

*«Смерти я не боюсь,
В ней нас много, я знаю.
Умиранья боюсь, в котором каждый
один,
А я умираю».*

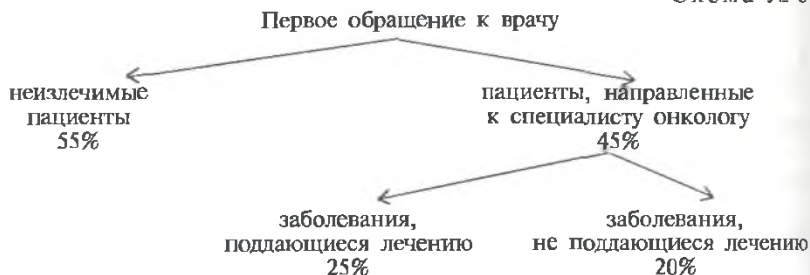
(Чешский поэт)

Проблемы клинической онкологии остаются в центре внимания медиков всего мира. Несовершенство профилактики, несвоевременная диагностика и неутешительные результаты лечения ведут к неуклонному росту числа онкологических пациентов IV клинической группы и смертности от рака во всем мире. Всемирная Организация Здравоохранения считает, что если подобная тенденция сохранится, то смертность от злокачественных новообразований вскоре выйдет на первое место в мире среди причин смерти.

В настоящее время злокачественные новообразования являются второй (после заболеваний сердечно-сосудистой системы) ведущей причиной смерти граждан нашей страны.

До 75% пациентов со злокачественной опухолью уже на амбулаторном этапе при первом обращении к участковому врачу и онкологу имеют терминальную стадию заболевания и нуждаются в паллиативной помощи. (Схема № 6).

Схема № 6



В связи с достаточно большим (75%) количеством пациентов, имеющих неизлечимую или терминальную стадию заболевания, становится актуальным вопрос о соответствующей помощи таким пациентам, то есть о паллиативном лечении. В специализированной помощи нуждаются больные со злокачественными опухолями, необратимой сердечно-сосудистой, почечной, печеночной недостаточностью, тяжелыми необратимыми поражениями головного мозга, иногда больные СПИДом и др.

Следует подчеркнуть разницу между радикальной и паллиативной медициной. РАДИКАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА нацелена на излечение болезни и использует все средства, имеющиеся в ее распоряжении, пока есть хоть малейшая надежда на выздоровление. В радикальной медицине все средства, какие возможны для излечения пациента, вплоть до риска для жизни, применимы ради выживания пациента, продления его дней и даже часов.

Паллиативная медицина приходит на смену радикальной с того момента, когда все средства использованы, эффекта нет, и перед пациентом возникает перспектива смерти.

В ОСНОВЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ЛЕЖИТ:

- система поддержки пациента, помогающая ему жить настолько возможно качественно в финальный период его жизни;
 - уход за пациентом, основанный на искренней заботе и милосердии;
 - психологическая и духовная помощь пациентам перед лицом надвигающейся смерти;
 - устранение или облегчение страданий обреченных пациентов, вызванных болью и другими мучительными симптомами;
 - психологическая помощь членам семьи и близким пациента.
- Термин «паллиативный» имеет латинское происхождение — «*pallium*» — плащ, покрытие.

Паллиативная помощь — это активная всеобъемлющая забота о пациентах, заболевания которых не поддаются излечению, направленная на удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациента (ВОЗ).

Паллиативная помощь — «это вид терапии, который:

- признает невозможность излечения или сдерживания болезни в течение длительного времени;
- связан скорее с качеством, а не с продолжительностью жизни больного;
- устраняет неприятные и тягостные симптомы с помощью лечения, главная и единственная цель которого — сделать жизнь пациента как можно комфортнее».

Цель паллиативного лечения — «помочь больным максимально сохранить и поддержать свой физический, эмоциональный, духов-

ный, профессиональный и социальный потенциал независимо от ограничений, обусловленных прогрессированием болезни» (ВОЗ).

Коллеги из Халфорда употребляют такое понятие как «терминальное лечение», под которым понимают систему мероприятий по уходу за пациентами с неминуемым смертельным исходом... и близкой кончиной, для которых медицинская помощь выражается не в (лечебной) терапии, а в облегчении симптомов и создании системы поддержки как пациентов, так и семьи (1973, HMSO).

Паллиативная помощь состоит из следующих компонентов:

- контроль за симптомами;
- реабилитация;
- забота об умирающих;
- психотерапия;
- поддержка семьи во время болезни близкого человека и после его смерти;
- обучение;
- исследования.

Участие медицинской сестры во всех компонентах паллиативной помощи является обязательным и обеспечивает эффективность ее проведения.

Паллиативное лечение:

1. Утверждает жизнь и воспринимает умирание как естественный процесс.
2. Не ускоряет и не оттягивает смерть.
3. Воспринимает пациента и его семью как единое целое для своей заботы.
4. Проводит контроль за болью и другими тяжелыми симптомами.
5. Объединяет психологические, социальные и духовные аспекты заботы и лечения пациентов.
6. Предоставляет пациентам систему поддержки активной жизни до самой смерти, насколько это возможно.
7. Предоставляет систему поддержки и оказывает помощь семье в период болезни и смерти близкого человека.

То, что человек смертен, а иногда, по словам героя Булгакова «внезапно смертен», теоретически известно всем. Но мысль о том, что находится там, за гранью, настолько пугающа, что, как правило, зажмурить глаза и постараться сосредоточиться на ходе своей жизни гораздо легче. Это действительно дает некоторый психологический комфорт (не случайно знаменитый Карнеги советовал жить в отрезке настоящего). Но ситуация тяжелой болезни близкого становится невыносимой. И для безнадежно больного человека, не верующего ни во что, кроме реалий сегодняшнего дня, процесс ухода будет крайне тяжел.

Хорошее паллиативное лечение предусматривает наличие:

1) **эффекта** от оказываемой медицинской помощи, что обеспечивает лучшее качество жизни пациента и его близких, отсрочку с поступлением в больницу или хоспис, большой выбор места лечения — больница, хоспис, дом. Эффект достигается *контролем* за болью и проявлением различных симптомов заболевания (кишечная непроходимость, недержание мочи, бессонница, тошнота, рвота, депрессия, страх и т. п.) и *помощью* в психологических, социальных и духовных проблемах;

2) **сотрудничества**, которое обеспечивается слаженной работой группы людей — это близкие родственники или друзья пациента, врачи, социальные работники, духовные лица, юристы, психологи, добровольные помощники — волонтеры, медицинские сестры и т. д. У каждого из них своя задача. Здесь пациент рассматривается как член группы (команды);

3) **коммуникативных способностей**, что обеспечивает понимание пациента и его семьи, способствует более эффективному решению проблем, правильному разъяснению имеющихся опасений и страхов, оптимальному выбору места лечения.

Таким образом, эффективное паллиативное лечение отвечает нуждам пациента и его семьи на всех уровнях, удовлетворяет физические, эмоциональные, социальные и духовные потребности, где большое значение имеет сотрудничество и тесное взаимодействие между специалистами. Лечение может быть эффективным, особенно при слаженной работе коллектива, где общение с пациентом занимает центральное место. Это трудная работа, но очень ценная.

Паллиативная помощь проводится:

- на дому;
- в поликлинике (дневной стационар — дневной хоспис);
- в стационаре (койки паллиативной помощи, отделение паллиативной помощи);
- в специальной больнице паллиативной помощи (хоспис);
- выездной службой паллиативной помощи.

В давние времена рождение и смерть обычно происходили в семье, дома и воспринимались как естественные события. С развитием цивилизации и медицины рождение и смерть были перенесены в новые, и зачастую странные, пугающие условия: современные стационары, где члены семьи являлись (и являются поныне во многих клиниках нашего здравоохранения) просто гостями, а контроль за состоянием пациента осуществляли незнакомые профессионалы-медики.

Принципы оказания паллиативной помощи дома и в условиях стационара одинаковы. Но в условиях дома больше психологических и физических проблем испытывают родные пациента, что необходимо учитывать при планировании паллиативной помощи.

Благодаря системе помощи на дому, важным аспектом которой является консультирование и обучение, около 50%, и даже более, пациентов могут оставаться дома. Паллиативная помощь на дому осуществляется врачами и медицинскими сестрами, которые дают советы по лечению и уходу, обеспечивают поддержку всей семье. Большое количество пациентов имеют возможность оставаться дома до наступления смерти. В дневной стационар пациентов привозят и увозят волонтеры. Дневной стационар принимает около 10–15 пациентов в день – тем самым оказывается социальная поддержка и обеспечивается отдых семье. Осуществляется сестринский уход и дополнительное обслуживание, которое включает: водные процедуры, парикмахерские услуги, маникюр, педикюр, массаж.

В стационар пациенты поступают на короткое время, для контроля за симптомами, чтобы помочь семье, а также для последнего пристанища. 40–50% прибывающих возвращаются домой или к родственникам. Средняя продолжительность пребывания в стационаре – 8–10 дней. Важно подчеркнуть необходимость эффективного соотношения количества медицинского персонала с количеством пациентов, потребности которых в лечебной помощи и уходе, как правило, значительны.

Особо следует подчеркнуть широкое участие в хосписном движении добровольцев – волонтеров, число которых нередко превышает число работающих профессионалов. Подготовка волонтеров для работы в хосписах имеет важное значение и должна проводиться на таком же уровне, как и медицинского персонала, то есть они должны иметь соответствующие навыки общения с умирающими, знать потребности пациентов в питании, уметь помочь при сильных болевых ощущениях, иметь навыки ухода за людьми, потерявшими близких, а также быть адаптированными к эмоциональным реакциям на болезнь и смерть. Опыт канадских коллег показал, что наиболее эффективно работающие добровольцы имели печальный опыт потери дорогого для них человека. Ниже приводится примерный состав специализированного персонала в канадском хосписе (см. таблицу № 24. Специализированный персонал хосписа).

Таблица № 24

Специализированный персонал хосписа

Персонал	1989	1996
Медицинские сестры	59	87
Волонтеры	48	79
Врачи	34	67
Работники социальной сферы	31	50
Физиотерапевты	18	37
Психотерапевты	5	13

В нашей стране пока мало уделяется внимания волонтерской деятельности, не существует экспериментально-психологических исследований системы добровольной помощи онкологическим больным, нет программы подготовки волонтеров в медико-социальных учреждениях типа хосписа. Отсюда вытекает необходимость изучения специфики волонтерской деятельности, выявления наиболее нужных добровольцам знаний, а также психологических способов снятия эмоционального напряжения, связанного с работой, что будет способствовать развитию системы добровольной помощи в России и ее эффективности.

Слово «хоспис» — латинского происхождения, означает «дом для приюта странников» или «странноприимный дом», которые существовали еще во времена средневековья, для оказания помощи заблудившим странникам, шедшим на поклонение в святую землю (Палестину) к Гробу Господню.

В 1842 году мадам Жиан Гарньер создала в Лионе (Франция) первое заведение для ухода за умирающими от рака больными. Ирландские сестры милосердия открыли такой же хоспис в Дублине в 1879 году, а затем в Лондоне в 1905 году был открыт приют Святого Кристофера, который возглавила баронесса Сесилия Сондерс. Она была социальным работником, затем получила диплом медицинской сестры, а потом и диплом врача. В возглавляемом ею учреждении оказывали не только квалифицированную помощь умирающим и их близким, но и стали разрабатывать стандарты паллиативной медицинской помощи, чтобы методы такой помощи могли использоваться и в домашних условиях.

Постепенно, начиная с конца 40-х годов, в таких приютах интенсивно накапливаются научно-медицинские знания и практический опыт по оказанию квалифицированной, действенной помощи умирающим, в особенности, в области лечения хронической боли, использования психотропных средств, паллиативной химиотерапии и радиотерапии онкобольных в последней стадии, учета психологической реакции семьи на стресс и понесенную утрату и т. д.

В конце 60-х годов в Европе и США родилось современное хосписное движение, которое заложило основы понимания потребностей умирающих и позволило создать специальную службу паллиативного ухода за пациентами. Одним из первых, в 1967 году, открылся хоспис в Англии. Однако общественное движение за создание хосписов столкнулось с серьезными препятствиями морального порядка: своеобразным «табу» общества, которое отказалось публично обсуждать саму проблему смерти.

В то же время супруги Розмари и Виктор Зорза явились инициаторами общественного хосписного движения в США, хотя американское общество и не было настроено широко обсуждать проблемы достойной смерти. Сенсацию принесла книга супругов Зорза

«Путь к Смерти. Жить до конца». Они написали ее после того, как в 1975 году умерла от рака их 25-летняя дочь Джейн. Джейн Зорза умирала в хосписе в Англии, и благодарные его создателям родители в своем почти документальном рассказе показывают и высокое назначение этого учреждения, и то, какими качествами должен обладать каждый работающий в нем. Они написали то, как их дочери оказали не только медицинскую помощь, но и моральную поддержку, так как она была неизлечимо больна и должна была умереть. Она прожила всего несколько месяцев и доказала, что, умирая, не обязательно переживать тот ужас, что рисует нам воображение. Ее смерть — это своего рода победа в битве, выигранной у боли и страха.

В. Зорза в своей книге «Путь к Смерти» сумел разглядеть главное, что должно отличать работу настоящей медсестры, врача. Боль человеческую нельзя излечить без соболезнования, сопереживания. Человековедению, человеколюбию надо учить так же, как анатомии, терапии, фармакологии... История Джейн, рассказанная ее родителями, стала частицей истории медицины, истории нравственного становления человечества...

Скончался Виктор Зорза в 1996 году: «Умер человек, успевший много сделать для умирающих», — так называлась статья А. Васинского, опубликованная в газете «Известия».

В 1995 году в Санкт-Петербурге издана книга Андрея Гнездилова «Путь на Голгофу». Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе». Обращаясь к читателям, автор пишет: «...Побудительным импульсом к написанию этого труда явилось развитие хосписного движения в России и желание автора защитить это движение от всяческого искажения.

В самом деле, экологическая ниша, которая образовалась в результате семидесятилетнего забвения в нашей стране проблем смерти, вдруг привлекла всеобщее внимание. Но, к сожалению, вместе с энтузиастами нового дела в нее устремились и вновь испеченные дельцы от медицины, экстрасенсы, целители и прочие, дискредитирующие саму идею хосписа в попытке тайно или явно нажиться за счет нужд самых несчастных больных, от которых отказалась официальная медицина и которые приблизились к последней черте.

Другая опасность — чиновники и бюрократы, которые прежде отбрасывали саму идею хосписа, мотивируя это нехваткой средств для «перспективных» больных. Теперь они же, спеша за модой и карьерой, ринулись насаждать хосписы, не сообразуясь с едиными мировыми стандартами, не обучив персонал, не создав элементарно приемлемых условий для больных.

И, конечно же, самое печальное, что из нужд больных вновь пытаются извлечь корысть, нажиться за их счет. всячески оговари-

вая платность лечения или пытаясь создать элитарные учреждения для избранных. Впрочем, дано ли кому на земле избежать смерти?..

Гуманизм в отношении умирающих необходим. И, в первую очередь, тем, кто взялся за благородное, но невероятно трудное дело помощи таким больным».

«...Какими бы ни были наши представления о жизни и смерти, человек, обреченный на преждевременный уход из жизни, вправе прожить свой последний час, осознавая и весь трагизм, и все его величие.

Хоспис дает такую возможность.

Обращаясь к нашему мятущемуся миру, хотелось бы в связи со всем вышеизложенным подчеркнуть важность создания таких очагов милосердия, любви и сострадания, коими по сути своей и являются хосписы, основанные на гуманных принципах христианства».

«...Хоспис рассчитан на помощь больным и не менее нуждающимся в моральной поддержке и психологической помощи их близким, переживающим вместе с ними те же стрессы. Но здесь не обитель слез и печали, какую может нарисовать воображение обывателя. Мы видим хоспис прежде всего местом, где воскресает человеческая Душа, приобщаясь к Всевышнему».

ХОСПИС — это не только медицинские, но и в большей мере гуманитарные учреждения, идея этих заведений вытекает из достаточно высокого уровня цивилизованности, гуманности общественных нравов и представлений.

В России такой трудоемкой работой по созданию типовых учреждений занимался 15 лет ленинградский врач, философ, скульптор, музыкант Андрей Гнездилов. Он бился для их создания с общественностью, с государственными чиновниками, но поддержки не получил и только благодаря попечительскому совету, в который входили Мстислав Ростропович, патриарх Алексей Второй, Дмитрий Лихачев, Эдуард Шеварднадзе и др., несмотря на то, что сопредседателем Британско-советского общества «Хоспис» стала Маргарэт Тэтчер, он смог добиться своей цели. В 1990 году был создан первый хоспис для онкобольных в Лахтинском районе Санкт-Петербурга, это медико-социальное учреждение, предоставляющее свой уход на дому, амбулаторию в клиниках, стационарах, онкоцентрах. В год через его стационар проходит около 300 пациентов, патронажные сестры оказывают помощь на дому примерно 400 пациентам.

Как психотерапевт, Гнездилов помогает больным и их родственникам пережить стресс, возникающий в качестве ответной реакции на страх, страх перед смертью. В конце жизни ценности для человека меняются, он оказывается в замкнутом круге своих ошибок и переживаний. Задача медицинского работника в хосписе — помочь

человеку освободиться от этих пут. И в России эту задачу выполняют с честью. Побывав в лахтинском хосписе, медсестры-англичанки сказали: «Мы лучше вас облегчаем боль, но вы лучше облегчаете страдания больного».

А в сентябре 1994 года начал свою деятельность первый Московский хоспис во главе с врачом Верой Миллионщиковой. За время существования хосписа в нем проработало 62 добровольных помощника, из которых 41 составляет нынешний штат сотрудников, 8 трудятся в качестве волонтеров, 12 человек покинули хоспис по личным причинам или их не принял коллектив в силу их неспособности справиться с поставленными перед ними задачами.

В. В. Миллионщикову журналисты называют ангелом смерти, но иные говорят о ней как об учителе жизни, потому что она помогает людям достойно прожить отпущенное им время. «В этом доме не чувствуешь смерти, хотя здесь умирают люди. Умирают часто. В ту неделю, которую я пробыла там, скончались 9 человек. Это была тяжелая неделя даже для персонала» — писала корреспондент «Комсомольской правды» Е. Ардабацкая.

Здесь ты не имеешь права расслабляться, следуя за своим горем и теряя контроль над собой. Всегда может случиться что-то еще более страшное или просто кому-то понадобится твоя помощь: даже просто поменять пеленку гораздо гуманнее, чем мотать слезы на кулак. Здесь не говорят страшного слова «умер». Говорят — не умер, а ушел, потому что как бы часто человек ни видел смерть рядом, говорить о ней всегда тяжело.

Число человек в палатах хосписа выверено-проверено — либо на одного, когда надо побыть без людей, либо — на четверых. Двое привыкают друг к другу и тяжелее переносят утрату соседа. Если палата на троих, двое непременно объединятся против третьего. Нормальная житейская психология.

По мнению главного врача хосписа, относительными «противопоказаниями» к работе в учреждении данного типа являются отсутствие социальной поддержки для самого добровольца, недостаточные пережитые потери в прошлом, сопутствующие (то есть имеющие место в настоящее время) другие личные переживания, склонность к депрессиям, желание обращать окружающих в свою веру. Не допускается прием в добровольные помощники людей, которые совсем недавно перенесли личную утрату близкого. Они обязательно должны пройти срок адаптации не менее года. Это связано прежде всего с тем, что волонтер невольно начинает сравнивать ту помощь, которую оказывали близкому человеку, с помощью, оказываемой другим больным. Это порождает лишние переживания, усиливает чувство вины перед умершим за то, что не было сделано для него лучше и больше. Не принимаются для работы с паци-

ентами лица, которые сами страдают онкологическими заболеваниями, так как чаще всего ими движет желание узнать о том, как проходит смерть, какие страдания при этом испытывают пациенты.

В настоящее время хосписы имеются во многих городах и насчитывают около 30 учреждений, однако формы их деятельности и качество оказываемой паллиативной помощи нередко далеко не соответствуют стандартам, которые кратко описаны выше. Так, обобщая опыт работы Санкт-Петербургского хосписа, его главный врач А. Гнездилов отмечал специфику развития хосписного дела в нашей стране: в течение нескольких лет главным препятствием при оказании действенной помощи терминальным больным был лимит дозы наркотических препаратов (в настоящее время эта доза повышена); $\frac{2}{3}$ больных умирает в стационаре; много пациентов поступает социально запущенных (в том числе, в санитарном отношении); очень высокая текучесть кадров; крайне малое количество волонтеров. И, конечно, необходима система сертификации: хосписом может называться лишь учреждение, соответствующее мировому образцу.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХОСПИСА:

1. Услуги хосписа — бесплатны. За смерть нельзя платить, как и за рождение.

2. Хоспис — дом жизни, а не смерти.

3. Контроль за симптомами позволяет качественно улучшить жизнь пациента.

4. Смерть, как и рождение — естественный процесс. Его нельзя торопить и тормозить. Хоспис является альтернативой эвтаназии.

5. Хоспис — система комплексной медицинской, психологической и социальной помощи больным.

6. Хоспис — школа и поддержка родственников и близких пациента.

7. Хоспис — это мировоззрение гуманизма.

Принципы паллиативной медицины положены в основу ФИЛОСОФИИ ХОСПИСНОЙ СЛУЖБЫ и включает в себе следующие положения:

1. Смерть — естественный процесс, который, как и роды, нельзя ускорить, но также тормозить.

2. Паллиативный подход создает не условия для легкой смерти, а обеспечивает качественную жизнь до конца.

3. Качество жизни обеспечивается умелым контролем за симптомами.

4. Чуткая коммуникация позволяет динамически менять назначения в зависимости от состояния пациента.

5. Реальная поддержка пациента, осуществляемая всем персоналом хосписа в единой команде с родственниками и близкими пациента.

6. Компетентность персонала является основой доверия между пациентами и теми, кто за ними ухаживает.

7. Бесплатная помощь пациенту, его семье и близким основана на гуманном принципе, что за смерть нельзя платить.

8. Время персонала принадлежит пациенту, который и определяет протяженность контакта.

9. Осмысленность страдания лишает его остроты и делает психологически переносимым.

10. Негативные переживания пациента, родных и персонала имеют ценность для личности так же, как и позитивные, поскольку способствуют ускорению роста души, что мы видим на примере людей, переживших утрату. Они более чутки к окружающим. способны к сопереживанию и сочувствию.

11. Эстетика природы, окружения, человеческих взаимоотношений придает качество жизни больному.

12. Духовные потребности — неотъемлемое качество человеческой личности. Возможность их удовлетворения увеличивает ценность жизни.

13. Иерархия ценностей в паллиативной медицине начинается с интересов, прежде всего, самого пациента.

14. Взаимоотношения с персоналом в хосписе построены по принципу иерархии, где во главе пирамиды стоят интересы пациента. Следующее место занимают те, кого он избирает в свою референтную группу, будь то врач, медицинская сестра или санитарка.

Из философии хосписа как учреждения, осуществляющего практически постоянную помощь, логично вытекает и этика в отношении к пациенту:

- 1) отношение к пациенту как к личности;
- 2) страдание страшно не само по себе, а когда оно бессмысленно, поэтому смысл обретается в ценностях окружающего миража:
 - в поисках истины, Бога;
 - в красоте;
 - в любви;
 - в прощении и примирении с врагами;
 - в окружающем мире;
- 3) делать добро — один из важнейших этических принципов хосписа;
- 4) минимум вреда и травматичности для пациента;
- 5) оказание помощи, когда ее ждут или просят;
- 6) уважение к жизни;
- 7) принятие неизбежности смерти;
- 8) использование всех ресурсов пациента;
- 9) нельзя, чтобы лечение было тяжелее самого заболевания;

10) стремление сохранить жизнь, но при биологической невозможности должна быть комфортная смерть;

11) индивидуальным потребностям пациента дается приоритет перед социальными правилами. Пациент должен чувствовать свободу, не ограниченную режимными моментами хосписа, поскольку он живет в особом времени и пространстве;

12) чем меньше ожиданий, тем выше качество жизни;

13) больной и семья — единое целое. Забота о семье — это продолжение заботы о пациенте.

ФИЛОСОФИЯ ХОСПИСА во многом **ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИДЕЕЙ**, согласно которой это не «просто особая больница», но «**ДОМ ДЛЯ ЖИЗНИ**». Если иметь в виду стационар хосписа, то здесь должна быть создана обстановка, близкая к обычным условиям жизни человека. Необходимо предусмотреть условия для пребывания рядом с пациентом его родных, а если он, допустим, вегетарианец, то это обязательно учитывается. Здесь допускается, чтобы вместе с пациентом находилась его любимая собака или кошка, и поддерживается замечательный обычай выполнять последнюю волю пациента. Многие пациенты хосписов знают правду, здесь ее не скрывают. Однако здесь же лучше всего знают, какое это трудное искусство — сообщать плохие новости.

Программы паллиативного лечения подчеркивают, что болезнь не следует рассматривать как изолированное отклонение в физиологии, ее необходимо воспринимать с точки зрения тех страданий, которые она причиняет и больному и его семье.

Объектом помощи должен стать не только пациент, но в значительной степени его семья (Доклад Комитета экспертов ВОЗ, Женева, 1992).

Паллиативная помощь основана на общечеловеческих традициях, в основе которых лежит гуманное отношение к страданию и смерти.

В 1995 году был разработан «Биль о правах умирающего человека» (Barbuss A. J.):

Я имею право получать лечение как человек до тех пор, пока я не умру

Я имею право сохранять оптимизм или отказаться от него

Я имею право на заботу тех людей, кто может помочь мне в поддержании надежды, и признаю их право на ее утрату

Я имею право выражать свои чувства и эмоции по поводу приближения смерти так, как я этого хочу

Я имею право участвовать в принятии решений, касающихся ухода за мной

Я имею право ожидать продолжающегося врачебного и сестринского внимания даже тогда, когда излечение перестает быть конечной целью процесса и уступит место облегчению моих страданий

- Я имею право не умирать в одиночестве
- Я имею право не испытывать боли
- Я имею право получать честные ответы на мои вопросы
- Я имею право не быть обманутым, даже «во благо» мое
- Я имею право получать помощь от и для моей семьи в принятии моей смерти
- Я имею право умереть в мире и с чувством собственного достоинства
- Я имею право сохранять свою индивидуальность и не быть судимым за мои решения, даже если они противоречат ожиданиям других
- Я имею право открыто обсуждать и расширять свой религиозный и/ или духовный опыт, как бы к этому не относились окружающие
- Я имею право на то, что уважение к моему телу будет соблюдаться и после моей смерти
- Я имею право на то, чтобы за мной ухаживали заботливые, сочувствующие и знающие люди, которые приложат все усилия, чтобы понять мои нужды, и которые будут удовлетворены тем, что помогут мне встретить смерть лицом к лицу.

Права пациента, изложенные в этом документе, должны соблюдаться всем персоналом, участвующим в оказании паллиативной помощи. Последний пункт определяет и требования к медицинскому персоналу, работающему с умирающим онкологическим пациентом.

Соответственно этике паллиативной медицины вытекают **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ:**

- 1) умение слушать;
- 2) терапия присутствием;
- 3) умение служить;
- 4) умение жить с пациентом;
- 5) важность создания психотерапевтической среды;
- 6) единство команды персонала и семьи в уходе за пациентом;
- 7) привлечение волонтерской службы;
- 8) индивидуальный подход к каждому пациенту и его родственнику;
- 9) использование всех резервов;
- 10) удовлетворение духовных потребностей.

НАПРАВЛЕННОСТЬ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОМ ПОДХОДЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ЧЕТЫРЕМ АСПЕКТАМ:

1. Медицинская помощь
2. Психологическая помощь
3. Социальная помощь
4. Духовная помощь.

Универсальность такого подхода позволяет охватить все сферы, касающиеся нужд пациента и фокусировать все внимание на **СОЗДАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**. Качество жизни означает субъективное удовлетворение, испытанное или выраженное индивидуумом. Оно находится под влиянием всех параметров личности — физических, психологических, социальных и духовных. Жизнь настоящего качества, когда идеал и реальность приближены. Жизнь теряет свое качество, когда существует большой разрыв между идеальным и действительным. Измерения качества жизни невозможны, так как они показывают отдельные объективные достижения, а не субъективное восприятие мира в целом. Поэтому на первом месте в паллиативном лечении стоит не продолжительность жизни пациента, а качество этой жизни. Если мы попытаемся оценить желаемое прогнозирование смерти каждого человека, то на вопрос, кто как хотел бы умереть, большинство ответит одинаково: «Быстро, легко, дома и красиво». Расшифровка желаний людей сосредоточивается на следующих моментах: умереть легко и быстро — это значит без мучений. Сама нацеленность показывает, что общество испытывает страх перед смертью, перед страданиями, которые порой превышают страх самой смерти. Качество жизни — это принцип, позволяющий перевести бессмысленность последней борьбы в достойный уход из жизни, который не остается в памяти родных страшным апогеем отчаяния и страдания. но спокойным и величавым уходом человеческой души из тела.

Второй круг интересов пациента: «Умереть дома и красиво». То есть, личность человека не ограничивается одним физическим телом, его «Я» включает в себя как неотъемлемую составляющую его дом, его близких, гармонию жизни, которую он прожил. Потому создание хосписа как второго дома для пациента, где он может быть окружен привычными вещами, заботливым уходом и любовью, столь необходимо.

Паллиативная помощь не торопит смерть, но и не оттягивает ее наступление (Конституция Ассоциации паллиативной помощи, Милан, 1988).

В хосписе пациенту легче уже только потому, что конца здесь не ждут и не боятся. Родные и близкие также успокаиваются — им помогают и их поддерживают. Что самое главное в жизни человека, знающего о своей скорой смерти?

— Прощение. Они часто испытывают чувство вины, потому что в конце жизни их ценности меняются... Сознание смерти приводит к необычайно быстрому росту души. Меняется качество жизни, меняются ценности пациента, и, вероятно, этот процесс является не последним доводом в создании службы помощи умирающим больным.

Принципы оказания помощи российским хосписом следующие:

1. Оказание медицинской, социальной, психологической и духовной помощи некурабельным онкологическим больным.

2. Оказание психотерапевтической помощи родственникам пациента.

3. Организация и проведение поддерживающего паллиативного лечения некурабельных больных.

4. Оказание стационарной медицинской помощи больным в терминальной стадии и улучшение медицинской помощи на дому.

5. Подбор и проведение необходимой обезболивающей терапии индивидуально для каждого больного.

6. Обучение родственников по уходу за онкологическими больными.

7. Правовое консультирование пациентов и обеспечение им правовой защиты.

8. Социальная и психологическая защита персонала хосписа.

С помощью объективных исследований выявлено, что хосписы обеспечивают большую социальную поддержку, лучший контроль за болью, способствуют более быстрому выходу из состояния скорби. Как отметил один обозреватель в США, «Присутствие почти 2000 хосписов в 50 штатах значительно улучшило эмоциональное и духовное здоровье этой страны. Я не могу себе представить более важного достижения».

Таким образом, паллиативный уход не преследует никаких терапевтических целей и предусматривает только повышенное внимание, проявление милосердия и достаточные дозы болеутоляющих средств. «Это не лечебница. Это место, где вам лишь облегчат страдания, а главное, где вы не будете чувствовать себя одинокими», написано в проспекте одного из хосписов.

Деятельность медицинского персонала в сфере оказания помощи умирающим (терминальным) пациентам

*«Они не могут добавить дни к вашей жизни,
но они безусловно могут добавить жизнь
к вашим дням».*

(Пациент хосписа).

ЗАДАЧИ медицинской сестры в процессе оказания паллиативной помощи следующие:

- общий уход;
- контроль за симптомами;
- психологическая поддержка пациента и семьи;
- обучение пациента и семьи приемам само- и взаимопомощи.

Этого можно достичь, если будет обращено внимание на решение следующих основных потребностей и проблем больного:

- облегчение боли и смягчение других тягостных симптомов;
- психологическая и духовная поддержка пациента;
- поддержание у пациента способности вести активную жизнь перед лицом надвигающейся смерти;
- создание системы поддержки в семье больного во время болезни и после кончины пациента;
- ощущение принадлежности семье (больной не должен чувствовать себя обузой);
- проявление любви, внимания к пациенту (общение с ним);
- понимание (идушее от объяснения симптомов и течения болезни и возможности поговорить о процессе умирания);
- принятие больного в обществе других людей (независимо от его настроения, общительности и внешнего вида);
- самооценка (обусловленная участием больного в принятии решений, особенно если возрастает его физическая зависимость от окружающих, необходимо найти возможность для больного не только получать, но и давать).

Прежде чем приступать к выполнению своих задач, медицинская сестра должна точно знать ответы на следующие вопросы:

1. Действительно ли это терминальное состояние?
2. Действительно ли показана только паллиативная помощь?
3. Что именно хочет пациент?
4. Каковы представления о болезни и возможности родственников?

Должна быть ясно сформулирована общая цель, с принципиальным взаимопониманием всех участников – врача, медицинской сестры, пациента и родственников. **Все должны быть согласны с тем, что теперь речь идет о создании условий для достойной смерти.**

Общие принципы оказания паллиативной помощи медицинской сестрой:

1. Оценка состояния и определение приоритетной проблемы должны предшествовать проведению мероприятий паллиативной помощи.
2. Пациенту необходимо объяснять простыми и понятными словами причины развития и появления симптомов заболевания.
3. Помощь должна быть индивидуальной.
4. Помощь не ограничивается только лекарствами.
5. Необходимо проводить профилактику стойких, мучительных симптомов.
6. Помощь необходимо проводить так просто, как это возможно, используя доступные для больного средства.
7. Не надо говорить себе, а тем более больному и его близким: «Я испробовала все», «Я сделала все», «Бесполезно здесь что-либо делать», «Я не знаю, что я могу сделать и никто не знает этого».

Только после основательной проверки ситуации и убедившись, что условия дома неблагоприятны, следует госпитализировать больного с целью ухода и паллиативной терапии.

Пациента можно оставить дома, если:

— он желает умереть дома и его состояние позволяет осуществлять уход на дому;

— для этого есть необходимые условия: финансовые, временные и лица, которые могут осуществлять уход;

— домашний врач и медицинская сестра берут на себя медицинскую и человеческую ответственность;

— есть возможность вызвать профессиональную помощь для лечения и домашнего ухода;

— больница подготовлена для экстренных случаев краткосрочного ухода.

При уходе за умирающим на дому имеют место следующие проблемы:

1. Общего и профессионального характера:

— диагностические возможности и границы их;

— терапевтический выбор;

— руководство коллективом;

— профессиональная и человеческая ответственность не только перед больным, но и перед его окружением.

2. Личные проблемы медицинского персонала:

— ощущение собственной смерти;

— восприятие и переживание собственной беспомощности;

— нехватка времени.

3. Организационные проблемы:

— вопрос замены персонала.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ СМЕРТИ ДОМА.

Преимущества:

- это более естественно;
- умирающий может лучше распорядиться своей жизнью;
- сохраняется достоинство и уважение;
- умирающий чувствует себя безопаснее;
- для ухаживающего нет утомительной траты времени на дорогу;
- ухаживающий ощущает свою необходимость;
- домашняя еда, как правило, больше соответствует потребностям больного;
- постоянная близость помогает и ухаживающему, и больному;
- оба могут жить нормально и полноценно;
- оба имеют больше свободы и контроля, умирающий скорее может сказать, чего он действительно желает;

- дома есть и время, и место для того, чтобы выразить свою боль, гнев и страдания, свои обиды, поэтому здесь легче соглашаются, примираются с собственной смертью или со смертью близких;
- в доверительной и спокойной обстановке оба имеют время для внутренней подготовки к смерти (совместные и печальные хлопоты).

Недостатки:

- когда умирающий действительно не хочет этого;
- когда у семьи не хватает времени, чтобы заботиться об умирающем;
- когда больной хочет получать парентеральное питание, а патронажной или процедурной медицинской сестры нет;
- когда в доме нет никого, кто бы мог заботиться об умирающем;
- когда есть опасность, что ухаживающие будут сильно физически и духовно утомляться и нет возможности отдохнуть из-за отсутствия подмены;
- когда в семье есть маленькие дети, за которыми тоже нужно ухаживать (не потому, что присутствие умирающего было бы плохо для детей) и это будет для ухаживающего слишком большой нагрузкой.

Больной и его родственники должны быть подготовлены к замене персонала, а новый персонал должен все знать о пациенте и его семье (ввод новой медицинской сестры в семью предусматривает предварительное знакомство с больным, адаптацию отношений).

Если все, кто работает с больным, не отнесутся серьезно и ответственно ко всем нуждам пациента, адекватное облегчение боли и других симптомов может оказаться совершенно невозможным.

Таким образом, наиболее частыми потребностями умирающих больных являются:

- хороший контроль за проявлением болезни;
- ощущение безопасности;
- желание чувствовать себя нужным и никому не быть в тягость;
- человеческое общение, контакты, благосклонность;
- разъяснение симптомов и болезни;
- возможность обсуждать процесс умирания;
- желание, несмотря на любое настроение, быть понятым;
- возможность принимать участие в решениях (чувство собственного достоинства), возможность давать и брать.

Наиболее часто встречающиеся проблемы пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи:

а) наличие физических проблем: боль, стома, постоянная тошнота и рвота, одышка, обширные раны с обильным отделяемым и запахом;

б) страх смерти и боли;

в) страх наркотической зависимости при применении наркотических препаратов для обезболивания;

г) снижение чувства собственного достоинства и значимости;

д) чувство вины перед близкими родственниками (чаще перед детьми);

е) беспокойство за свое будущее и будущее семьи;

ж) гнев, обращенный на родственников, медицинских работников;

з) депрессия, связанная с потерей целей в жизни, утратой социального положения, отсутствием перспектив;

и) одиночество;

к) изоляция и самоизоляция.

Причины нарушения потребностей и возникновение проблем обусловлено различными факторами:

— тяжесть и ужас, возникающие при звучании диагноза «рак», который для большинства людей равнозначен смертному приговору без указания срока его выполнения;

— бытующее мнение «о заразности» рака;

— неуверенность за свое будущее;

— недостаток знаний и информации;

— наличие физических проблем;

— стресс, связанный с пребыванием в стационаре, смерть соседа по палате со сходным заболеванием;

— отсутствие рядом родных и близких, друзей;

— финансовые затруднения;

— жилищно-бытовые условия.

Основные положения, которые следует выполнять медицинскому персоналу при проведении паллиативной помощи:

1. Эффективное устранение или уменьшение тягостных симптомов заболевания требует согласованной и постоянной работы бригады врачей и медицинских сестер. Необходимо, чтобы одна бригада специалистов направляла, консультировала и координировала проведение паллиативной помощи на всех ее этапах. Многочисленные посещения различных специалистов в различных лечебно-профилактических учреждениях не способствуют эффективной паллиативной помощи. Больному и его семье должно быть хорошо известно, к кому они могут обратиться в экстренном случае.

2. Оценка симптомов должна предшествовать лечению. Учитывая, что проявления заболевания у больных в терминальной стадии отличаются большим разнообразием, детальная оценка состояния

больного и имеющихся у него симптомов должна предшествовать построению плана паллиативной помощи и его осуществлению.

3. Так как проявления заболевания, конкретный симптом могут вызываться несколькими причинами, то необходимо определить, какие из этих причин поддаются устранению и затем устранить их. Это позволяет, несмотря на то, что прогрессирование злокачественного процесса не остановлено, достичь значительного облегчения страдания.

4. Поскольку симптомы заболевания могут быть связаны не только с опухолью, но и с другими причинами (лечение сопутствующих заболеваний, осложнений и др.), то варианты оказания паллиативной помощи могут изменяться.

5. В начале лечения врач и медицинская сестра должны объяснить больному причины появления каждого симптома. Знание этих причин больным, как свидетельствует практика, снижает отрицательное психологическое воздействие пугающих его симптомов. Если это не будет сделано, то больной будет продолжать считать, что тяжесть состояния от него скрывают. Это усиливает тревогу и беспокойство больных, потому что им кажется, что даже медицинские работники не знают, что происходит, а значит и не могут помочь.

6. Необходимо обсуждать с больным выбор лечения и план сестринских мероприятий, привлекать больного к решению вопроса о приоритетности имеющихся у него проблем, того, что должно быть сделано в первую очередь.

7. «Контакт с близкими родственниками больного дает возможность заручиться их поддержкой и улучшить планирование борьбы с симптомами. Это особенно важно, когда больной находится дома. Привлекая родственников к оказанию помощи, необходимо учитывать согласие на это больного и то, что они не должны играть ведущую роль при принятии решений. Всегда, когда возможно, желания пациента должны иметь приоритет» (ВОЗ, 1987).

8. Лечение в целях облегчения боли и других тягостных симптомов не должно ограничиваться только приемом лекарств. Например, рвота и тошнота могут провоцироваться запахами экскрементов, пищи, дезинфицирующих средств, дезодорантов и др. Устранение запахов, своевременная уборка помещения и пищи со стола могут уменьшить проявления мучительных симптомов.

9. Медикаментозное лечение постоянно появляющихся, сливающихся симптомов должно проводиться на основе их предупреждения, а не только при их появлении. Соблюдение этого принципа особенно важно при применении анальгетиков и обезболивании. Введение лекарств «по потребности», а не регулярно на профилактической основе, не позволяет облегчить страдания больного.

10. Лечение должно проводиться как можно проще. Всякий раз, когда рассматривается вероятность применения дополнительных лекарственных средств, нужно ответить на четыре вопроса:

а) Какова цель лечения и как можно следить за его ходом и результатами?

б) Насколько велик риск побочных эффектов и нежелательного взаимодействия лекарств?

в) Возможно ли для больного прекратить прием одного или более препаратов, которые он уже принимает?

г) Возможно ли заменить одним лекарством два медикамента из тех, что он уже принимает или тех, которые будут прописаны больному?

11. Лечащий персонал должен советоваться с коллегами в трудных ситуациях. Это особенно важно, если персонал не имеет достаточного опыта в ведении пациентов с запущенной стадией рака или никогда не встречался с конкретным симптомом. Многие пациенты страдают от тошноты, рвоты, запоров, потому что ни они, ни их близкие не были обучены приемам их устранения.

С другой стороны, иногда возможно лишь минимальное облегчение, в этом случае главная цель работы персонала заключается в том, чтобы изменить образ жизни больного.

12. Ни пациент, ни лечащий персонал не должны терять надежду. Надежда — это ожидание лучшего, даже тогда, когда не видно ни малейшего приближения к цели. Особенность паллиативной помощи в том, что она дает больному надежду на избавление от боли, мучительных проявлений болезни, на спокойную смерть. Больной, его близкие должны быть убеждены не только словами, но реальными действиями медицинского персонала в том, что будет сделано все возможное. Планомерные, согласованные с больным, действия медицинского персонала дают лучшие результаты, чем попытки добиться результата сразу.

13. Необходим постоянный контроль за выполнением плана паллиативной помощи. Больному и родственникам необходимо дать конкретные, понятные для них рекомендации. Если больному говорят, что он может действовать на свое усмотрение, принимать лекарства в таких количествах и так часто, как хочет, это вызывает у него беспокойство, снижает эффективность устранения симптомов, приводит к появлению нежелательных эффектов. Больной и его семья должны знать режим приема лекарств, их названия, показания для их использования, возможные побочные проявления, время приема и дозы. Больной и его семья должны понимать и строго выполнять после обучения медицинской сестрой предписанные ею рекомендации по уходу.

14. Нежелательные эффекты, особенно на лекарственную терапию, сохранение тяжелых симптомов, хотя было предусмотрено их устранение или уменьшение, могут подорвать доверие больного и его семьи к персоналу. Возможность появления нежелательных эффектов требует постоянного контроля за проводимой паллиативной помощью.

Целью общего ухода в паллиативной медицине является создание максимально комфортных условий для пациента. Медицинская сестра составляет план ухода, в котором учитываются привычки и пожелания больного.

Хороший уход в паллиативной помощи является важным психологическим фактором, влияющим на настроение больного, желание жить, облегчает общение и взаимопонимание.

К уходу за больным на дому, кроме родственников и медицинской сестры — специалиста по паллиативной помощи, привлекают участковых (семейных) медицинских сестер, социальных работников и добровольцев. В ряде случаев паллиативная помощь на дому проводится, в основном, участковой медицинской сестрой или фельдшером. Они, после обсуждения с врачом, больным и родственниками, составляют план ухода, обеспечивают и контролируют его выполнение.

Медицинская сестра обучает семью пациента приемам ухода. Доступно объясняет и показывает, что и как делать, разъясняет последствия несоблюдения рекомендаций по уходу. Активное привлечение членов семьи к проведению ухода дома и в стационаре позволяет добиться лучших результатов и справиться с чувством вины, беспомощности и бесполезности, которые нередко возникают у родственников безнадежно больного человека.

При осуществлении контроля за симптомами медицинская сестра уделяет большое внимание профилактике их возникновения, немедикаментозным методам их лечения, включая психотерапию и диетотерапию.

УХОД В СТАЦИОНАРЕ. При поступлении пациента в отделение паллиативной помощи или в стационар (хоспис) медицинская сестра составляет карту «предпочтений пациента», в которой отражено, что и в какое время пациент выполняет: просыпается, умывается, когда принимает душ, какое время дня любит, любимое занятие, любимая еда и напитки, в какое время ложится спать, курит ли и т. п. В карте отмечается, нужна ли больному помощь в проведении гигиенических процедур и приеме пищи. Медицинская сестра объясняет и показывает, как пользоваться предметами ухода, кнопкой вызова, совместно с пациентом вырабатывает распорядок дня. Составление такой карты облегчает планирование

ухода, позволяет избежать дублирования в сборе информации, обеспечивает преемственность в проведении ухода.

При уходе за пациентом как дома, так и в стационаре медицинская сестра уделяет особое внимание состоянию кожи, глаз, полости рта пациента для предупреждения развития опрелостей, пролежней, конъюнктивита и стоматита. По возможности пациент должен принимать ванну или душ ежедневно. Если состояние больного и условия не позволяют, тогда медицинская сестра использует обтирание губкой. Спина, кожные складки дважды в день протираются салфеткой, смоченной салициловым спиртом или спиртосодержащим раствором. Присыпки применяются только на сухую кожу. Места раздражения кожи смазываются кипяченым растительным маслом. Уход за полостью рта предусматривает полоскание рта после каждого приема пищи. При возникновении воспаления слизистых рта (стоматита) полость рта обрабатывается 1,5% раствором перекиси водорода, затем – слабым раствором марганцовокислого калия и потом – яичным белком.

Уход за глазами – умывание не менее двух раз в день. При покраснении рекомендуется закапывание 20% раствора альбуцида.

Контроль за симптомами – важный раздел работы медицинской сестры при проведении паллиативной помощи. Он включает все этапы сестринского процесса: сбор информации, определение проблем пациента и его семьи, цели и задачи сестринской помощи, составление плана, его реализацию и оценку. Проводя контроль симптомов, медицинская сестра не только выполняет врачебные назначения, но понятно и доступно объясняет пациенту и его родственникам назначенное лечение и смысл проводимых процедур, оценивает и адекватно реагирует на возникшие изменения в состоянии пациента. Для эффективного осуществления контроля за признаками, характеризующими состояние пациента, медицинская сестра должна знать дозировки, правила приема, побочные эффекты и осложнения, назначенных врачом медикаментозных и немедикаментозных средств.

В задачи медицинской сестры также входит обучение больного и его семьи лечебному питанию, которое необходимо для уменьшения ряда симптомов (тошноты, рвоты, снижения аппетита, запоров и др.). Питание пациента на поздних стадиях онкологического заболевания связано с рядом трудностей и особенностей. Часто уменьшается потребность в пище и воде. В некоторых случаях появляются плохая переносимость пищи и отсутствие аппетита (анорексия). Из-за постоянной тошноты и рвоты больной может отказываться от еды и воды. Если возникает проблема выбора между

дачей воды и приемом пищи, то предпочтение отдается сохранению приема жидкостей.

Медицинская сестра, проводя питание таких больных, должна руководствоваться следующими принципами:

— не заставлять больных есть, а если пациент ничего не съел, то просто убрать тарелку без комментариев;

— пищу подавать малыми порциями, кормить только тогда, когда пациент испытывает голод. Время, когда пациент ест с наибольшей охотой (чаще всего, это время завтрака), сделать главной трапезой дня;

— стараться чаще предлагать больному любимые блюда;

— перед едой проветривать помещение, предложить пациенту умыться, переодеться, если сможет, то сесть за стол.

Очень важна работа с родственниками, в представлении которых количество принятой пищи часто является показателем хорошего состояния больного. Поэтому они прилагают максимум усилий, чтобы накормить больного, даже против его воли, провоцируя усиление тошноты, рвоты и боли. Медицинская сестра должна объяснить и научить родственников как кормить больного при поперхивании и спутанности сознания. Разъяснения и рекомендации, данные медицинской сестрой родственникам по составу приносимых больному продуктов и напитков, позволяет избежать последствий неправильного кормления.

Медицинская сестра должна учитывать особенности питания больных при некоторых симптомах, дать конкретные рекомендации больному и его родственникам:

• **Отрыжка.** Медицинская сестра определяет, какая пища вызывает у больного отрыжку. Чаще всего, это газированные напитки, молочные и другие высококалорийные продукты, бобовые, овощи, пища, богатая клетчаткой. Медицинская сестра рекомендует раздельное питание: прием жидкости в промежутках между приемами пищи. Она советует больному есть медленно, во время жевания и глотания держать рот по возможности закрытым и не разговаривать во время еды. Нельзя использовать жевательную резинку и пить через соломинку. По возможности, не ложиться сразу после еды.

• **Запоры.** Эту проблему медицинская сестра решает, обеспечивая адекватный прием жидкости, рекомендациями включения в пищевой рацион продуктов, богатых клетчаткой: орехи, овощи, фрукты, чернослив, изюм.

Рекомендует ограничить прием сыров и высококалорийных десертов.

• **Диарея.** Медицинская сестра рекомендует больному ограничить потребление молока и молочных продуктов, орехов, бобовых, зелени и свежих овощей, фруктов с семенами и кожурой, ананасов,

изюма, алкоголя и кофеинсодержащих продуктов. Рекомендует употребление продуктов и каш из риса и пшена, овсяных хлопьев, пшеничной муки, яблочное пюре, отварные овощи.

- **Тошнота и рвота.** Если больной отказывается от еды, то не надо упорно настаивать на ее приеме. Пищу следует предлагать охлажденной, небольшими порциями. Избегать жареной и жирной пищи, алкоголя, пряных и сладких блюд. Необходимо рекомендовать есть медленно, избегать переедания, отдыхать до и после еды, не поворачиваться и не лежать на животе в течение двух часов после еды.

- **Изменение вкусовых ощущений.** У больного могут быть проблемы с изменением вкусовых ощущений, поэтому некоторые пищевые продукты могут показаться горькими, кислыми, сладкими.

Если пища кажется пациенту горькой, то необходимо исключить из рациона красное мясо, кислые соки, томаты, кофе, чай, шоколад. Рекомендуются мясо птицы, рыба, молочные продукты, яйца.

Если пища кажется больному слишком сладкой, необходимо включить в рацион кислые соки, использовать в приготовлении блюд лимонный сок, уксус, специи, мяту, маринованные или соленые огурцы.

- **Нарушение вкусовых ощущений.** Больной может не чувствовать вкуса пищи, тогда в качестве закуски (при отсутствии противопоказаний) можно посоветовать маринады.

- **Затруднение глотания.** При затруднении глотания пищу советуют принимать часто и понемногу, в жидком и пюреобразном виде. Из рациона убираются блюда, которые могут привести к раздражению полости рта и пищевода: кислые соки и фрукты, острые блюда, алкоголь, газированные напитки. Пища не должна быть слишком горячей или холодной.

- **Поражение слизистой полости рта.** При поражении слизистой полости рта, медицинская сестра рекомендует давать пищу холодной и измельченной, ввести в рацион кремобразные (протертые) супы и соусы, молочные коктейли, сыр. Рекомендуются избегать кислой, пряной, грубой, горячей и слишком соленой пищи.

- **Сухость во рту.** При сухости во рту медицинская сестра советует больному пить небольшими глотками воду и соки, использовать кусочки льда, леденцы, мороженое, фрукты. Для стимуляции выделения слюны можно дать совет сосать мятные леденцы и конфеты.

Важной частью паллиативной помощи является обучение пациента и его семьи. Например, как вести дневниковые записи при наличии хронической боли и других тягостных симптомов, на что обратить внимание (предвестники боли, тошноты, рвоты и др., их

продолжительность, причина возникновения и облегчение проявления данных симптомов). Это позволяет составить план соответствующей медицинской помощи и дать рекомендации по предупреждению развития мучительных проявлений заболевания.

Медицинская сестра, для уменьшения боли, должна обучить больного и его родственников отвлекающим методикам и релаксационным (расслабляющим) упражнениям (например, медленному, ритмичному дыханию, массажу с применением тепла и льда, и т. п.).

Особенности психологического общения между пациентом и медицинским персоналом, важность возникающих взаимоотношений в паллиативном лечении

*«И даже солнце не заметит,
Что в глубине каких-то глаз
На этой маленькой планете
Навеки свет его погас».*

(С. Я. Маршак).

В состоянии больного наступает такой момент, когда он понимает неизбежность смерти. Соответственно, именно в это время поддержка и дружеское участие приобретают огромное значение. Постоянное внимание к пациенту должно демонстрировать, что медики не оставят его, несмотря ни на что, это поддержит и больного и его семью.

Процесс оказания паллиативной помощи начинается с момента постановки диагноза онкологического заболевания. Основой выполнения задач паллиативной помощи является установление понимания и доверия с пациентом и его семьей.

В достижении этой цели важна первая встреча и первая беседа с больным. Для нее надо выделять столько времени, сколько это необходимо и сделать все для того, чтобы она не прерывалась и проводилась в уединенной обстановке. Для установления контакта очень важно прикосновение, которое позволяет установить готовность человека к общению и выразить то, что трудно передать словами, особенно это важно в моменты обмена информацией.

Медицинская сестра должна знать психологию больных, возможные реакции пациента и его близких на полученную информацию, и быть готовой к проведению адекватной психологической поддержки с этого момента и на весь период оказания паллиативной помощи.

Доктор Элизабет Кюблер-Росс и ее коллеги, исследуя состояние больных, впервые узнавших о терминальной стадии заболевания, опубликовали свою «концепцию» смерти как стадии роста. По данным их исследования, человек, узнавший, что он безнадежно болен, что медицина бессильна и он умрет, переживает различные психологические реакции, которые можно подразделить на пять последовательных стадий:

- I стадия – стадия «отрицания» («нет не я», «это не рак», «не может быть! это ошибка!»);
- II стадия – «отрицание» + «протест» («почему я?», «не может быть!», «это ошибка!»);
- III стадия – «просьба об отсрочке» («еще не сейчас», «еще немало»);
- IV стадия – «депрессия» («да, это со мной, я умру», «нет выхода, все кончено»);
- V стадия – «принятие» («пусть будет», «никуда не денешься, значит судьба»).

Для ряда пациентов и их близких первая стадия является шок-овой, как неспецифическая реакция на сильный раздражитель, а вторая стадия – «отрицание» + «протест» – может сочетаться с агрессией, которая преобладает, приводя к поискам причины («кто виноват?», «его погубили!», «отравили», «облучили», «просмотрели и вовремя не определили болезнь!»).

Эмоционально-психологическое состояние пациента на пятой стадии претерпевает принципиальные изменения. Человек подготавливает себя к смерти, смирению и принятию ее как факта. В этой стадии идет интенсивная духовная работа: покаяние, углубление в себя, оценка своей жизни и той меры добра и зла, которой можно оценить свою прожитую жизнь. «Я будто заново открыл жизнь, включая и самого себя», – говорят многие пациенты.

Необходимо помнить, что ответная психологическая реакция человека, его близких на потерю, смерть и горе носит защитный характер и требует доброжелательной и квалифицированной помощи. Общие принципы психотерапевтической поддержки больных (А. В. Гнездилов, 1995):

- в стадии «отрицания» не мешать больному, «мост» к человеку должен строиться от него, а не от себя;
- в стадии «агрессии» целесообразно дать больному «выплеснуться»;
- в депрессивной стадии необходимо разделить переживание;
- в стадии «принятия» необходимо поддерживать пациента, здесь важно дать больному возможность и время пройти эту стадию в хосписе или на дому в присутствии работников хосписной службы.

Отношение к болезни и ответная психологическая реакция на известие о неизлечимой болезни у людей различны. Это определяется многими факторами: жизненными ценностями, мировоззрением, эмоционально-психологическим складом, социальным и семейным благополучием и др. Проявления отрицания полученной информации и даже проявления агрессии носят защитный характер, и требуют доброжелательной и квалифицированной помощи.

Важной проблемой онкологических больных является высокий риск суицидных действий (особенно в стадии депрессии), отказ от операции, приема лекарственных препаратов, пищи. В тяжелых случаях возможен полный отказ от встреч с близкими и медицинскими работниками. Чрезвычайно важно создать доброжелательную атмосферу с участием тех родственников, коллег по работе, которые приняты к участию в общении и помощи самим больным. Результаты психологической поддержки будут лучше, если медицинская сестра будет способствовать уверенности пациента в том, что его ценность для всех окружающих людей — любовь близких, уважение коллег — несравненно больше, чем те неудобства, которые он им причиняет.

Пациенты в финальных стадиях онкологического процесса чрезвычайно чувствительны к любой фальши в отношениях и крайне негативно воспринимают малейшие признаки неискренности как со стороны родственников, так и со стороны медицинской сестры. В равной степени неуместно замалчивание проблемы («ничего не случилось»), неоправданный оптимизм («все будет хорошо») и чрезмерное сопереживание («бедный, несчастный»). Чем лучше медицинская сестра сможет понять больного, благодаря терпеливому выслушиванию и сочувствию, узнать и поддерживать его стремления, тем точнее она может представить действительное положение вещей.

Важным является проведение беседы наедине, в отсутствие родственников. С последними проводят беседы без пациента. В тяжелом состоянии, перед смертью больной действительно говорит то, что скрывал по ряду причин — свое истинное отношение к близким. Может быть, перед смертью он хочет избавиться от опеки родных и близких? Может быть ему лучше в больнице, хотя дома есть все необходимые условия для ухода? А может наоборот?

Необходимо помнить, что неприятие диагноза, неизбежности смерти — это защитная реакция больного и его близких на страшное для них сообщение.

Позиция персонала определяется прежде всего отношением к смерти как к нормальному явлению. Смерть признается неотъемлемой стороной самой жизни, и в конечном итоге пациент учится не бороться с ней, а принять ее в нужный момент с достоинством

и без страха. В этом большую роль играет сестринский персонал. Важным моментом является то, что персонал должен сначала сам определить свою позицию по отношению к смерти. Когда медицинская сестра разбирается в своих переживаниях и отношении к смерти, когда она склоняется к принятию смерти, а не к страху и отрицанию ее, тогда она может повторить этот же опыт с пациентом. Для медицинского персонала необходимо отсутствие «комплекса смерти».

Важно изменить отношение пациента к болезни. Мы знаем, что с точки зрения религиозного мировоззрения болезнь является шансом для встречи с истиной, со смыслом жизни, с высшими ценностями, которые воплощаются в духовной сфере. Позитивный смысл страдания подчеркивался многими религиозными философами, которые призывали человека переориентироваться с материального мира на духовный. В этой связи сестринское воздействие в паллиативной медицине ставит в центр внимания личность пациента. С помощью медицинской сестры пациент не изолируется в болезни, но раскрепощается в лечении.

При приближении смерти медицинская сестра должна проявить особое внимание и готовность сделать то, чего хотел бы пациент. Нет единого рецепта для всех, кто умирает. Индивидуальность подхода диктует необходимость слушать пациента и следовать его представлениям. Самое же главное — дать понять пациенту, что до последнего момента он не будет один. Здесь возникает вопрос о возможности выбора времени для смерти. Существует феномен **разрешения на смерть**, которое пациент порой получает от своих близких, персонала, священника и, наконец, от самого себя. Это внутреннее отпусканье жизни, отказ от борьбы за нее создает так называемое пространство для смерти.

Разумеется, встречаются случаи, когда убежденность — установка пациента может сыграть роль провоцирующего фактора. Например, пациентка после операции в онкологическом институте во время перевязки увидела как лечащий врач-хирург поджал губы. Она истолковала его выражение лица как приговор. Вернувшись в палату, она плакала и на вопросы отвечала, что, вероятно, у нее все плохо, так как врач изменился в лице и поджал губы, взглянув на ее рану. К вечеру она умерла. Другой случай оптимиста-пациента, находящегося в хосписе, который был бодр и активен, но однажды не мог встать, так как парализовало ноги. «Ну, это конец», — сказал он. И через несколько часов его не стало, хотя врачи фиксировали только метастазы в позвоночник.

Время смерти работниками хосписа не выбирается. Пациент должен «созреть» для принятия смерти и разрешения себе умереть. Вероятно, время готовности пациента определяется им самим, и

персонал лишь угадывает это время. Нередко персонал сталкивается с феноменом, когда соседи по палате просят не изолировать их от умирающего пациента и даже не ставить ширму. Вероятно, это жестокое любопытство к чужому умиранию является своеобразной примеркой чужой смерти к себе. Разумеется, это не правило, и есть пациенты, которые предпочитают так называемую «одинокую смерть», стесняясь того, что их переживания будут на виду у окружающих.

Близость смерти часто ставит вопрос о необходимости оповестить пациента о ее приходе. Однако больные сами получают информацию о своем состоянии, и во многих случаях скрывают ее от окружающих. Так, девочка, болеющая лейкозом, много рисовала и большинство ее рисунков были в мрачных тонах. Однажды она нарисовала яркую картинку с солнцем, голубым небом и цветами. Врач обрадованно сказал матери, что, очевидно, у девочки наступает ремиссия, так как у девочки перемены в психологическом состоянии. На следующий день девочка умерла. Мать призналась, что ее дочь объясняла этот рисунок как: «Солнце светит в Царстве небесном». Эти моменты облегчения перед смертью, последний привет жизни, встречаются довольно часто.

Самое трудное в общении с умирающим пациентом — избежать активной позиции медицинского персонала в процессе умирания. И опять мы возвращаемся к хосписному принципу «не торопить и не ускорять процесс смерти», довериться жизни, довериться времени, довериться интуиции и решению самого пациента.

Следует учесть и другой принцип хосписной службы — «сохранять честность к пациентам». Очень часто это помогает больному достойно встретить смерть, это помогает вовремя проститься с близкими и сделать распоряжения, помогает ему сохраниться в памяти окружающих достойным человеком. При этом надо помнить, что смерть родителей нередко является примером для их детей, которые встретят эту смерть позднее.

Мы уже говорили, что пациент не должен оставаться одиноким. В его психике в период болезни и умирания нередко превалирует детское «Я». Наша задача — увидеть во взрослом ребенка и утешить его так, как это смогла бы сделать мать. Потому рядом с постелью умирающего в хосписе можно услышать колыбельную, и она не покажется кощунством. Нередко больной обращается с просьбой научить его, как умереть. Этот вопрос показывает определенную активную позицию пациента, но также его душевную тревогу и страх. И здесь должна сохраняться правдивость, когда медицинская сестра может ответить на вопрос: «Не знаю, но мы будем вместе и ты не будешь одинок». Как часто в реакциях больного и у медицинских работников возникает «умолчание о смерти». В осно-

ве его лежит страх, и также часто бывает, что больной первым освобождается от страха и освобождает от него и медперсонал. Памятны слова одного пациента, который сказал так: «Всю жизнь я боялся смерти. Теперь, когда она подошла совсем близко и стала неизбежной, я освободился от страха и почувствовал облегчение. Мне незачем думать о смерти, потому что мне уже не избежать ее. Страх порождается надеждой избежать смерть, надежды нет, есть свобода и жизнь».

Меж тем именно существование страха нередко ведет к агрессивным реакциям. А невозможность выплеснуть агрессию на окружающих обращает ее на себя. Отмечается значительное число суицидов и суицидной готовности среди онкологических больных. Отсутствие гарантий эффективного лечения, отсутствие гарантий обезболивания толкает пациента к последнему шагу. В глазах семьи и близких это очень часто выглядит едва ли не героизмом — пациент шагнул навстречу бездне, избавив семью от забот и страданий. Но в основе суицида лежало отчаяние и безверие в помощь. В данном случае, хоспис является альтернативой эвтаназии, так как он исповедует принцип естественного течения событий, когда сроки приходят от самой природы, и в этом заложена человеческая и божественная мудрость. Помощь пациенту, гарантия качества жизни до последнего момента позволяет переломить депрессию, вызывающую отчаяние и суицид. В этом смысле хоспис выступает с принципами нравственности, которые должны воспитывать общество.

В процессе взаимоотношений между родственниками и медицинской сестрой возникают определенные проблемы. Оказание психологической помощи семье умирающего человека является важной частью паллиативного лечения, которая предназначена поддержать семью и после его смерти. Неизлечимая болезнь, смерть близкого человека является для его родных большой психической травмой. Они могут уставать, у них могут развиваться раздражение, депрессия, злость по отношению к умирающему, не скрываемое ожидание его скорой смерти («как мы все устали», «когда все это закончится?»). Необходимо помнить, что в семьях с хроническими больными, социальной нагрузкой и тяжелым материальным положением, больше встречается соматических и психических заболеваний (осложнений), чем в среднем у населения без подобных нагрузок. В таких семьях почти в два раза возрастает заболеваемость и смертность, поэтому семьи, переживающие потерю родного человека, требуют медицинского наблюдения и поддержки.

Показано, что человек, семья, переживающие смерть родного, близкого человека, проходят стадии горя (траура). Медицинская сестра должна учитывать их при построении плана паллиативной помощи (см. таблицу № 25. Стадии траура).

Стадия	Продолжительность	Характеристика
1	2	3
1. Облегчение	Несколько дней	Следует непосредственно за смертью, чувство нереальности и оглушения – «Я никак не могу это представить».
2. Ослабление напряжения	Около трех недель	Разрешение практических проблем (например, исполнения завещания, вопросы страховки, пенсий).
3. Отказ	Три-четыре месяца	Ощущение покинутости, не уверенности, жалости к себе и самокритика («как же жить дальше? Как я со всем этим справлюсь?»).
4. Воспоминания	12-15 месяцев	Попытка снова воспроизвести радостные чувства и события прошлого. Визуальные и слуховые галлюцинации, попытки совершения суицида.
5. Начало новой жизни		Интенсивные занятия домом, участком, хобби, встречи с друзьями «жизнь продолжается», но дни рождения, праздники, день смерти все еще болезненны.

Повышенного внимания требует человек, находящийся в третьей и особенно в четвертой стадии траура.

Сестринский персонал, оказывающий паллиативную помощь умирающим больным, находится в состоянии постоянного эмоционального и физического напряжения. Облегчая тягостные симптомы, уменьшая страдание и боль, находясь рядом с больным до последних минут его жизни и видя смерть, медицинские сестры испытывают следующие проблемы:

1. Профессиональная и человеческая ответственность не только перед больным, но и перед его окружением.

2. Ощущение собственной смерти.

3. Восприятие и переживание собственной беспомощности.

4. Нехватка времени.

В результате этого, медицинские сестры, оказывающие паллиативную помощь, как и весь медицинский персонал, нуждаются в психологической поддержке, которую оказывают психотерапевт и психолог отделения или больницы паллиативной помощи.

Уменьшают психоэмоциональное напряжение:

- хорошо организованная работа подразделения;
- создание атмосферы сотрудничества и взаимопонимания между всеми членами коллектива;
- хорошая организация работы;
- наличие для медицинского персонала кабинетов психологической разгрузки и личной гигиены;
- понимание и поддержка администрации.

Для того, чтобы паллиативная помощь была наиболее эффективной, необходимо соблюдать главное правило — если заболел тот, кто ухаживает за другими, качество ухода снизится. Поэтому все лица, ухаживающие за больными, должны:

- правильно питаться;
- иметь личное время, включая перерывы в работе по уходу;
- проводить какое-то время с другими людьми;
- иметь достаточное время для сна.

Основные симптомы, проблемы и потребности пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи

Часто у больного не один, а несколько симптомов. Важность каждого из них для больного иная, чем для медицинской сестры. Так, небольшая рана может больше волновать пациента, чем тошнота и рвота, мешающие приему пищи. Пациент может недооценивать и тяжесть своего состояния, отказываться от помощи. Медицинская сестра должна учитывать особенности поведения больных, терпеливо и доступно объяснять возможные последствия такого поведения и предложить помощь. Если это не достигается после первой беседы, тогда следует изменить форму объяснения или привлечь к помощи другого специалиста.

Причинами появления симптомов могут быть:

- сама злокачественная опухоль;
- лечение;
- неподвижность и постоянное пребывание в постели;
- сопутствующие заболевания.

Эти причины имеют непосредственное отношение к возникновению боли и развитию других симптомов заболевания (см. таблицу № 26. Наиболее частые симптомы и причины дискомфорта у онкологических больных, нуждающихся в паллиативной помощи).

Таблица № 26

Наиболее частые симптомы и причины дискомфорта у онкологических больных, нуждающихся в паллиативной помощи (ВОЗ 1987)

Симптомы	%
Слабость	91
Боль	77
Анорексия	71
Диспноэ	67
Кашель	51
Запоры	50
Слабость	47

Симптомы	%
Тошнота или рвота	40
Отеки, асцит или плевральный выпот	31
Бессонница	29
Недержание мочи или катетеризация	23
Дисфагия	23
Пролежни	19
Кровотечение	14
Сонливость	10
Параличи	8
Желтуха	6
Колостомия	5
Диарея	4
Фистула	1

Частота общих симптомов и жалоб больных отделения (больницы) паллиативной помощи (Санкт-Петербург, 1998):

1. Слабость	— 91%
2. Кашель	— 80%
3. Отсутствие аппетита	— 76%
4. Кахексия	— 70%
5. Боль	— 70%
6. Одышка	— 51%
7. Запор	— 51%
8. Тошнота и /или рвота	— 44%
9. Недержание мочи или необходимость катетеризации	— 40%
10. Отеки, асцит или плевральный выпот	— 30%
11. Бессонница	— 30%
12. Кожный зуд	— 30%
13. Пролежни, опрелости или раны	— 30%
14. Нарушения глотания	— 25%
15. Стоматит	— 20%
16. Кровотечения	— 15%
17. Сонливость	— 10%
18. Желтуха	— 5%
19. Понос	— 5%
20. Проблемы, связанные с колостомой	— 5%

Подавляющее большинство инкурабельных больных обречены на страдания в течение длительного времени. Боль является одним из часто встречающихся симптомов, который доставляет массу

проблем больному человеку. Смерть как физический распад почти всегда сопряжена с болью.

Боль — эмоциональная реакция организма на повреждающее воздействие (ММЭ, 1965, 1, 1027).

Боль — это то, что человек, испытывающий ее, говорит о ней. Она существует тогда, когда об этом говорит сам испытывающий ее человек (МакКеффри).

Боль — это все, что причиняет беспокойство больному. Вспомните, как иногда говорят: «Ее больной ребенок (муж, мать, отец) — это ее боль до конца ее дней».

Более полное определение боли дано Международной ассоциацией по исследованию боли (1979):

«Боль представляет собой неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое, исходя из такого повреждения. Боль всегда субъективна. Каждый человек познает применимость этого слова через переживания, связанные с получением какого-либо повреждения в ранние годы его жизни. Боль, бесспорно, является ощущением, возникающим в какой-либо части или частях тела, но она также представляет собой неприятное и потому эмоциональное переживание».

Необходимо помнить, что:

- Боль — одна из главных причин обращения за медицинской помощью.
- Боль — симптом многих заболеваний и действий внешних повреждающих факторов.
- Боль — биологический механизм защиты.
- Боль — сигнал предупреждения опасности для здоровья и жизни.
- Боль — включает объективный и субъективный компоненты.
- Боль — которую испытывает человек, не имеет объективных методов измерения.

Но человек страдает от боли, он боится боли и жлет помощи.

Выделяют следующие типы боли:

1. **Стадийная боль** — короткая по продолжительности, возникает в начальный период при получении травмы.

2. **Острая боль** — возникает в результате повреждения тканей. Она имеет разную продолжительность, но не более шести месяцев. Прекращается после заживления и имеет предсказуемое окончание.

3. **Хроническая боль** — сохраняется более продолжительное время, чем требуется для заживления. (По Melzack & Dennis).

Медицинская сестра, оказывающая помощь человеку, страдающему от боли, должна знать:

- а) факторы, влияющие на возникновение и ощущение боли;
- б) доступные методы оценки боли у человека;
- в) методы, применение которых медицинской сестрой должны способствовать устранению или уменьшению боли и чувства страха.

Причинами боли (или усиливающими ее) у онкологических больных являются:

- шум;
- бессонница;
- депрессия и страх;
- жажда;
- инфекции;
- недостаточное питание;
- охлаждение;
- недостаток знаний;
- небрежное обращение;
- нарушение технологий ухода и выполнения манипуляций;
- отсутствие общения и информации.

Вредные физические, психические, духовные, социально-бытовые факторы, способствующие появлению, поддержанию и усилению боли включают в понятие «суммарная боль». Выявление и устранение этих факторов способствует более эффективному устранению боли.

Необходимо помнить, что медицинский персонал — один из главных факторов провоцирования или снижения риска усиления и стабилизации боли. Например, было установлено, что медицинские сестры часто переоценивают степень облегчения боли после приема пациентом анальгетиков и занижают уровень испытываемой им боли.

Первая, наиболее частая причина болей у больных со злокачественными образованиями связана с ростом и распространением опухоли:

- поражением костей (метастазирование);
- сдавлением нервов;
- прорастанием опухоли в мягкие ткани;
- вовлечением в процесс внутренних органов;
- повышением внутричерепного давления;
- мышечным спазмом (обусловленным болью и поражением костей);
- распространением опухоли в забрюшинное пространство.

Боли, связанные с механическим давлением опухоли или метастатическим поражением костей проявляются перемежающейся или непрерывной болью (см. таблицу № 27. Причины и клинические проявления в зависимости от локализации опухоли).

Причины и клинические проявления в зависимости от локализации опухоли

Локализация	Причины болей	Возможные дополнительные симптомы
Кости: позвонки	Тупая, ноющая боль в шейно-грудном, пояснично-крестцовом отделах позвоночника при наличии или отсутствии радикулярных симптомов.	Симптомы сдавления спинного мозга (слабость мышц, выпадение чувствительности, дисфункция кишечника и мочевого пузыря).
череп	Локальная болезненность, головная боль.	Дисфункция черепных нервов, повышение внутричерепного давления с мозговыми симптомами и/или симптомами поражения ствола мозга.
кости таза	Тупая, ноющая боль в крестце, бедрах или в лобковой кости	Распространение боли может быть связано с нарушениями в крестцовом сплетении, изменениями двигательных, чувствительных и вегетативных нервов.
длинные кости	Боль локализована в месте развития опухоли, но она может быть иррадирующей. Может быть патологический перелом, в результате больной может испытывать сильную боль при движениях.	Атрофия мышц, обусловленная неподвижностью больного. Местная болезненность и припухание.
Нервы: черепно-мозговая или периферическая невралгия	Боль, выпадение чувствительности по ходу пораженных периферических нервов. Тупая, ноющая, жгучая боль, возможно, с приступами стреляющей боли. Боль, обусловленная повышенной чувствительностью, сдавлением нерва или обеими причинами.	Парестезия, гиперстезия, дизестезия. Поражение двигательных нервов. Изменения рефлексов. Изменения вегетативных нервов.
радикулиты (плечевой, поясничный, крестцовый)	Боль, иррадирующая в конечности.	Изменения вегетативных нервов.
сдавление спинного мозга	Боль, локализованная в теле позвонков, иногда как при радикулите, вызывающая ощущение скованности.	Изменения чувствительных, двигательных или вегетативных нервов, атаксия.
карциноматоз мозговой оболочки	Головная боль или боль в спине, иррадирующая в нижние конечности.	Повышение внутричерепного давления и спутанность сознания.

Локализация	Причины болей	Возможные дополнительные симптомы
Внутренние органы: полые органы, расположенные в грудной клетке полые органы, расположенные в брюшной полости (плотные внутренние органы)	Тупая, ноющая боль иррадирующая в стенку грудной клетки. Тупая, ноющая боль иррадирующая в брюшную стенку. Прогрессирующая сильная боль в эпигастральной, в правой или левой параспинальной области.	Одышка, кашель. Вздутие живота, колики. Желтуха, если в процесс вовлечены поджелудочная железа и/или печень.
Другие: прорастание в мягкие ткани	Боль в месте расположения опухоли, взбухающей, если она находится неглубоко.	Могут меняться в зависимости от места локализации опухоли.

Инфильтрация нервов, их длительное сдавление приводит к их повышенной чувствительности, к самым незначительным физическим и химическим раздражителям. В таких случаях боль носит характер поверхностного жжения, сопровождается потерей местной чувствительности, может носить характер резких, «стреляющих» болей. Такие боли трудно снимаются введением опиатов. Их развитие у больного требует введения вспомогательных лекарственных средств (антидепрессанты, нейролептики).

Вторая группа причин, вызывающих и поддерживающих боль, может быть связана с хирургическим лечением, химио- и лучевой терапией.

Оценка боли включает:

- локализацию боли;
- интенсивность боли и ее продолжительность;
- характер боли;
- факторы, способствующие появлению и усилению боли;
- наличие боли в анамнезе;
- реакцию человека на боль;
- факторы, способствующие уменьшению и облегчению боли.

Существует карта оценки боли, с помощью которой можно определить уровень боли, что помогает более эффективно данную боль лечить (см. таблицу № 28. Факторы, видоизменяющие восприятие боли пациентом.).

Факторы, видоизменяющие восприятие боли пациентом (ВОЗ, 1989):

Слабость. Побочные эффекты противоопухолевой терапии. Тошнота, рвота	СОМАТИЧЕС- КИЙ ИСТОЧНИК	РАК и его осложнения. Патологии, не связанные с раком. Нарушения стула.
Утрата социального положения. Утрата работы и дохода. Утрата роли в семье. Постоянное чувство усталости и бессонницы. Чувство беспомощности. Обезображивание	Д Е П Р Е С С И Я	СУММАРНАЯ БОЛЬ
Бюрократическая неразбериха. Покинули друзья. Задержка в постановке диагноза. Недоступность врачей. Раздражительность. Отсутствие результатов лечения.	Г Н Е В	
СТРАХ СМЕРТИ. Страх госпитализации. Беспокойство в семье. Душевное беспокойство. Неуверенность перед будущим.	ТРЕВОГА	СТРАХ БОЛИ. Ухудшение финансового положения семьи. Потеря чувства собственного достоинства

Принципы контроля за болью:

1. Общемедицинский принцип — лечить не только симптом, но и пациента и даже его семью.

2. Необходимо дифференцировать вид и локализацию боли, чтобы сделать купирование боли по возможности специфичным.

3. Если пациент жалуется на боль, несмотря на прием анальгетиков, необходимо исходить из принципа, что прав пациент, а не медицинский работник.

4. Боль необходимо лечить превентивно, а не по потребности.

5. Следует ограничить и держать под контролем использование больным собственного лекарственного арсенала.

Более чем у 90% онкологических больных можно достичь уменьшения или устранения боли, правильно используя подходящие анальгетики и вспомогательные (дополнительные) лекарственные препараты.

Рекомендуется последовательно решать следующие задачи для уменьшения боли:

— увеличить количество часов не нарушаемого болью сна;

Последовательный подход к контролированию боли при раке



- облегчить боль у больного во время отдыха;
- облегчить боль у больного, когда он находится на ногах или занимается какой-либо деятельностью (см. таблицу № 29. Последовательный подход к контролированию боли при раке).

Симптоматическое лечение включает лекарственные средства, физио- и психотерапию. Используют различные виды блокад при

помощи анестезирующих средств местного действия (блокада триггерных зон, регионарная анестезия).

Лекарственная терапия является основным способом контроля за болью у больных раком.

Научные исследования и клинический опыт применения анальгетиков у онкологических больных позволили установить ряд важных принципов (см. таблицу № 30. Основные лекарственные средства для управления болью в паллиативной помощи):

- а) дозу анальгетика следует подбирать индивидуально;
- б) предпочтительнее применять пероральное введение анальгетиков;
- в) бессонницу следует лечить энергично;
- г) побочные эффекты следует устранять систематически;
- д) некоторым больным следует назначать вспомогательные лекарственные средства;
- е) необходимо внимательно следить за процессом облегчения боли у конкретного больного.

Таблица № 30

Основные лекарственные средства для управления болью
в паллиативной помощи (ВОЗ, 1989)

Категория лекарственных средств	Основной препарат	Альтернативные препараты
1. Ненаркотические анальгетики	Аспирин	Парацетамол
2. Слабые опиаты	Кодеин	Декстропропаксифен
3. Сильнодействующие опиаты	Морфин	Метадон, петидин, бупренорфин, стандартизированный опий, гидроморфон, леворфанол

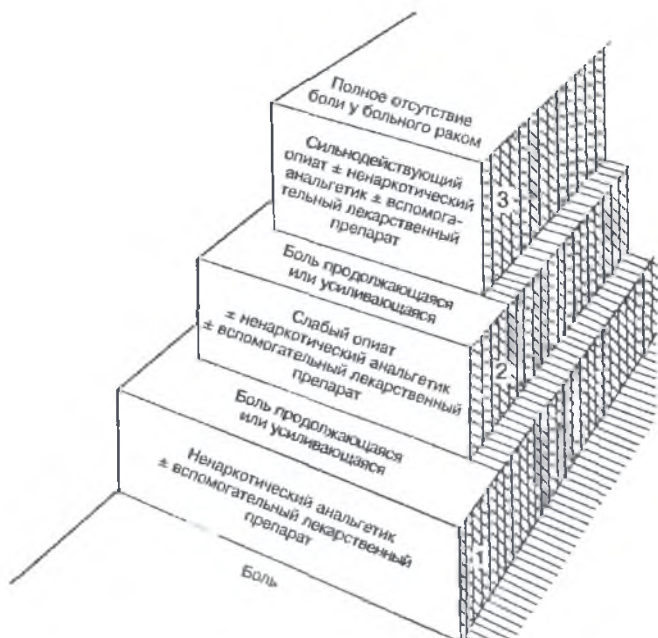
Вспомогательные лекарственные средства:

4. Противосудорожные препараты	Карбамезипин	Фенитоин
5. Нейролептики	Прохлорперазин, галоперидол	Хлорпромазин
6. Транквилизаторы	Диазепам, гидроксизин	
7. Антидепрессанты	Амитриптилин	
8. Кортикостероиды	Кортикостероиды	Дексаметазон

Всемирная Организация Здравоохранения предложила три ступени устранения боли (трехступенчатая «обезболивающая лестница»):

1 ступень: Боль — ненаркотический анальгетик, может быть добавлен вспомогательный лекарственный препарат (см. схему № 7).

Ступени устранения боли



2 ступень: Боль продолжается или усиливается — слабый опиат в сочетании с ненаркотическим анальгетиком и вспомогательным лекарственным препаратом.

3 ступень: Продолжающаяся и усиливающаяся боль — сильнодействующий опиат. Могут быть добавлены ненаркотический анальгетик и вспомогательный лекарственный препарат.

Три стандартных анальгетика составляют эту «лестницу»: аспирин, кодеин и морфин. Стандартные препараты при плохой переносимости могут быть заменены на альтернативные.

В основе тактики устранения боли у больных раком лежат два положения:

1. Назначение анальгетиков «по часам» — анальгетики вводятся регулярно, «по часам», доза подбирается с учетом силы и характера боли, постепенно увеличивается, пока больной не почувствует значительного облегчения.

Последующая доза вводится до того, как закончится действие предыдущей. Поэтому медицинская сестра должна знать длительность максимального действия вводимых лекарственных средств.

2. Назначение «по восходящей» — это принцип «обезболивающей лестницы».

Первая ступень — применение ненаркотического анальгетика в подобранных дозах и с установленными интервалами. Например, а) ненаркотический анальгетик — аспирин (основной препарат), рекомендуемая доза — 250–1000 мг каждые 4–6 часов, побочные эффекты — желудочно-кишечные расстройства, желудочно-кишечные кровотечения (потеря крови с калом).

Примечание: побочные эффекты в отношении желудочно-кишечного тракта можно уменьшить, если принимать аспирин вместе с молоком, сразу после приема пищи или в сочетании с антацидными средствами. Введение аспирина в дозах, превышающих 4 г/сут., приводит к усилению побочных эффектов;

б) ненаркотический анальгетик — парацетамол (альтернативный препарат), рекомендуемая доза — 500–1000 мг каждые 4–6 часов, побочные эффекты — токсическое действие на печень.

Примечание: использовать с осторожностью у больных с поражением печени. Суммарная доза должна составлять 2–6 г/сут.

На **вторую ступень** переходят, когда ненаркотический анальгетик в рекомендуемых дозах и с установленными интервалами неэффективен в отношении устранения болей. В этом случае к данному препарату добавляется слабый опиат (кодеин или декстропропосифен). Рекомендуемая пероральная доза кодеина фосфата в сочетании с аспирином или парацетамолом: 30–130 мг кодеина в сочетании с 500 мг парацетамола или с 250–500 мг аспирина через каждые 4–6 часов. Рекомендуемая пероральная доза декстропропосифена (выпускается в виде пропосифена гидрохлорида и пропосифена напсилата): 50–100 мг в сочетании с 250–600 мг аспирина или 500 мг парацетамола.

Основное побочное действие этих препаратов: развитие запоров, которые можно предупредить назначением слабых слабительных (лист сенны). Реже тошнота, рвота. Физическая зависимость и толерантность у онкологических больных возникает крайне редко.

На **третьей ступени** «обезболивающей лестницы» присоединяют сильнодействующие наркотические анальгетики, когда сочетанием лекарственных препаратов на второй ступени купирования или уменьшения боли достичь не удастся:

Морфин	— начальная доза	— 5–10 мг;
Метадон	— начальная доза	— 5–10 мг перорально;
Петидин	— начальная доза	— 50–100 мг;
Бупренорфин	— начальная доза	— 0,2–0,4 мг под язык.

Эффективная обезболивающая доза морфина может колебаться от 5 до 200 мг. Обычно она составляет 5–30 мг, которые вводятся

каждые 4 часа. Необходимо помнить, что оптимальной дозой является та, которая адекватно облегчает боль. Препарат вводится «по часам», а не только когда больной испытывает боль.

Пероральное введение является наилучшим, поскольку:

- а) избавляет больного от неудобств, связанных с инъекциями;
- б) способствует сохранению независимости пациента, когда ему потребуются ввести очередную дозу препарата.

Морфин также можно вводить ректально, при наличии у больного рвоты и в случаях когда он не может принимать препарат перорально. Эффективность препарата при таком введении не уступает его введению через рот.

Если по состоянию больного нет возможности использовать пероральное или ректальное введение наркотических анальгетиков, то применяют подкожные или внутримышечные инъекции наркотических анальгетиков. Парентеральная доза препарата обычно составляет $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{3}$ той пероральной дозы, которая обеспечивала удовлетворительное обезболивание.

Больные, получающие наркотические анальгетики, должны быть проинструктированы:

- о регулярности приема препарата каждые 4 часа;
- что первый и последний прием препарата в течение дня должен быть отнесен ко времени его пробуждения и его ночного сна;
- что наилучшими дополнительными сроками введения препарата в течение дня обычно являются: 10–14–18 часов;
- что такая схема введения позволяет достичь оптимального обезболивающего эффекта препарата и к минимуму свести их побочные эффекты;
- о смысле назначения лекарственных средств, цели их назначения («для облегчения боли», «для улучшения сна», «для уменьшения тошноты», «для очищения кишечника»);
- о дозах – число таблеток, количество мл, частота приема в день, прием лекарства до или после еды, жидкость, которой можно запивать лекарственное вещество;
- о возможности возникновения побочных явлений, их проявлениях и возможных мерах профилактики и устранения

Возможно появление следующих **побочных эффектов** от приема наркотических анальгетиков:

а) **тошнота** – устраняется одновременным назначением противорвотного препарата (прохлорперазина 5–10 мг каждые 8 часов или метоклопрамида 10 мг каждые 8 часов, с последующим уменьшением интервала введения до 4 часов);

б) **сонливость** – необходимо предупредить больного о сонливости, которая обычно появляется в первые дни приема наркотичес-

кого анальгетика, что она проходит через 3–5 суток от начала постоянного введения препарата;

в) **спутанность сознания и головокружение** – чаще возникают у пожилых и старых людей. Больной и родственники должны быть проинформированы о такой возможности и что, невзирая на это, должны продолжать прием препарата, так как при этом побочные явления уменьшаются;

г) **запоры** – почти у всех больных развиваются запоры, кроме тех, кто имеет колостому или страдает стеатореей. Рекомендуется дать рекомендации по соответствующей диете, если это возможно.

Слабительные назначаются сразу, лучше на ночь. Большинству больных помогает прием двух таблеток стандартного препарата листа сенны перед сном. При необходимости доза может быть увеличена до 2-х таблеток 2–3 раза в сутки. Однако преодоление запоров у больного может оказаться более трудной задачей, чем эффективное облегчение боли. Может потребоваться переход на более сильные слабительные, ректальное введение суппозиториев или клизмы;

д) **непереносимость морфина** – у ряда больных может возникать упорная рвота, связанная с замедленным опорожнением желудка. Могут развиваться психические нарушения, зуд, бронхоспазм. В таких случаях назначается альтернативный сильнодействующий анальгетик.

Нередко адекватной обезболивающей терапии у онкологических больных мешают предубеждения медицинских работников в отношении применения наркотических анальгетиков у больных в терминальном состоянии (Jageb, 1990):

- морфин вырабатывает наркотическую зависимость;
- морфин в высоких дозах опасен, так как может вызвать угнетение дыхания;
- если начинать сразу с морфина, то будут исчерпаны резервы терапии;
- кто «привык» к нему, тот не может жить нормальной жизнью.

Опыт работы с неизлечимыми заболеваниями показал несостоятельность этих опасений. При возникновении трудностей для назначения необходимых доз препаратов мы можем обратиться к «Заявлению о политике в области лечения смертельно больных пациентов, испытывающих хроническую боль», принятому 42-й Всемирной ассамблеей в октябре 1990 года.

Существует ряд лекарственных препаратов, которые помогут усилить действие анальгетиков, используемых при оказании паллиативной помощи (см. таблицу № 31. Лекарственные препараты, усиливающие действия анальгетиков).

Лекарственные препараты, усиливающие действия анальгетиков

Вещество	Суточная доза	Примечания
Антидепрессанты: амитриптилин	3 раза по 10–50 мг	При жгучих, стреляющих, поверхностных болях.
Нейролептики: галоперидол	3 раза по 0,5–5 мг	Повышает порог болевой чувствительности, применяется при спутанности сознания или рвоте.
левомепромазин	3 раза по 5–25 мг	При жгучей боли (сильный седативный эффект)
Снотворные/ седативные: диазепам (лоразепам)	2–3 раза по 5–10 мг или 2–3 раза по 2,5 мг сублингвально	При чувстве страха (кумуляция). Только если необходимо сублингвальное применение

Таким образом, схематично полный контроль боли можно представить следующим образом (схема № 8).

Схема № 8



Рекомендуемая литература

1. HALFORD – HMSO издание, «Терминальное лечение – Забота об умирающем», 1973.
2. ВОЗ – Паллиативное лечение рака, путеводитель – шотландский офис – CRAG/SPAPCC, 1994.
3. Сондерс С. Помощь умирающим // Здоровье мира, 1982, № 11, с. 16–19.
4. Твайкросс Р. Дж., Фрамpton Д. Р. Введение в паллиативное лечение. Центр Сотрудничества ВОЗ по паллиативному лечению. Собел Пабликейшн, 1992. – 35 с.
5. ВОЗ. Паллиативное лечение рака. 1987.
6. Гнездилов А. В. Проблемы хосписной службы в России // Обозрение психиатрии и психологии им. В. М. Бехтерева, 1994, № 1, с. 175–179.
7. Зорза Р. и В. Путь к смерти. Жить до конца. Пер. с англ. М., 1990. – 222 с.
8. Иванюшкин А. Я. Новая медицинская этика приходит из хосписа // Человек, 1994, № 5, с. 108–115.
9. Преподавание этики и деонтологии на до- и последипломном этапах обучения в медицинском вузе. Сборник под ред. Чебышева И. В., Денисова И. Н., 1996, г. Москва.
10. Гнездилов А. В., Губачев Ю. М. Терминальные состояния и паллиативная терапия. Санкт-Петербург, ТОО Издательство «Гиппократ», 1997, 52 с.
11. Гнездилов А. «Путь на Голгофу». Санкт-Петербург. 1995.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В РЕАБИЛИТОЛОГИИ

Чтобы раскрыть обозначенную тему, следует, прежде всего, глубоко вникнуть в суть как самой реабилитологии (реабилитации), так и главного генератора и исполнителя гаммы мер лечебного и восстановительного процесса — медицинской сестры, определить особенности и место, сущность и роль ее в условиях «реабилитации».

Реабилитология — наука о реабилитации, термин, который происходит от французского *rehabilitation* и от латинской приставки *ge-* (вновь), в переводе — восстановление, приспособление.

В современном представлении реабилитация — это система медицинских, государственных, социально-экономических, профессиональных, педагогических и юридических мероприятий, направленных на восстановление утраченных морфофизиологических, психологических, а также социальных функций организма, трудоспособности больных и инвалидов.

Выделяют 3 вида реабилитации — медицинскую, профессиональную и социальную. Для их реализации необходимы усилия специалистов различных профилей.

Медицинская реабилитация является начальным звеном в системе общей реабилитации, т. к. заболевший нуждается прежде всего в медицинской помощи, устранении вначале острых проявлений недуга, затем стабилизации, сменяющейся регрессированием патологического процесса, сопровождающимся и соседствуя в дальнейшем с «последствиями» и «остаточными явлениями» болезни. Для устранения «остаточных явлений» и «последствий» и призвана, как считается повсеместно, реабилитация. Однако провести грань между окончанием лечения и началом реабилитации практически невозможно, да и не следует этого делать, ибо лечение всегда направлено на восстановление здоровья и возвращение индивида к трудовой деятельности. Вместе с тем, в повседневной практике мероприятия по медицинской реабилитации начинаются, как правило, в больничном учреждении по прекращении острого периода патологии (болезни). Этот момент принято считать началом реабилитации, для чего применяют все виды восстановительных мер. Однако не существует средств, предназначенных только для реабилитации — она в основном реализуется теми же средствами, которые используются в системе здравоохранения и лечебно-оздорови-

тельных комплексах, спорте и т. д. Специфика набора их, однако, определяется целями и задачами служб реабилитации различного профиля. Вместе с тем, стержневыми, базисными средствами любого реабилитационного учреждения являются кинезо- и физиотерапевтические. Неудивительно поэтому, что часто только физиотерапию и лечебную физкультуру идентифицируют с реабилитацией. Это, надо полагать, не совсем оправдано, хотя приоритетность приведенных средств не подлежит сомнению. В первую очередь реабилитации подлежит наиболее тяжелый контингент больных, с тенденцией остаточных постморбидных явлений (контрактуры, тугоподвижность суставов, атрофия тканей, снижение функциональных показателей различных органов, систем и организма в целом).

Медицинская реабилитация базируется на следующих принципах:

1. Своевременное начало восстановительных мер.
2. Этапность мероприятий.
3. Комплексный и рациональный характер использования реабилитационных средств.
4. Индивидуальность применяемых мер с учетом характера, вида, стадии, локализации патологического процесса.

5. Преемственность и непрерывность восстановительных мер на всех госпитальных и постгоспитальных этапах (стационар, поликлиника, центры промышленной реабилитации, профилированные санатории, профилактории, курорты, на дому под контролем и с непосредственным участием семейного врача и медицинской сестры).

Приведенные принципы осуществимы полностью обычно в крупных реабилитационных центрах, т. к. располагают они современным оборудованием, необходимыми площадями, подготовленными квалифицированными и даже специализированными кадрами.

Организация реабилитационной службы представляется следующим образом:

1. Межрегиональные центры медицинской реабилитации, обслуживающие несколько регионов без учета ведомственной принадлежности.

2. Городские, межрайонные центры реабилитации.

3. Отделения реабилитации в многопрофильных больницах.

Допустимо создание профилированных кабинетов реабилитации в лечебных отделениях больницы.

4. Кабинеты восстановительного лечения в амбулаторно-поликлинической сети, создающиеся с основными лечебными средствами (кабинеты ЛФК, физиотерапии, массажа, иглорефлексотерапии).

5. Центры промышленной реабилитации, создание которых целесообразно в крупных промышленных регионах. Назначение их многогранно: это и задачи медицинской реабилитации, и временного трудоустройства больных, и постоянного трудоустройства

инвалидов, и, наконец, создания товарной продукции. Эта форма реабилитации особенно в настоящее время является экономически оправданной, полифункциональной и жизнеспособной, в соответствии с чем вокруг нее возможно формирование службы реабилитации региона (города, области). В МСЧ крупных промышленных предприятий оправдано и создание кабинетов реабилитации с учетом профиля наиболее частой профессиональной патологии (на конкретном предприятии).

6. Специализированные санатории, обычно республиканского значения, с организацией на их базе центра медицинской реабилитации, где сосредоточены специалисты и оборудование, необходимые для его деятельности (возможно лишь при содействии местных органов здравоохранения).

7. Диспансеризация, долечивание и закрепление положительных результатов на дому под контролем семейного врача и квалифицированной медицинской сестры как конечный этап любой формы реабилитации.

8. Для районов области целесообразно предусмотреть форму межрайонных центров смешанного (амбулаторно-стационарного) типа, имея в виду использование для жителей близлежащих районов амбулаторных условий, а для жителей отдаленных районов — профильных, стационарных коек больницы (центральной, районной, участковой) с проведением комплексного восстановительного лечения персоналом центра (отделения) реабилитации.

Учитывая особенности работы учреждений здравоохранения в новых экономических условиях, следует в обязательном порядке предусмотреть обеспечение жизнеспособности создаваемой службы, особенно исключение игнорирования направления больных в учреждения реабилитации, что повсеместно бытует в практике. Для этого необходимо обеспечить, прежде всего, автономное финансирование учреждений реабилитации (по полной стоимости с учетом клинико-статистических групп).

Прежде чем приступить к изложению основных средств медицинской реабилитации, реализация которых возложена, главным образом, на медицинскую сестру, возникает целесообразность определения роли, значимости и особенности ее в реабилитационном процессе.

Достаточно, а вернее можно ли на современном этапе с медицинской и особенно старшей медицинской сестрой, строго исполняющей лишь назначения заведующего или лечащего врача или быть на подхвате, а порой и улавливать не только мысль, суждение, но и настроение шефа, как это, к сожалению, повсеместно принято, — качественно и своевременно проводить реабилитационные мероприятия? Разумеется, нет. И не только потому, что сегодня в

связи с новыми социально-производственными изменениями резко возросли требования к конечным лечебно-восстановительным результатам, достижения которых, в свою очередь, усложнились утяжелением, сочетанностью, комбинациями воздействий множества различных экзо- и эндопатогенных факторов. Диагностика, подбор реабилитационных средств и мер, особенно оптимальная реализация их, немислимы сегодня без профессионально подготовленных, рационально активных, творчески направленных, преимущественно в организационно-реабилитационном процессе, медицинских сестер — главных, академических, менеджеров.

Медицинская сестра — это многогранная, главная организационно-лечебная должность на всех или на наиболее ответственных этапах и участках реабилитационного процесса, направленная деятельность которой зависит от специализации учреждения, особенностей потока поступления пациентов, а также специфики, характера и локализации самой патологии.

Так, на диагностическом этапе необходимость участия медсестры в постановке расширенного, развернутого диагноза («диктатора» качественной реабилитации) с указанием причинно-следственной связи, диагноза по уходу за больным, определения приоритетов медицинского обслуживания, организации всего сестринского процесса, обсуждении восстановительных средств. возможных осложнений и своевременных корректирующих мер — очевидна. На последующих этапах роль ее еще более возрастает, т. к. основные средства реабилитационного воздействия — лечебная физкультура, массаж, физиотерапия (рассматриваемые ниже) — выполняются в основном медицинскими сестрами (методистами) или при их непосредственном участии, или контроле. И от организации, творчества, реализации поставленных целей и задач и, конечно, внимательного, чуткого отношения к больному — будет зависеть исход.

Уместно, вероятно, расширить и поправить расхожее мнение, что прежде всего врач должен любить больного. Это хотя и так, но, по-видимому, достаточно ему быть профессионалом и порядочной личностью — и пациент получит все необходимое, тем более взаимный контакт их относительно непродолжителен. Медицинская же сестра, фактически являющаяся главным врачомателем, реабилитологом на всех этапах восстановительного процесса, не может не облагородить, не оставить частичку себя в пациенте. И правильно считается, что медсестра — это не столько должность, сколько ее жизнь, особенно на этапе стационарной реабилитации. Она не только творческий организатор сестринского процесса, но и, а может быть прежде всего, умелый воспитатель работающего с ней коллектива, особенно младшего медицинского персонала, формирующий истинных чутких «нянь», тонкий психолог, уважаемая и часто обаятельная в общении личность, внутренняя потребность которой в

доброте, искренности, справедливости. Эти качества, особенно в сочетании с философско-психологическим подходом в общении и работе, в определенной мере индуцируются, вкрапливаются, передаются персоналу, пациентам, рождая положительные эмоции, облегчая и ускоряя тем самым процесс реабилитации, прибавляя и годы к жизни, и жизнь к годам.

В производственных условиях роль и значимость медсестры еще более значительна. Она определяет и санитарно-гигиенические условия производства, и вредную биомеханику трудовых операций, вызывающих перенапряжения органов и систем, особенно опорно-двигательного аппарата, она и составляет с учетом биомеханики комплекс рациональной гимнастики, «паузы» и «микropaузы» для определенных групп работающих («зон риска»), регулирует функционирование оздоровительно-реабилитационных саун, всевозможных аппликаций и т. д. И все это, как правило, самостоятельно. Лишь в сомнительных случаях, при прогрессировании патологии подключается врач, на долю участия которого в реабилитационном процессе приходится лишь 5–10%. «Благополучие рабочих рук — точно подмечено — во власти чутких, умелых медицинских сестринских рук».

Аналогичное участие и значимость медицинской сестры — в спортивной реабилитации, которая, особенно в профессиональном спорте, также построена целенаправленно, с учетом специфики патологии, ее течения, биомеханики выполняемых спортивных операций, профессионального прогноза

Основные средства медицинской реабилитации

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА (ЛФК) — метод лечения, использующий средства физической культуры с лечебно-профилактической и реабилитационной целью для более быстрого и качественного восстановления здоровья и трудоспособности больного, предупреждения и устранения последствий патологического процесса. ЛФК, используя основную биологическую функцию организма — движение, является наиболее естественно-биологическим методом. Применение физических упражнений предусматривает непосредственное и активное участие больного в лечебном процессе, что является отличительной особенностью метода ЛФК. Физические упражнения, применяемые в ЛФК, делятся на гимнастические, спортивно-прикладные и игры, а также на общеукрепляющие и специальные. Общеукрепляющие — направлены на оздоровление и укрепление всего организма. Специальные — на ту или иную область или конкретную функцию организма.

Основными формами ЛФК являются утренняя гигиеническая гимнастика, процедура лечебной гимнастики, физические упражнения в воде, прогулки, ближний туризм, оздоровительный бег, различные спортивно-прикладные упражнения, игры подвижные и спортивные. Средства ЛФК: физические упражнения, двигательные режимы, естественные факторы природы, трудовая терапия, массаж. Занятия проводят медицинские сестры (инструкторы-методисты), которые дозируют нагрузку, следят за качеством выполнения процедуры, динамикой состояния различных органов и систем больного.

МЕХАНОТЕРАПИЯ – особый вид физических упражнений на специальных аппаратах для развития движений в отдельных суставах. Существуют различные системы аппаратов механотерапии. Механотерапия без сочетания с лечебной гимнастикой и другими формами ЛФК не в состоянии обеспечить восстановление в рамках медицинской реабилитации. Упражнения на механотерапевтических аппаратах применяются при стойких двигательных нарушениях на поздних этапах медицинской реабилитации для устранения последствий травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата.

ТРУДОТЕРАПИЯ – лечение трудом. Является составной частью реабилитационных мер, направленных на восстановление функции как пораженного органа (системы), так и организма в целом. Разнообразные виды физических упражнений трудовой направленности применяются в соответствии с медицинскими показаниями. Показания распространяются преимущественно на лиц с последствиями травм опорно-двигательного аппарата и нервной системы. Трудотерапию назначают также с целью повышения общего тонуса и укрепления всего организма больного. Средства трудотерапии применяют дифференцированно, содержание назначаемых трудовых заданий подбирают в зависимости от особенностей заболевания или травмы, состояния функций, подлежащих восстановлению, и общего состояния больного. Трудотерапию дополняет ЛФК.

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ В ВОДЕ. Водная среда создает специфические условия для проведения процедур плавания, купания, лечебной гимнастики. Она является более плотной, чем воздушная, что сказывается на изменении биомеханики движений: в воде облегчается выполнение медленных, плавных движений и пребывание в статическом положении, затрудняются быстрые, рывковые движения. Все виды лечебных процедур в бассейне связаны с мышечной работой, что имеет значение при оценке влияния процедур наряду с другими факторами, характеризующими специфику влияния водной среды на организм человека. Весьма существенен также «эффект потери массы» тела человека на $\frac{9}{10}$ вследствие закона действия выталкивающей подъемной силы воды.

Это чрезвычайно значимо при физической тренировке лиц с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата и нервной системы, при наличии заболеваний сердечно-сосудистой системы и др. Изменение глубины погружения при выполнении упражнений, в том числе ходьбы, позволяет изменять нагрузку на организм пациента. Подъемная сила воды облегчает условия восстановления навыков ходьбы у больных с повреждениями и парезами нижних конечностей, когда необходимы разгрузка и движения в облегченных условиях. Температура воды имеет значение для создания оптимальных условий проведения процедур в воде, лечебная гимнастика в воде решает задачи общеукрепляющего воздействия на организм в целом и специальной тренировки отдельных, пораженных органов и систем. Под влиянием процедур в лечебном бассейне улучшаются трофика, тургор кожи, нормализуется ее гидрофильность, уменьшается потливость, нарастают сила и тонус мышц, стимулируются процессы обмена, деятельность сердечно-сосудистой системы, повышается потребление кислорода за счет усиления легочной вентиляции, повышается газообмен. Установлено значение центральной нервной системы в регуляции указанных функций. Выявлена высокая эффективность процедур лечебной гимнастики в воде (гидрокинезотерапия) при лечении различных заболеваний.

Организация лечебной физической культуры

Занятия ЛФК проводятся в специально оборудованных кабинетах (отделениях), на открытых физкультурных и спортивных площадках, мини-стадионах, дорожках для оздоровительной ходьбы и бега, в бассейнах для лечебного плавания, аэрариях санаториев и пансионатов — под руководством медицинских сестер (методистов-инструкторов).

Кабинет ЛФК. Предназначен для малогрупповых и индивидуальных занятий с больным. Площадь — из расчета 4 кв. м на 1-го больного и составляет не менее 20 кв. м. Должен иметь освещение, окна с фрамугами, одна из стен кабинета оборудуется зеркалами. Кабинет механотерапии. Площадь — из расчета 4 кв. м на 1-го больного, но не менее 20 кв. м. Кабинет массажа. Площадь — из расчета 8 кв. м на одну кушетку, но не менее 12 кв. м.

Отделение ЛФК. Организуется в крупных реабилитационных центрах, санаториях и многопрофильных больницах. Оно включает зал для групповых занятий (60—100 кв. м), кабинеты ЛФК, для массажа, для бытовой и трудовой терапии, функциональной диагностики, бассейн для гидрокинезотерапии, помещение для ожидания и отдыха больных, кабинеты заведующего отделением, инструкторов и массажистов, душевые с санитарными узлами, отдельные раздевалки, подсобные помещения.

Оборудование кабинетов и отделений ЛФК инвентарем зависит от типа и профиля лечебного учреждения. К необходимому инвентарю относятся: гимнастические стенки, скамейки, гимнастические палки, кольца, булавы, гантели массой от 0,5 до 5 кг, медицинболы от 1 до 6 кг, полужесткие кушетки, наклонные плоскости, лестницы, ребристые доски, следовые дорожки, мячи волейбольные и баскетбольные, пружинные эспандеры, аппараты механотерапии, блоковые аппараты, набор различных тренажеров для туловища, верхних и нижних конечностей, аппараты типа «Здоровье», велоэргометры, тредбаны. Кабинеты и отделения ЛФК оснащаются весами, ростомером, спидометром, сантиметровыми лентами, аппаратами для измерения АД, секундомерами, угломерами, динамометрами (ручными и станowymi), электрокардиографами, пневмотахометрами, спирографом и др.

Должности инструкторов по ЛФК (методистов) устанавливаются: из расчета 1 должность на 200 коек и дополнительно 1 должность на каждые 20 коек для больных полиомиелитом; 0,5–1 должность на каждое специализированное отделение: неврологическое, ортопедическое, ортопедо-травматологическое, травматологическое, туберкулезное отделение для больных костно-суставным туберкулезом; 1 должность на 40 коек для больных инфарктом миокарда.

Документация по ЛФК ведется в соответствии с утвержденными формами для регистрации обоснованных действий и преемственности в использовании средств ЛФК в комплексной терапии больных, а также учета и отчетности. Основные формы: медицинская карта стационарного или амбулаторного больного, карта лечашегося в кабинете ЛФК (ф. 42-а), дневник учета работы инструкторов и журнал учета работы кабинета (отделения) ЛФК.

Для проведения процедур лечебной гимнастики взрослым и детям инструктору по ЛФК отводится следующее время:

1. Для терапевтических больных в остром и подостром периоде заболевания и постельном режиме – 15 мин. В период выздоровления или хронического течения заболевания при индивидуальном методе занятий – 25 мин.; при групповом методе занятий – 35 мин.

2. Для больных после хирургических операций:

– при индивидуальном методе занятий – 15 мин.;

– при групповом методе занятий – 20 мин.

3. Для травматологических больных в период иммобилизации:

– при индивидуальном методе занятий – 15 мин.;

– при групповом методе занятий – 25 мин.;

– при травмах позвоночника и таза после иммобилизации – 30 мин.;

– индивидуальные занятия – 25 мин.;

– групповые занятия – 35 мин.

4. Для неврологических больных:
 - при индивидуальном методе занятий — 30 мин.;
 - при групповом методе занятий — 45 мин.
5. Для беременных и рожениц в родильных домах и консультациях:
 - при индивидуальном методе занятий — 15 мин.;
 - при групповом методе занятий — 30 мин.
6. Для детей школьного возраста:
 - при индивидуальном методе занятий — 30 мин.;
 - при групповом методе занятий — 45 мин.
7. Для детей дошкольного возраста (в детских дошкольных учреждениях):
 - при индивидуальном методе занятий — 25 мин.;
 - при групповом методе занятий — 30 мин.

Размеры зеркала воды лечебно-плавательных бассейнов принимаются из расчета 6 кв. м на 1-го занимающегося, малых бассейнов — 5 кв. м на 1-го занимающегося.

Физиотерапия — раздел медицины, занимающийся применением физических факторов как природных, так и преформированных с лечебно-реабилитационной и профилактической целями.

Различают следующие виды физических методов лечения.

1. **Воздухо- и солнцелечение:** воздушные и солнечные ванны (местные, общие).

2. **Водолечение:** обтирания, обливания, влажные укутывания, общие и местные ванны, души.

3. **Бальнеолечение:** естественные и искусственные минеральные ванны, естественные и искусственные газовые ванны (углекислые, сероводородные, радоновые), серные ванны и др.

4. **Лечение грязями и грязеподобными веществами:** иловыми минеральными, иловыми сапропелевыми, торфяными, глиной, парафином, озокеритом, песком и др.

5. **Светолечение:** применение излучения искусственных источников света (видимого, инфракрасного и ультрафиолетового излучения).

6. **Электролечение:** применение электрического тока (различной формы, направления и частоты), электрического и электромагнитного полей (гальванический ток, импульсные токи низкой частоты, постоянное эл. поле высокого напряжения, эл. поле УВЧ, индуктотермия и т. д.).

7. **Аэроионотерапия:** применение униполярных атмосферных ионов-аэроионов, получаемых искусственным путем.

8. **Лечение ультразвуком:** применение механических колебаний большой частоты.

9. **Рентгенотерапия:** применение рентгеновских лучей.

Организация физиотерапевтической службы

Отделения физиотерапии, как и лечебной физкультуры, должны проектироваться в удобной связи с палатными отделениями; следует учитывать, что из всех лечебно-диагностических подразделений стационара они посещаются больными наиболее часто. В больницах, имеющих поликлиники, и диспансерах эти отделения, как правило, должны быть централизованными и размещаться в удобной связи также с поликлиническим отделением.

При проектировании таких отделений следует обеспечить максимальное разъединение потоков стационарных и поликлинических больных (рассредоточить входы, самостоятельные ожидальни).

Для поликлиник рекомендуется проектировать в составе помещений отделений самостоятельные кабинеты, особенно электро- и светолечения. Отделения физиотерапии планировочно подразделяются на «сухую» зону (электро-, свето-, теплотечения) и «влажную» (водо-, грязелечения).

Помещения для грязелечения, сероводородных и радоновых ванн не следует располагать непосредственно под палатными отделениями. Кабинет для лечения электросном должен размещаться в условиях звуковой изоляции. Кабинет рефлексотерапии должен состоять из 2-х смежноизолированных помещений — кабинета медицинской сестры и процедурной. Пол кабинета теплотечения покрывается линолеумом, стены на высоту 2,5 м — глазурированной плиткой.

Для проведения процедур по каждому виду лечения оборудуются отдельные помещения. Допускается размещение в одном помещении электро- и светолечения (за исключением использования стационарных УВЧ-генераторов и аппаратов микроволн).

Для оснащения отделений, кабинетов следует использовать оборудование и аппаратуру, разрешенную к применению Минздравом и соответствующую нормативно-технической документации на данные изделия медицинской техники. В каждом кабинете должны быть детальные инструкции, определяющие действия персонала по оказанию первой помощи при поражении электротоком, световым излучением, действия в случае возникновения пожаров, утвержденные администрацией учреждения. Кабинет электро- и светолечения — площадь принимается из расчета 6 кв. м на кушетку, при наличии 1-й кушетки — не менее 12 кв. м. Кабинет микроволновой терапии — площадь принимается 9 кв. м на кушетку, не менее 12 кв. м при наличии 1-й кушетки. Площадь кабинета для групповой аэрионной, аэрозольной и электроаэрозольной терапии принимается из расчета 4 кв. м на 1 место, но не менее 12 кв. м. Помещения для электро- и светолечения должны быть оборудованы приточно-вытяжной вентиляцией с подачей подогретого воздуха, обеспечивающей 3–4-кратный обмен воздуха в час, и оконными фрамугами.

Помещение групповой ингаляции изолируется. Стены помещения должны быть облицованы на высоту 2 м глазурованной плиткой, пол покрыт линолеумом, потолок — известкой. Площадь помещения, температурно-влажностный режим и вентиляция должны быть в соответствии со СНиП 11-69-78 (4 кв. м на 1 место, но не менее 12 кв. м при наличии 1-го места, температура в пределах 20°C, приточно-вытяжная вентиляция обеспечивает 8–10-кратный обмен воздуха в час).

Лечение искусственными сероводородными ваннами должно проводиться в отдельном помещении или тупиковом отсеке водолечебницы, изолированном от других лечебно-процедурных комнат. Это помещение должно состоять из зала площадью из расчета 8 кв. м на ванну, минимальная площадь зала (при одной ванне) 12 кв. м. Процедурный зал грязелечебницы может состоять из отдельных кабин или быть общим (8 кв. м на 1 кушетку, но не менее 12 кв. м при наличии 1 кушетки). При размещении кушеток в отдельных кабинах вход в них осуществляется из общего коридора. Для наблюдения медицинского персонала за больными вдоль кабин организуется общий проход шириной не менее 1 метра. Стены кабин и перегородки должны быть подняты на высоту 10–15 см над полом, иметь высоту 2 м и выполняться из гладких материалов, легко поддающихся влажной уборке. Полы помещений должны быть выстланы метлахской плиткой.

Для парафино- и озокеритолечения должно выделяться изолированное помещение (6 кв. м на кушетку, но не менее 12 кв. м при наличии 1-й кушетки), оборудованное общеобменной приточно-вытяжной вентиляцией, обеспечивающей 4–5-кратный обмен воздуха в час, со специально выделяемой комнатой для подогрева парафина и озокерита в соответствии со СНиП 11-69-78. Пол помещений должен быть покрыт линолеумом, столы для подогревателей, розлива парафина и озокерита — термостойким материалом. К самостоятельному проведению физиотерапевтических процедур допускаются лица только с законченным медицинским высшим и средним образованием и имеющие удостоверение о прохождении специализации по физиотерапии по программе, утвержденной Министерством здравоохранения. Проведение физиотерапевтических процедур младшим медицинским персоналом запрещается. Лица моложе 18 лет к работе с электрофизиотерапевтической аппаратурой на генераторах УВЧ и СВЧ не допускаются.

Кадры составляют физиотерапевты — старшая медицинская сестра, медицинские сестры (по проведению физиотерапевтических процедур), санитарки. Одна должность старшей медицинской сестры устанавливается при наличии в физиотерапевтическом отделении не менее 4-х должностей медицинских сестер. Одна ставка

медсестры по физиотерапии устанавливается при выполнении 15000 процедурных единиц в год. Одна должность массажиста на 300 коек. Младший медицинский персонал устанавливается из расчета 1 должность на каждые 2 должности врачей-физиотерапевтов.

ПОЛОЖЕНИЕ О СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ ОТДЕЛЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИ

1. На должность старшей медицинской медсестры отделения физиотерапии назначается одна из опытных медицинских сестер, имеющая законченное среднее медицинское или высшее сестринское образование, обладающая организаторскими способностями, со специальной подготовкой и опытом работы по физиотерапии.

2. Старшая медицинская сестра отделения подчиняется ведущему отделением, а при его отсутствии — физиотерапевту.

3. Старшая медицинская сестра отделения физиотерапии назначается и увольняется руководителем лечебно-профилактического учреждения.

4. Старшая медицинская сестра полностью выполняет работу медицинской сестры по физиотерапии.

5. В непосредственном подчинении старшей медицинской сестры находится средний и младший медицинский персонал отделения.

6. Основными задачами старшей медицинской сестры являются

а) обеспечение своевременного выполнения врачебных назначений больным,

б) рациональная организация труда среднего и младшего медицинского персонала.

ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В ОТДЕЛЕНИЯХ И КАБИНЕТАХ ФИЗИОТЕРАПИИ

На каждый кабинет должен быть оформлен технический паспорт, содержащий перечень помещений, их освещение и защитные устройства. Инвентарная опись технического оборудования отделения, перечень мероприятий по текущей профилактике и ремонту оборудования должны содержаться в журнале технического обслуживания. Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете), с учетом отпущенных процедур.

Из средств медицинской реабилитации особняком стоят массаж, мануальная терапия, иглорефлексотерапия и физиотерапия.

Массаж — метод лечения и профилактики, представляющий собой совокупность приемов механического дозированного воздействия на различные участки поверхности тела человека, производимого руками массажиста или (реже) специальными аппаратами.

Массаж улучшает трофические процессы в коже, стимулирует функцию потовых и сальных желез; способствует рассасыванию инфильтратов, активизирует обмен веществ, повышает газообмен в органах и тканях. Под влиянием массажа улучшается кровоток и лимфообращение, нормализуется тонус кровеносных и лимфатических сосудов, повышается тонус и эластичность мышц, улучшается их сократительная функция, в результате чего повышается мышечная работоспособность, возрастает сила мышц. Массаж улучшает кровоснабжение в суставах и периартикулярных тканях, ускоряет рассасывание выпота и патологических отложений в них, укрепляет суставы и связки.

Массаж разделяют на **ручной** и **аппаратный**, по области воздействия — общий, местный и сегментарно-рефлекторный.

Наиболее распространен классический **ручной массаж** с исторически сложившимися приемами (поглаживание, растирание, разминание, вибрация, растяжение, пиление, штрихование и т. д.). При таком массаже достигается наибольший эффект, когда учитываются анатомические особенности и функциональное состояние тканей у каждого пациента индивидуально.

Разновидностью сегментарно-рефлекторного массажа является точечный массаж, при котором массируют узкоограниченные участки тканей.

Разновидности аппаратного массажа: вибромассаж, гидромассаж, вакуумный массаж (пневмомассаж), баромассаж и др.

Наиболее распространен в и б р о м а с с а ж. Вибрационные аппараты подразделяют на аппараты для общей вибрации, вызывающие сотрясение всего тела (вибрационные «стул», «кровать», «платформа», велотраб Гоффа и др.), и аппараты местного вибрационного воздействия на отдельные участки тела — вибрационный прибор «Вибромассаж», автомассажер «Тонус» и др.

Гидромассаж — комбинированное воздействие струями воды и массажными манипуляциями. Осуществляется в следующих видах: подводный душ-массаж, массаж под водой щетками, дождевой душ-массаж и др.

Вакуумный массаж производится за счет чередования повышенного и пониженного давления воздуха в специальных аппаратах («массажные колокола»), которые прикладывают к телу больного.

В ряде случаев с помощью специальных вибротоков можно проводить массаж в тех анатомо-топографических областях, где ручной массаж полноценно осуществить трудно (например, полости носа, глотки и т. д.).

Основное методическое требование при всех видах массажа — максимальное расслабление мышц больного и придание телу больно-

го так называемого среднего физиологического положения (например, правильная укладка массируемой конечности с учетом функционального состояния мышечных групп).

Массаж можно применять как самостоятельный метод лечения, а также в комплексе с медикаментозным лечением, так и с лечебной гимнастикой, физическими упражнениями в воде, механотерапией, различными физиотерапевтическими и бальнеотерапевтическими процедурами.

Показания к применению массажа: заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата; заболевания и последствия травм ЦНС; заболевания и травмы периферической нервной системы; заболевания сердечно-сосудистой системы; заболевания органов дыхания; хронические заболевания органов пищеварения вне фазы обострения.

Противопоказания к применению массажа: острые лихорадочные состояния, острые воспалительные процессы, кровотечения и склонность к ним, болезнь крови, гнойные процессы любой локализации, заболевания кожи, ногтей инфекционной, грибковой и невыясненной этиологии, повреждения и раздражения кожи, тромбоз, тромбофлебит, атеросклероз периферических сосудов конечностей и облитерирующий эндартериит с трофическими нарушениями, тромбангиит, гангрена, аневризма сосудов, воспаление лимфатических сосудов, активная форма туберкулеза, венерические заболевания, хронический остеомиелит, доброкачественные и злокачественные опухоли, психические заболевания, сопровождающиеся чрезмерным возбуждением или значительными изменениями психики.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ (МТ) — это проведение комплекса лечебных приемов посредством ручного воздействия. Зародившись в глубокой древности, пройдя этап эмпирических представлений костоправов, она лишь в последнее время приобрела современный научный базис и повсеместное признание.

Мануальная терапия является частью широкого комплекса мероприятий (физиотерапевтических, бальнеологических, лечебно-гимнастических, медикаментозных, рефлексотерапевтических и др.), применяемых для реабилитации больных преимущественно с заболеваниями позвоночника и суставов конечностей. Кроме того, мануальная терапия оказывает положительное влияние при ряде патологических процессов во внутренних органах, сосудистой системе, тканях опорно-двигательного аппарата.

В действиях МТ следует исходить из установленного факта, что это терапия лишь в опытных руках. Главным принципом считается соблюдение физиологичности, мягкости манипуляции. Ее следует начинать с растяжения и всегда через утомление ретрагированных

тканей области поражения, соблюдая законы биосопромата — постепенно увеличивать пластичность. В противном случае, т. е. при форсированных, грубых манипуляциях, возникают надрывы мышц, связок, сухожилий, фасций, замещающихся в дальнейшем рубцовой тканью, спаивающей все образования по типу миофасцитоза (Краснов А. Ф.). Постепенное растяжение до умеренного физиологического натяжения этих, других образований (нервные стволы, сплетения), различных аллотропных тканей улучшает к тому же их кровоснабжение, трофику, что в свою очередь стимулирует репаративный процесс, направляя его в русло реституций, а это — нормализует функции различных органов и систем (Краснов А. Ф., Котельников Г. П., Двойников С. И., Аршин В. В.).

Кабинет мануальной терапии не предусматривает особого оснащения, хотя преимущество в выборе рациональных лечебных мер будет у тех мануальных терапевтов, кто располагает специальными функциональными столами для МТ, вспомогательными приспособлениями (тракционными, вибротракционными), функциональными валиками, ипликаторами и т. п.

АКУПУНКТУРНАЯ ТЕРАПИЯ — метод лечения, использующий стимуляцию биологически активных точек, активизирующий глубоко лежащие сенсорные пути, воздействуя на нервную систему, что вызывает изменения (снижение или повышение) функционального состояния нейрогуморальных центров организма. Выделяют классическую джень-цзю терапию (иглоукалывание, прижигание полынными сигаретами) и появившуюся в последнее время пунктурную физиотерапию, когда с целью воздействия на биологически активные точки применяют соответствующие аппараты, генерирующие постоянный или переменный ток слабой силы (электропунктура), лазерное излучение (лазеропунктура), высокочастотное электромагнитное поле с надпороговой интенсивностью (КВЧ-терапия) и высокочастотное поле интенсивностью ниже порога чувствительности тканей (микроволновая резонансная терапия). Микроволновая резонансная терапия (МРТ) развивается особо стремительно в последние годы после открытия Е. А. Андреевым, М. У. Белым и С. П. Ситко (1982) явления резонансного действия электромагнитных волн определенной частоты на человеческий организм, когда воздействие очень слабым электромагнитным полем вызывает значительные ответные биологические реакции.

Основной особенностью акупунктурной терапии является мобилизация собственных ресурсов организма, минимальное использование медикаментов.

Под психологической формой реабилитации понимают воздействие на психологическую сферу больного словом врача,

направленным на преодоление в сознании больного или инвалида представления о безвыходности положения, о бесполезности лечения, на выработку уверенности в благополучном исходе лечения. Эта форма реабилитации сопровождает весь цикл лечебно-восстановительных мероприятий.

Под педагогической формой реабилитации понимают мероприятия воспитательного характера в отношении больных детей, направленные на то, чтобы ребенок овладел необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию, получил школьное образование. Очень важно выработать у ребенка психологическую уверенность в собственной полноценности и создать правильную профессиональную ориентацию. В отношении взрослых осуществляются учебные мероприятия, предусматривающие подготовку их к различным доступным им видам деятельности.

Под социально-экономической реабилитацией подразумевается целый комплекс мероприятий: обеспечение больного или инвалида необходимым и удобным для него жилищем, находящимся вблизи места работы, денежное обеспечение больного или инвалида и его семьи путем выплат по временной нетрудоспособности или инвалидности, назначения пенсии и т. п.

Профессиональная реабилитация предусматривает обучение или переобучение доступным формам труда, обеспечение необходимыми индивидуальными техническими приспособлениями для облегчения пользования рабочим инструментом, организацию специальных цехов и предприятий для инвалидов с облегченными условиями труда и сокращенным рабочим днем и т. д.

Бытовая реабилитация имеет в виду предоставление инвалиду необходимых протезов, личных средств передвижения дома и на улице. Длительная бездеятельность расслабляет человека, снижает жизненный тонус, вызывая тем самым состояние депрессии. Поэтому приспособление больного или инвалида к новым условиям труда, жизни, адаптация его в социально-экономической сфере, ощущение своей нужности и значимости в обществе в значительной мере влияет на исход и успех реабилитации.

Заключая изложение по основным разделам реабилитационной службы с кратким описанием основных лечебных факторов, применяющихся в восстановительных центрах, следует особо подчеркнуть важность соблюдения не только принципов структуры всех подразделений и их взаимодействия, но и рационально продуманной оснащенности всем необходимым и четкого функционирования, особенно тех объектов центра, от которых в основном зависит качество реабилитационных мер, возможность реализации всех и особенно лечебно-диагностических и контрольно-корректирующих

принципов с учетом характера и специфичности патологического процесса. Взять, к примеру, основной принцип — комплексность реабилитационных мер, которая подразумевает не сумму, а тщательно подобранные терапевтические средства, факторы и компоненты именно для данного индивида, конкретной патологии с учетом ее характера, локализации, стадии и выраженности процесса. В зависимости от комплектования, последовательности, дозировки средств — эффект может быть различным: усиление, нивелирование, извращение. Последние особенно часто имеют место при несоблюдении правил сочетания физических факторов при физио- и кинезотерапии.

Или взять другой принцип — целесообразность проведения реабилитационных мер только до полного восстановления нарушенных функций и анатомических структур, органа, системы, организма в целом или до такого уровня, когда реабилитационные средства становятся уже неэффективными (прекращение реабилитации определяют по объективным тестам, характерным для различных видов патологии).

По окончании периода реабилитации наступает процесс адаптации.

Способность индивидуума к адаптации определяется диапазоном приспособительных и компенсаторных возможностей, уровнем физиологических резервов. Главное условие, обеспечивающее нормальное адаптирование и сохранение здоровья, состоит в том, чтобы возникшие при воздействии неблагоприятных факторов (кросс-адаптации) адаптивные сдвиги не выходили за пределы резервных возможностей организма. Перестройка органа, системы, функций организма в целом в период адаптации тесным образом связана с их динамической, физиологической нормой. Регуляция функций при различных воздействиях проходит тем совершеннее, чем больший запас возможностей предоставляют организму границы его физиологической нормы. Если регуляция осуществляется на границе нормы или за ее пределами, то возникает перенапряжение адаптационных механизмов, происходит нарушение адекватности реагирования на воздействие, развиваются дизадаптационные расстройства и заболевания.

Поэтому чем меньше осталось «последствий», «остаточных явлений болезни» после реабилитации, тем полноценнее проходит процесс адаптации и реадaptации. В связи с этим, особенно в последнее время, все больше сторонников находит тезис, что реабилитация не только, а может быть не столько «восстановление», сколько реабилитационная профилактика, которая начинается с контакта на «скорой помощи», в реанимационной, палатах интен-

сивной терапии, операционной. Цель одна — реабилитация, только акценты на этапах к ней различны. В начале примат — жизнь (восстановление функции жизненно важных систем, памятью и в меру возможностей осторожно нормализуя и другие органы), затем — восстановление целостности органа, памятью о функции, и наконец, примат функции, памятью об анатомии (чтобы не повредить неокрепшую болезненным процессом структуру восстановительными функциональными мерами).

Медицинская наука и практика, однако, несмотря на официальное признание примата профилактики, основные материальные и интеллектуальные усилия направляет на решение задач, стоящих перед клиникой. Следует признать малую перспективность подобного направления усилий, о чем свидетельствует неблагоприятная динамика состояния здоровья населения нашей страны, особенно за последнее десятилетие. Основная причина — запущенные, хронические, особенно соматические заболевания, а также опорно-двигательного аппарата, формирование которых происходит на фоне снижения уровня здоровья. Без знания причин, уменьшающих «количество» здоровья, действенная реабилитационная профилактика невозможна. Традиционная методология диагноза — по признакам патологического процесса (тем более феномен адаптации, как недавно установлено, способен исказить клиническую картину заболеваний и создавать новые, атипичные формы патологии) — устарела.

Следует оценивать состояние населения не столько по характеру распространенности и выраженности патологического процесса каждого индивида, сколько по сумме выраженности действующих вредных экзо- и эндофакторов.

Поэтому стратегия повышения здоровья — в приоритете диспансеризации практически здоровых граждан с проведением целенаправленных активно-конструктивных оздоровительных мероприятий на этапе снижения уровня здоровья здорового индивида. Не следует аргументировать, что это прерогатива как медицины, так и государства. Восстановление безопасного уровня здоровья — суть превентивной реабилитации, которая должна подключаться фактически до возникновения заболевания.

Реабилитационные мероприятия подразделяются на экстренные (в целях срочного воздействия на регуляторные и метаболические процессы), текущие (в процессе повседневной трудовой деятельности) и профилактические (для повышения неспецифической резистентности организма). Они рассматриваются на различных факультативах, при различной патологии, при конкретно определенной ситуационной задаче.

Рекомендуемая литература

1. Анне Папе. Методы подъема и перемещения больных и инвалидов: Учебное пособие, Москва, 1997, 100 с.
2. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура: Учебник, Москва, 1999, 608 с.
3. Дубровский В. И. Спортивная медицина: Учебник, Москва, 1999, 480 с.
4. Епифанов В. А., Ролик И. С. Средства физической реабилитации в терапии остеохондроза позвоночника. Москва, 1997, 344 с.
5. Иванова Г. Е., Поляев Б. А. Реабилитация больных остеохондрозом позвоночника. Руководство, Москва, 1997, 145 с.
6. Коган О. Г., Найдин В. Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. Москва, 1988, 304 с.
7. Краснов А. Ф., Аршин В. М., Аршин В. В. Травматология (справочник). Ростов-на-Дону, 1998, 608 с.
8. Лайшева О. А., Поляев Б. А., Горбунов А. В. Восстановительное лечение при патологии органов дыхания. Москва, 1997, 183 с.
9. Лечебная физическая культура / Справочник под редакцией Епифанова В. А., Москва, 1987, 528 с.
10. Лечебная физкультура и врачебный контроль / Учебник под редакцией Епифанова В. А. и Апанасенко Г. Л., Москва, 1990, 368 с.
11. Спортивная медицина / Руководство под редакцией Чоговадзе А. В. и Бутченко Л. А., Москва, 1984, 384 с.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ

Основные принципы семейной медицины

В настоящее время в связи с приказом МЗ РФ № 237 от 26.08.92 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» в здравоохранении России активно внедряется семейная медицина. Что это такое?

Семейная медицина – это особая академическая дисциплина, которая обеспечивает первичную, непрерывную и всестороннюю помощь населению. То есть главная задача и направление работы семейного врача (СВ) и семейной медицинской сестры (СМС) – первичная медико-санитарная помощь населению (ПМСПН).

В здравоохранении развитых стран (Англия, Канада, Германия и другие) ведущая отрасль медицины – семейная медицина, так как она в 93% случаев решает все медицинские проблемы семьи. Хорошо зная своих пациентов, СМС подмечает такие изменения в состоянии их здоровья, на которые другие специалисты не обратили бы внимания. Вот почему во всем мире приоритет установлен для семейной медицины.

Семейная медицина – это единственная область медицины, которая заботится не только о пациенте, но и о его семье и рассматривает их в единстве с точки зрения влияния на здоровье.

Семейная медицина оказывает помощь пациентам «от рождения до смерти», то есть охватывает весь спектр возрастных групп семьи. Пациенты сами выбирают себе СВ и СМС, и поэтому их практика обычно включает широкий контингент из различных социальных и этнических групп.

Каковы основополагающие принципы семейной медицины?

В настоящее время их определено четыре: во-первых, непрерывность медицинской помощи; во-вторых, всеобъемлющий подход; в-третьих, неразделяемые проблемы и, в-четвертых, высокое качество. Соблюдение всех этих принципов поможет решить многие проблемы в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения.

Преимущества семейной медицины перед ранее существовавшими вариантами оказания медицинской помощи заключены в следующих основных позициях:

– СВ, СМС и семья – участники единой программы медицинского страхования;

– СВ и СМС сочетают в себе искусство врачевания и педагогики, направленные на формирование стереотипов здорового образа жизни;

– СВ и СМС – адвокаты здоровья семьи, заинтересованные экономически и морально в излечении острых болезней, достижениях полноценной ремиссии хронических недугов;

– СВ и СМС – лучшие специалисты в конкретных болезнях членов прикрепленных семей;

– СВ и СМС – лучшие специалисты, чем консультанты, в оценке «свежих» случаев заболеваний, включая ранние стадии, у членов прикрепленных семей.

Академик РАМН А. Ф. Краснов рассматривает внедрение семейной медицины в здравоохранение России позитивно, так как «СВ и СМС проживают в обслуживаемом ими районе, они как бы слиты с народом и хорошо знают его быт и настроение, они располагают микрополиклиникой с необходимым диагностическим и лечебным оборудованием».

Семейный врач России, по определению академика РАМН А. Ф. Краснова, – это высокопрофессиональный интернист: терапевт-педиатр-гериатр, с глубоким генетико-иммунологическим подходом к профилактике и лечению болезней; специалист, знающий и владеющий нужным объемом знаний и навыков в области узких и сверхузких дисциплин; личность, способная решать социальные проблемы семьи, такие как: общая и профессиональная культура, право и экономика, гигиена и диетология, психология, физическое воспитание и домашняя педагогика – на базе прочной гуманитарной подготовки и знания необходимых дисциплин.

СВ и СМС могут работать в разных вариантах: по принципу групповой практики совместно с другими специалистами или по принципу сольной практики, когда они (СВ и СМС) самостоятельно решают все вопросы ведения членов семьи. В России, в частности в Самарском регионе, получили распространение акушерско-терапевтико-педиатрические комплексы (АТПК), принцип которых состоит в ведении «параллельных» контингентов взрослых, в том числе женщин, и детей бригадой врачей, куда входят СВ в варианте врача общей практики, педиатр и акушер-гинеколог при ведущей роли СВ. Структура АТПК адекватна возможностям здравоохранения России переходного периода (Р. А. Галкин, В. В. Павлов), она обеспечивает лучшие качественные показатели, чем традиционные формы организации амбулаторно-поликлинической службы.

Мы надеемся, что семейная медицина, развивая лучшие традиции отечественной земской медицины, принесет в здравоохранение России целесообразность и гармонию, утерянные в последние годы.

Основные требования к работе медицинской сестры общей практики

При переходе здравоохранения России на принцип семейной и страховой медицины предстоит решить ряд вопросов, связанных с организацией сестринской службы: каковы место и задачи сестринской службы, как разграничить функции СВ и СМС, как определить долю ответственности каждого из них за качество лечебно-профилактической работы в новых условиях? Одна из основных проблем – отсутствие точных данных о потребностях в сестринском уходе, особенностях его планирования, моральной и правовой ответственности СМС.

Еще в 60-е годы Комитет экспертов ВОЗ по сестринскому делу определил его как «практику человеческих взаимоотношений», считая, что СМС должна уметь распознавать потребности пациентов, «рассматривая больных как индивидуальные человеческие существа». Сестринский уход должен быть нацелен на личность, на физические, психологические и социальные проблемы, возникающие перед этой личностью в связи с болезнью, а также на семью в целом.

СМС совместно с больным, его родственниками, а не только с СВ, намечает те мероприятия, которые необходимо провести для достижения конкретно поставленной цели. Она должна предвидеть результаты этих мероприятий. Так как с больным больше времени проводит медицинская сестра, а в условиях семьи – родственники, то успех действия СМС будет зависеть от представлений больного и его семьи о здоровье, болезни и потребности в уходе.

Реформа управления амбулаторно-поликлиническим звеном РФ предъявляет новые требования к профессиональной подготовке СМС и к организации ее работы в условиях страховой медицины. Поэтому реформа здравоохранения предусматривает поэтапный переход к организации ПМСПН по семейному принципу.

Основы Законодательства РФ об охране здоровья граждан декларируют право семьи на выбор СВ и СМС, которые будут оказывать любому ее члену независимо от возраста ПМСПН по месту жительства.

Приказом МЗ РФ от 26.08.92 г. введены новые специальности – СВ и СМС. Круг проблем, которые должна решать СМС, гораздо шире, чем у участковой медсестры. В задачи СМС входят: проведение санитарно-противоэпидемической работы, иммунопрофилактики; обучение населения простейшим методам само- и взаимопомощи; организация ухода за детьми и больными; проведение по назначению СВ диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в пределах своей компетенции; оказание первой доврачебной помощи при острых заболеваниях, травмах, отравлении-

ях, несчастных случаях, в том числе и у детей; организация и контроль за работой младшего медицинского персонала и т. д.

Все это требует специальной профессиональной подготовки. Создание новых учебных планов должно предусматривать не простое «наращивание» знаний и увеличение числа дисциплин, а подготовку специалистов с «разным уровнем категорий функций, которые предусматривают право принятия самостоятельных решений».

Место специалистов по сестринскому делу в структурах семейной медицины:

- СМС (среднее образование + 3 года колледжа) работает с СВ;
- медсестра (среднее образование + 2 года колледжа) работает как помощник СМС;
- фельдшер (среднее образование + 4 года колледжа) работает как помощник СВ в структурах сельской медицины и в отдаленных офисах;
- академическая медсестра (высшее образование) работает главной медсестрой группы семейных практик.

Семейная медицина, составная часть сестринского дела, ориентируется на личность, семью, общество в целом, основополагается на концепции здоровья населения в данной стране и важнейших социально-гигиенических проблемах. Подготовка СМС включает в себя углубленное знание предметов сестринского дела по горизонтали (терапия, хирургия, акушерство и гинекология и другие) и межпредметное сотрудничество по вертикали (педагогика, психология и другие).

При переходе к организации ПМСПН по семейному принципу резко возрастает роль и нагрузка СМС, повышается ответственность ее по отношению к пациенту и одновременно повышается ответственность пациента к своему здоровью.

СМС – высокопрофессиональный специалист, в полном объеме владеющий сестринским делом в интернологии, хирургии, педиатрии, акушерстве и гинекологии, обладающий квотой знаний и умений сестринских разделов специализированных видов медицинской помощи (оториноларингология, глазные болезни и т. д.); личность, способная на основе широкой гуманитарной подготовки решать такие социальные проблемы, как медицинская культура членов семьи, гигиена и диетология, возрастная психология и семейная педагогика, физическое воспитание людей разных возрастных групп.

Регламентация работы СМС детализирована приказом № 237 МЗ РФ. СМС может осуществлять свою деятельность как в государственных медицинских учреждениях, так и в негосударственных в порядке частной практики. СМС работает по контракту (договору), при этом обслуживаемые контингенты формируются с учетом права свободного выбора СВ и СМС.

Объем работы СМС определяется лицензией: это амбулаторный прием, посещения на дому, оказание неотложной помощи, проведение профилактических, лечебно-диагностических мероприятий, содействие решению медико-социальных проблем семьи.

СМС — это не только хороший исполнитель, но и думающий помощник СВ во всех видах его деятельности. В идеальном варианте СМС должна быть академическая медицинская сестра. СМС по уровню ее знаний и умений интегрирует таковые медицинских сестер, работающих с терапевтом, педиатром, в специализированных кабинетах (ЛОП, окулист, хирург и другие).

Краткий перечень навыков и умений СМС, качественно отличающий ее от обычной «кабинетной» медсестры, может быть представлен в виде следующего перечня:

- запись электрокардиограммы, функций дыхания на портативном аппарате (пикфлоуметрия);
- определение остроты зрения, слуха;
- глазная тонометрия;
- экспресс-анализы крови, мочи, в том числе глюкозотест, определение билирубина, желчных пигментов;
- отпуск физиопроцедур;
- владение основами лечебного массажа;
- сердечно-легочная реанимация, электрическая дефибрилляция по жизненным показаниям;
- знание основ медицинской статистики;
- работа на персональном компьютере в объеме пользователя.

СМС, выполняющая программу по защите и укреплению здоровья семьи, должна знать и уметь оценить семью как систему, ее культурные и этнические особенности, взаимоотношения ее членов, характер питания семьи, вредные привычки и факторы риска, определить влияние изменений в составе семьи на здоровье. Она дает оценку состояния здоровья семьи и рекомендации по коррекции выявленных нарушений, вместе с семьей оценивает результаты проводимых ею, СВ и семьей профилактических мер. Таким образом, СМС проводит первичный скрининг различных аспектов здоровья семьи.

СМС — это равноправный участник, наряду с СВ, всех видов лечебно-профилактической работы на участке. В соответствии с мировыми стандартами СМС должна относиться к пациентам, как к уникальным личностям; уметь выявлять их проблемы, в том числе внутрисемейные: координировать медицинскую помощь в течение всей жизни пациента. Хорошая, дружная работа тандема СВ — СМС залог снижения заболеваемости, повышения показателей здоровья участка.

Сейчас в России ведется интенсивная работа по созданию учебных программ подготовки СМС. Активное участие в этом принимают кафедры семейной медицины и сестринского дела ММА им. И. М. Сеченова и Самарского медицинского университета. Результатом работы явилось создание унифицированной программы подготовки СМС на основе квалификационной характеристики.

Понятие о первичной медико-санитарной помощи населению

РОЛЬ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В СОСТАВЛЕНИИ И РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПМСПН

Согласно концепции ВОЗ, выделяются два основных вида медицинской помощи населению: первичная медико-санитарная помощь (ПМСПН) и специализированная помощь. ПМСПН оказывают поликлиники, врачебные амбулатории, участковые больницы, районные, городские больницы, не располагающие специализированными отделениями. Специализированные виды помощи пациенты получают в медицинских центрах, клиниках университетов, специализированных диспансерах (психиатрическом, кардиологическом и других).

По определению Комитета экспертов ВОЗ (1975), ПМСПН – это непрерывный процесс воздействия на состояние здоровья ограниченной группы населения со стороны первичных служб здравоохранения на основании научно обоснованных потребностей данной общности людей; это непрерывный, постоянный процесс решения проблем, которые возникают у населения, силами СВ и СМС.

Экспертами ВОЗ (1975) разработаны семь основополагающих принципов успешной работы системы ПМСПН:

1. ПМСПН должна сочетаться с жизненным укладом той группы населения, которую она обслуживает, и удовлетворять потребности этой группы в медицинской помощи;

2. ПМСПН должна быть также неотъемлемой частью национальной системы здравоохранения. Другие сферы медицинской помощи должны быть организованы так, чтобы быть только поддержкой в работе периферийного звена, особенно в отношении технической помощи, консультаций на более высоком уровне и консультаций узких специалистов;

3. Деятельность звена ПМСПН должна полностью интегрироваться с деятельностью других подразделений, вовлеченных в работу по удовлетворению нужд населения (сельское хозяйство, образование, строительные организации, транспорт, связь и др.);

4. Местное население должно быть активно вовлечено в процесс формирования и внедрения ПМСПН, с тем чтобы ПМСПН шла рука об руку с мероприятиями по удовлетворению других потребностей и приоритетных нужд населения. Определение нужд местного населения, требующих незамедлительного решения, должно основываться на непрерывном диалоге между населением и людьми, оказывающими населению те или иные услуги;

5. Предложенные населению медицинские услуги должны в максимальной степени базироваться на доступных населению ресурсах, особенно на тех, которые до той поры не были использованы, а также учитывать ограниченные средства, выделяемые на эти услуги государством;

6. ПМСПН должна использовать в едином комплексе свои профилактические, лечебные и реабилитационные методы для помощи как отдельному больному, так и всей семье и группе населения в целом. Баланс между объемом помощи, оказываемой на каждом уровне, должен колебаться в зависимости от нужд населения и может меняться время от времени;

7. Большая часть медицинского вмешательства должна осуществляться на самом начальном этапе заболевания, чтобы быть наименее сложной и болезненной, и теми людьми, которые для этого специально подготовлены.

В основах Законодательства РФ «Об охране здоровья граждан», принятых 22 июня 1993 года, в разделе VIII в статье 38 даны четкие характеристики ПМСПН России. Она является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства. ПМСПН обеспечивается учреждениями муниципальной системы здравоохранения и санитарно-противоэпидемической службы. В оказании помощи могут также участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения на основе договоров со страховыми медицинскими организациями. Объем помощи устанавливается местной администрацией в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования.

Порядок оказания ПМСПН устанавливается органами управления муниципальной системы здравоохранения на основании нормативных актов Министерства здравоохранения Российской Феде-

рации, Государственного комитета санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации, МЗ республик в составе Российской Федерации, правовых актов автономных областей, округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Финансирование ПМСПН осуществляется за счет средств муниципального бюджета, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Министерство здравоохранения РФ разработало концепцию ПМСПН России, которая состоит из четырех элементов. Во-первых, переход к СВ, во-вторых, подъем престижа СМС, в-третьих, — развитие альтернативных видов ПМСПН (дома сестринского ухода, медико-социальные гериатрические центры и т. д.), в-четвертых, активное участие населения в обсуждении проблем охраны здоровья.

Основой ПМСПН является эпидемиология неинфекционных болезней, которая изучает широту распространения болезней и определяет наиболее существенные факторы и условия, оказывающие влияние на состояние здоровья. Результаты эпидемиологических исследований должны применяться для контроля заболеваемости и решения других проблем здоровья.

Общеизвестно, что в задачи медицины входят поддержание и охрана здоровья населения, восстановление здоровья в случае каких-либо расстройств, сведение к минимуму боли и страдания пациентов. Наилучший способ достижения этих целей — профилактика. С точки зрения эпидемиологии различие между профилактикой первого и второго уровней в том, что первичная профилактика нацелена на сокращение заболеваемости и других отклонений от нормы, вторичная профилактика ставит целью сокращение продолжительности и тяжести болезни, а профилактика третьего уровня позволяет избежать осложнений заболевания.

Профилактику первого уровня можно определить как охрану здоровья населения путем объединенных усилий отдельных лиц и общественности в плане сбалансированной диеты, хорошей физической формы, нормального эмоционального фона, вакцинации против инфекционных заболеваний, обеспечения безопасной окружающей среды.

Профилактика второго уровня определяется как комплекс мер, доступных отдельным лицам и населению в целом, для ранней диагностики и оказания первой медицинской помощи, чтобы скорректировать те или иные отклонения от нормы: добиться излечения острых болезней, полноценной ремиссии хронических заболеваний.

Профилактика третьего уровня подразумевает доступные меры, призванные уменьшить или полностью исключить последствия длительных заболеваний и нетрудоспособности, свести к минимуму

последствия хронических заболеваний и обеспечить пациенту режим немедикаментозного образа жизни. Это расширяет понятие профилактики до понятия реабилитации.

Пример – гипертоническая болезнь. Профилактика первого уровня – ограничение поваренной соли, борьба со стрессами, ожирением, курением, гиподинамией и т. д. Профилактика второго уровня – контроль цифр артериального давления, немедикаментозная и медикаментозная коррекция артериальной гипертензии. Профилактика третьего уровня – реабилитационные мероприятия после мозгового инсульта.

Экспертами Королевского колледжа (Великобритания, 1994) П. Гордон, К. Бэрт, М. Кидд предложены два варианта стратегии ПМСПН, приемлемые для России переходного периода: «групп большого риска» и «стратегия населения». И в том, и в другом вариантах работу по ПМСПН проводит бригада, куда входят СВ и СМС, количество которых определяется количеством населения и объемами предполагаемого вмешательства.

Стратегия «групп большого риска» используется для выявления и реабилитации пациентов с высоким риском преждевременной смерти. Например, это больные артериальной гипертензией с цифрами диастолического артериального давления больше 120 мм рт. ст.; лица, перенесшие один или несколько инфарктов миокарда в клиническом или субклиническом вариантах; больные сахарным диабетом; больные с жизнеопасными аритмиями и т. д.

Преимуществами стратегии «групп большого риска» являются:

– использование методов в зависимости от индивидуальных нужд больного;

- вероятность заинтересованности пациентов;
- заинтересованность членов группы ПМСПН;
- экономическая выгода для больного;
- снижение коэффициента риска.

Недостатками данной стратегии являются:

- большая стоимость программы;
- ограниченный потенциал для здоровья всего населения (парадокс профилактики);
- социально-этические аспекты этой программы, так как остальные люди остаются без внимания.

«Стратегия населения» используется для ранней диагностики распространенных болезней на начальном этапе (гипертоническая болезнь, вторичные артериальные гипертензии с цифрами диастолического артериального давления меньше 120 мм рт. ст.; стенокардия и безболевая ишемия миокарда; хронический бронхит; бронхиальная астма и другие) или профилактики (иммунизация – прививки вакцинами АКДС, АДС-М и другие).

Преимущества «стратегии населения»:

- она радикально эффективнее предыдущего варианта стратегии;
- имеет огромные потенциальные преимущества для населения;
- меньшая стоимость программы;
- соответствует поведению большой группы населения (пример — иммунизация при дифтерии).

Эта стратегия имеет и недостатки:

- небольшие преимущества для отдельных лиц (парадокс превентивных мер);
- недостаточная мотивировка для пациента;
- недостаточная мотивировка для членов команды ПМСПН;
- коэффициент риска невысок.

Для практической работы в составе бригады ПМСПН СМС должна хорошо усвоить цикл ПМСПН. Его составные элементы: диагноз населения, определение приоритетов, подробная оценка проблемы, планирование вмешательства, выполнение, оценка и переоценка (схема 9). Подробно остановимся на каждом из этих этапов.

Диагноз местного населения. Что это такое? Данный термин означает четкую оценку нужд и возможностей группы населения. Так же как клиницист ставит диагноз больному, так и группа ПМСПН должна поставить диагноз населению участка в целом. Далее следует определить, какими ресурсами располагает население участка, с тем чтобы оно максимально использовало их в свою пользу.

После постановки диагноза населения необходимо выделить главную проблему (какое-то заболевание) и подробно на основании критериев ее изучить. Наиболее часто применяются следующие критерии: заболеваемость, смертность, эффективность вмешательства, выполнимость, занятость населения, стоимость, источники финансирования и другие. Каждый критерий оценивается по 4-балльной системе, и в результате каждое заболевание имеет строгую количественную оценку.

После определения главной проблемы идет подробная ее оценка: определение группы населения по возрасту и полу, факторов риска, методов сбора данных и регистрации информации.

Следующий этап цикла ПМСПН — планирование вмешательства. Для успешного проведения его необходимо: сформулировать цель, выбрать сферу вмешательства, определить критерии вмешательства, разработать протокол, распределить обязанности между членами команды, разработать собственную систему записи информации и систему наблюдения.

ЦИКЛ ПМСПН



Далее идет этап выполнения. Критериями успешного руководства проектом являются: ясная цель, ясные стадии с их трудностями, адекватные ресурсы, ясное распределение обязанностей, хорошая информация и преданность членов команды ПМСПН своему делу.

Следующий этап – оценка, то есть критическое и объективное определение степени выполнения поставленных задач. Основой оценки является мониторинг: процесс, выполняемый на протяжении всей программы ПМСПН для регулирования ежедневных действий. Оценка соотносит цели и запланированную деятельность с работой программы и ее результатами. Обычно она производится в конце программы, но может также производиться и в период выполнения программы. Оценка должна соответствовать некоторым параметрам: она должна быть простой, но точной; должна определять эффект для населения; вопросы необходимо задавать правильно и лучше письменно; не следует ожидать стопроцентного успеха.

Последним, завершающим этапом цикла ПМСПН является переоценка. Она необходима, так как не всегда удается достигнуть намеченной цели. В ряде случаев приходится составлять новую программу, углубляющую и расширяющую основные положения первой.

СМС – активный участник всех этапов реализации ПМСПН. Так, в программе «Бронхиальная астма» СМС раздает и обрабатывает анкеты-опросники; проводит и рассчитывает данные пикфлоуметрии; группирует выявленных больных по тяжести, функциональным нарушениям; реализует дифференцированные лечебные программы для больных и лиц, имеющих факторы риска (программы вырабатываются СВ). СМС, пользуясь компьютером, проводит статистическую разработку результатов работы бригады ПМСПН. По указанию СВ СМС принимает активное участие в комплексе мер первичной, вторичной, третичной профилактики, организации и проведении занятий в астма-школах.

Рекомендуемая литература:

1. Галкин Р. А., Тун П., Иванова А. В., Мовшович Б. Л. Организация общей врачебной практики. – Самара, 1997. – 281 с.
2. Галкин Р. А., Павлов В. В., Кузнецов С. И. Реорганизация первичной медико-социальной помощи в Самарской области. – Самара, 1997. – 124 с.
3. Дальнейшее развитие первичной медико-социальной помощи в России. Материалы второй научно-практической конференции 30–31 мая 1995 г. – Москва, 1995. – 320 с.
4. Денисов И. Н., Иванов А. И., Берестов Л. А. Общая врачебная (семейная) практика в системе первичной медико-санитарной помощи. Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. – № 5. – С. 15–20.
5. Концепция поэтапного перехода к организации первичной медико-социальной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) в Санкт-Петербурге. Составители Акулин И. М., Поляков И. В., Бутицкий В. И. – Санкт-Петербург, 1995. – 40 с.
6. Общая врачебная практика. Руководство в 2-х томах. / Под ред. С. В. Симбирцева, Н. Н. Гурина. – С.-Пб., 1996.
7. Общепрактическая и семейная медицина. / Под ред. М. М. Кохена. Пер. с нем. – Минск, Беларусь, 1997. – 618 с.
8. Семейная медицина. Руководство в 2-х томах. Научный редактор Краснов А. Ф. – Самара, 1994. – 1228 с.
9. Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейных врачей. Научный редактор Райс Д. А., Владимирцев В. А. – Москва, 1991. – 172 с.
10. Справочник врача общей практики. В 2-х томах. / Под ред. В. С. Казанова. Минск, Высшая школа. – 1995. – 1189 с.
11. Шабров А. В. Проблемы общеврачебной практики и семейной медицины в условиях реформы здравоохранения. Санкт-Петербург, 1994. – 134 с.
12. Энциклопедия семейного врача. В 2-х томах. / Под ред. А. С. Ефимова. – Киев: Здоровье. – 1995. – 980 с.

Первичная медико-санитарная помощь на рубеже веков. Взаимоотношения врачебного и сестринского персоналов

*«Теплом душевным и умением
лечи больных своих, сестра»*

Расул Гамзатов

Завершается двадцатое столетие — век научного и технического прогресса, революционных изменений общества и человечества в целом. Пожалуй, нет такой сферы деятельности человека, которую не затронули эти изменения. Это в полной мере относится к медицине как науке и системе медицинского образования важнейшей составной части отрасли здравоохранения.

Здоровье человека — особая непреходящая ценность, дарованная ему природой. Сохранение физического, психического, эмоционального здоровья должно быть в центре внимания как отдельной личности, так и цивилизованного государства.

Быть здоровым — это еще не значит не иметь болезней или каких-либо физических дефектов. Во всем мире здоровье определяют как сочетание физического, духовного и социального благополучия. Такой подход к здоровью позволяет правильно оценить себя и использовать все возможности, которыми располагает человек для достижения качества здоровья.

Концепцией Всемирной Организации Здравоохранения «Здоровье для всех к 2000 году» для достижения здоровья были определены основные критерии, к которым были отнесены:

- доступность первичной медико-санитарной помощи;
- процент лиц, подвергнутых иммунизации против шести самых распространенных инфекционных болезней (дифтерия, корь, коклюш, столбняк, туберкулез и полиомиелит);
- процент валового национального продукта, выделяемого на нужды здравоохранения;
- уровень детской смертности и средней продолжительности предстоящей жизни.

Европейское региональное бюро ВОЗ в своей оценке глобальной стратегии программы «Здоровье для всех к 2000 году» (1994) констатировало, что общее состояние здоровья 415 млн. жителей бывших социалистических стран хуже по сравнению с населением остальной части Европейского региона. Причинами этого являются распространенность лежащих в основе жизни и в окружающей среде факторов риска, отсутствие эффективной профилактики болезней и низкое качество первичной медико-санитарной помощи.

Таким образом, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) в качестве одного из ведущих инструментов достижения стратегии здоровья для всех. Принятая позже в 1996 году Люблянская хартия по реформированию здравоохранения также определила, что одним из основополагающих принципов реформирования системы здравоохранения должна быть ориентация на первичную медико-санитарную помощь как основополагающую в системе здравоохранения. Люблянская хартия была принята всеми государствами — членами Европейского регионального бюро ВОЗ.

Хартия рассматривает вопросы реформ здравоохранения в особом контексте Европейского региона и исходит из главного постулата о том, что медико-санитарная помощь играет основополагающую роль в улучшении здоровья и качества жизни людей. В Хартии подчеркнут тот факт, что реформы здравоохранения должны быть неотъемлемой частью общей политики в области здравоохранения. При этом первым шагом в этом направлении должна быть разработка политики «Здоровье для всех», а затем разработка соответствующих стратегий реформирования здравоохранения. В Хартии указывается также на то, что системам здравоохранения необходимо:

- руководствоваться принципами уважения человеческого достоинства, равноправия, солидарности и профессиональной этики;
- объединиться в работе по уточнению целей достижения лучшего здоровья;
- обеспечивать потребности граждан;
- стремиться к непрерывному улучшению качества медико-санитарной помощи;
- обеспечить финансирование, которое позволит осуществлять оказание медико-санитарной помощи всем гражданам на стабильной основе;
- быть ориентированными на первичную медико-санитарную помощь.

Люблянская хартия имеет большое значение для реформ здравоохранения в Европе и в России. В прошедшем десятилетии при проведении таких реформ акцент ставился не на общих вопросах улучшения здоровья населения, а на ряде других проблем. В част-

ности, их основная цель сводилась к обеспечению рыночной ориентации и сдерживанию расходов. С учетом этого в интересах создания конкурентоспособного рынка медицинских услуг были разработаны соответствующие методологии. Работа по подготовке Люблянской конференции и Хартии поставила под сомнение эти методологии, особенно касающиеся конкурентоспособности при предоставлении медико-санитарной помощи с точки зрения воздействия на здоровье. При этом было отмечено, что финансовые механизмы и системы регулирования должны быть ориентированы на тех, кто предоставляет услуги, а не на тех, кто в них нуждается, с тем, чтобы улучшить результаты медико-санитарной помощи. Люблянская хартия сумела вновь обратить внимание на положительные для здоровья результаты при качественном оказании медико-санитарной помощи.

Политика достижения «здоровья для всех в XXI столетии», — один из последних документов, принятый мировым сообществом в мае 1998 года. В нем излагаются рассчитанные на первые два десятилетия двадцать первого века глобальные задачи, направленные на реализацию стратегической концепции здоровья для всех. Политика «Здоровье для всех в XXI столетии» в Европейском регионе ВОЗ состоит из следующих основных элементов:

Одна постоянная цель заключается в том, чтобы все люди могли в полной степени реализовать свой «потенциал здоровья».

Две основные цели, позволяющие решить эту конкретную задачу:

- укрепление и охрана здоровья людей на протяжении всей жизни;
- снижение распространенности и уменьшение страданий, вызываемых основными болезнями, травмами и увечьями.

Три основополагающие ценности, являющиеся этической основой для реализации политики:

- здоровье как одно из важнейших прав человека;
- справедливость в вопросах здоровья и его охраны. Действенная солидарность стран, групп и контингентов людей внутри стран и представителей разного пола;
- участие в здравоохранительной деятельности и ответственное отношение к ней отдельных людей, групп населения, учреждений, организаций и секторов.

Четыре основные стратегии деятельности, для реализации целей «ЗДОРОВЬЕ XXI века»:

- многосекторальные стратегии, направленные на улучшение определяющих факторов (детерминант) здоровья с учетом физических, экономических, социальных, культурных и обусловленных половой принадлежностью перспектив;
- ориентированные на конечные результаты программы и инвестиции для развития здравоохранения и медицинской помощи;

- комплексная система первичной медико-санитарной помощи, ориентированная на обслуживание на семейном и коммунально-общинном уровнях, поддерживаемая гибкой и чутко реагирующей больничной системой (стационар);
- совместная деятельность по охране здоровья при широком участии и привлечении партнеров на всех уровнях — семьи, школы, мест работы и проживания и страны в целом для содействия совместным процессам принятия решений.

Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения входящих в него стран. В 51 стране Европейского региона ВОЗ, куда входит и Россия, простирающегося от Гренландии на западе до Тихоокеанского побережья Российской Федерации на востоке проживает около 870000000 человек, 147000000 из которых — граждане России. Спустя 20 лет после Алма-атинской конференции ПМСП по-прежнему остается основным звеном всей системы здравоохранения, составляя неотъемлемую часть всего процесса социально-экономического развития общества.

От состояния амбулаторно-поликлинической помощи зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, сохранение трудового потенциала страны, а также решение большинства медико-социальных проблем на уровне семьи и у социально незащищенных групп населения: детей, инвалидов и лиц пожилого возраста. Необходимо отметить, что в последние годы большие предотвратимые потери в здоровье населения страны связаны с неудовлетворительной работой амбулаторно-поликлинической службы. Вот почему реформа первичного звена здравоохранения, где пациент имеет первые контакты с профилактической и лечебной помощью, является ключевой проблемой.

Такое понятие здоровья и основных факторов, его определяющих, предполагает возрастание роли врачебного и сестринского персонала, работающего в первичном звене здравоохранения. Для поддержания здоровья пациенту необходимо пересмотреть многие устоявшиеся представления во взаимоотношениях врача и пациента, чтобы изменить свое отношение к здоровью. Не следует переоценивать роль врачей, работающих в больницах и специализированных центрах в проведении широких профилактических мероприятий. Эта категория врачей совершенствуется, прежде всего, в методах диагностики и лечения уже развившейся у больного патологии, а не критериями качества здоровья.

Профилактика — это действия, направленные на уменьшение вероятности возникновения заболевания или нарушения, на прерывание или замедление его прогрессирования, на снижение не-

трудоспособности. Первичная профилактика на индивидуальном уровне включает проведение скрининга, консультирование по образу жизни и предупреждению заболеваний, вакцинацию и химиопрофилактику. Кроме предупреждения заболеваний профилактика включает укрепление здоровья — действия, помогающие людям контролировать состояние здоровья и улучшать его.

Основные факторы риска универсальны для многих заболеваний — это курение, неумеренное употребление алкоголя, низкая физическая активность, избыточная масса тела, повышение артериального давления, экологическое неблагополучие. Почему остаются высокими заболеваемость и смертность, если причины всем хорошо известны? Главная причина в том, что в нашей стране достаточно хорошо развита система контроля над инфекционной патологией. Первичная профилактика неинфекционных заболеваний требует иных подходов и направлений. Основную роль в успешном развитии профилактики должны выполнять первичные службы.

Почему именно врачебный и сестринский персонал первичной медико-санитарной помощи должен стать проводником профилактической работы в здравоохранении? Медицинские работники, работающие в первичном звене здравоохранения, имеют значительно больше контактов с населением, чем врачи специализированных отделений и городских больниц. Врач общей практики (семейный врач) имеет для этих контактов еще больше поводов. Средняя посещаемость врача в поликлинике до 9 раз в год. Врач общей практики (семейный врач) будет иметь еще больше возможностей контакта с пациентом. Фактически каждое посещение может быть использовано для проведения консультаций по здоровому образу жизни, профилактического осмотра или обследования не только врачом, но и медицинской сестрой. Не менее 20% своего рабочего времени врач общей практики должен посвящать профилактической работе. Отношения такого врача и работающего с ним сестринского персонала с пациентом формируются многие годы и распространяются на всех членов семьи. Как показали данные опроса, 62,2% пациентов назвали медицинских работников источником информации о своем здоровье, вызывающем наибольшее доверие (О. Ю. Кузнецова и соавт., 1999).

К большому сожалению, скрининг по раннему выявлению хронических неинфекционных заболеваний до сих пор не стал обязательным для врачей и сестринского персонала первичного звена. Существуют обязательные осмотры для всех пациентов. К их числу относится ежегодное измерение артериального давления каждому пациенту старше 3 лет. Однако эта простая сестринская процедура выполняется далеко не у всех пациентов, даже имеющих в анамнезе эпизоды с повышенным артериальным давлением.

Не для всех заболеваний разработаны простые и эффективные методы диагностики, но медицинский персонал очень часто не использует даже то, что уже существует. Например, осмотр кожи, для выявления раковых ее поражений, осмотр наружных половых органов мальчиков и мужчин для исключения рака яичка, осмотр и пальпацию молочных желез, ректальное исследование и многое другое. Естественно, этими методиками лучше владеют врач и сестра общей практики, потому что они обучены не только терапевтической сортировке, как работающие сегодня в поликлиниках участковые терапевты, но и навыкам хирургического, гинекологического и других методов обследования.

Очень часто только детальное знание семейного анамнеза, наследственности, условий жизни позволяет выявить пациентов группы риска и провести им необходимые исследования. Поэтому так велика роль в первичной медицинской помощи «команды» в целом. Один врач не сможет эффективно справляться с этой работой. Ему обязательно нужны квалифицированные помощники, в первую очередь, в лице медицинских сестер.

В истории отечественного здравоохранения есть много примеров тому, что идеи преданного и благородного служения медицине не исчезают. Опыт предшествующих поколений медицинских работников сохраняется и становится достоянием новых поколений врачей и медицинских сестер. Никогда, пожалуй, врачам и сестринскому персоналу не приходилось так трудно соблюдать этические и деонтологические аспекты в своей практической деятельности, как в период конца XX века.

Современная ситуация, сложившаяся в здравоохранении России, характеризуется исключительной сложностью и противоречивостью. Недооценка роли места здравоохранения привела к тому, что финансирование отрасли осуществлялось фактически по остаточному принципу. Доля расходов на здравоохранение постоянно снижалась и к 90-м годам достигла 3,1–3,6% в валовом внутреннем продукте. В большинстве экономически развитых стран она равняется 8–12%. В связи с этим не столько логика развития отечественного здравоохранения, сколько, прежде всего, резкое сокращение бюджетных расходов на здравоохранение побудили к поиску тех реформ, которые должны были начаться еще в 60-е годы. На фоне глубоких преобразований, затронувших все слои общества, чрезвычайно важно сохранить справедливость и равенство в такой жизненно важной сфере, как охрана здоровья народа.

Вполне естественно, что недостаточное финансовое обеспечение отрасли отразилось на материально-техническом оснащении лечебно-профилактических учреждений, оплате труда медицинских работников, которая оказалась самой низкой по сравнению с миро-

выми показателями оплаты труда врачей и сестринского персонала. Система управления здравоохранением, основываясь на административном стиле руководства, стала недоступной общественному контролю. Социальные последствия сложившейся в здравоохранении ситуации не замедлили сказаться. Сохраняя важный социальный принцип бесплатности медицинской помощи, здравоохранение оказалось не в состоянии удовлетворить потребности населения в обеспечении надлежащего качества этой помощи. Сложившаяся ситуация с состоянием здоровья населения указывает на необходимость создания реальных условий для обеспечения более высокого качества жизни и здоровья людей, поворота общества к самому человеку.

Реформы здравоохранения в России пошли по пути децентрализации государственного здравоохранения, введения обязательного медицинского страхования, создания муниципального звена здравоохранения. Однако до настоящего времени реформа здравоохранения идет фрагментарно, в том числе и в его ведущем звене — амбулаторно-поликлинической помощи.

Амбулаторно-поликлиническая помощь в России имеет свою специфику:

- это наиболее массовый вид помощи, где начинают и заканчивают лечение более 80% больных;
- она является первым уровнем контакта пациента с врачом и сестринским персоналом;
- большой разрыв в объеме медицинской помощи между городскими и сельскими жителями;
- слабая материально-техническая база;
- декларативный характер профилактической работы;
- отсутствие преемственности и дублирование деятельности специалистов;
- отсутствие заинтересованности в здоровье пациента;
- отсутствие механизмов влияния на членов семьи.

Как показали результаты исследования деятельности ряда поликлиник в различных регионах страны, неполноценное обследование имели 18,4% пациентов, неполноценное лечение — 19,3%, диагноз поликлиники не был подтвержден в стационаре у 14% больных. Особенно сложная ситуация сложилась с участковым терапевтом. Авторитет и доверие к нему резко упали. Фактически, при продолжающейся нарастать специализации врачей в поликлинике, установившихся профессиональных обязанностях участкового терапевта исчезла персональная ответственность за здоровье пациента. Принцип коллективной ответственности привел к отсутствию персональной ответственности за здоровье пациента врачей, работающих в поликлиниках. Это не позволило реализовать в России

идею об участковом терапевте как центральной фигуре в системе здравоохранения.

Изменения, происходящие в последние годы в системе первичной медико-санитарной помощи, затронули и такой важный показатель, как соотношение врачебного и сестринского персонала. Анализ показывает, что в 1960 году на одного врача в среднем приходилось 4,1 сестринского персонала, то к 1994 году он снизился до 1,9 и продолжает снижаться. В то же время в Дании, Норвегии, Финляндии этот показатель находится на уровне 1 к 5,6–4,7. В то же время в России остается самой высокой доля пациентов, направляемых в больницы после первого посещения врача – 25–30%. В Великобритании эта доля составляет 8,6% и в США – 5,2%. Характерно, что в России в больницы поступают 34% заболевших по сравнению с 16% для большинства экономически развитых стран. В США около 75% хирургических операций производится в поликлиниках, а в России основной объем хирургических вмешательств осуществляется в стационаре.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что поликлиники не смогли в полной мере решить задачи приближения квалифицированной медицинской помощи к пациенту, сократить число больных, направляемых в стационары, избежать дублирования в обследовании больных, сократить их сроки пребывания в стационаре.

Появилась настоятельная необходимость развития новых подходов к реформированию амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, ориентированных на разрешение накопившихся проблем. В ходе реформ необходимо найти ответы на вопросы, касающиеся судьбы участковых терапевтов, преемственности в работе со стационарной помощью, взаимодействия со службой социальной защиты населения, подготовки и использования врачебных и сестринских кадров в первичной системе здравоохранения, определиться с решением вопроса о судьбе поликлиник и статусом других учреждений амбулаторно-поликлинического звена.

Развитие службы врача общей практики (семейного врача) началось в стране еще в конце 80-х годов, а затем было продолжено уже на планомерной основе после издания Минздравом России приказа № 237 от 26.08.1992 года «О поэтапном переходе к оказанию первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». Как показывает накапливаемый в регионах страны опыт (Санкт-Петербург, Самара, Екатеринбург, Тула, Кемерово и другие территории), развитие общей врачебной практики становится основой для структурных преобразований не только в системе первичной медико-санитарной помощи, но и в здравоохранении в целом.

Проблема взаимоотношений врача и медицинской сестры является одной из ключевых в медицинской практике. С развитием

технического оснащения отрасли постоянно совершенствуется и повышается роль сестринского персонала в здравоохранении. Сегодня сестринский персонал для работы с пациентами должен владеть не только сложными техническими манипуляциями и навыками, но и обладать современными медицинскими и естественно-научными знаниями.

В отечественном здравоохранении деятельность медицинских работников всегда рассматривалась как дело всей жизни и поэтому в ней постоянно присутствовали элементы самопожертвования.

Хорошо известны слова А. П. Чехова: «Профессия врача – подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Не всякий способен на это». Самопожертвование и подвиг не только являлись обязательным требованием, но и были нормой поведения наших великих соотечественников. И. И. Мечников и Д. К. Заболотный испытывали на себе действие холерных вибрионов. М. Я. Мудров добровольно поехал на вспышку холеры в Санкт-Петербург, где и погиб при исполнении профессионального долга. С. А. Андриевский путем самозаражения подтвердил зоонозную природу сибирской язвы.

Наступающий XXI век будет сопровождаться дальнейшим возрастанием роли и ответственности врача в обществе. В связи с угрозой и наличием региональных вооруженных конфликтов, увеличением числа преступлений проблема нравственности и морали станет более заметной в деятельности врачебного и сестринского персонала. Соответственно должна возрасти роль всесторонне образованных, профессионально подготовленных и морально чистых людей в белом халате.

Проблема взаимоотношений врача и медицинской сестры является одной из ключевых в медицинской этике. Ей посвящено много исследований как в России, так и за рубежом (Б. Д. Петров, 1972; Б. В. Петровский, 1988; А. Н. Орлов, 1989; И. Харди, 1974; Р. Конечный и М. Боухал, 1974 и другие). При этом подавляющее большинство авторов рассматривают данную проблему с позиций патернализма – «отеческой» заботы врачебного сословия над сестринским персоналом. Сложившаяся практика исторически детерминирована. Во все времена врачеванием занимались наиболее подготовленные лица. Остальные находились у них в подчинении, выполняя функции помощников. Врачи античного периода получали образование в семейных школах, где знания и умения передавались либо по наследству, либо сообщались доверенным лицам. К их числу принадлежал Гиппократ, который был в семье представителем семнадцатого поколения врачей.

С появлением в IX веке первых университетов подготовка врачей стала постепенно переходить на научные рельсы. При этом практически до XVIII века к врачам относились только терапевты.

Хирурги выходили из среды цирюльников и находились на более низкой ступени социальной лестницы, чем врачи. По мере развития науки и техники менялся лик медицины. Внутри ее формировались отдельные направления с последующей специализацией выпускников. Этот принцип фактически сохранился и до наших дней.

Сегодня медицинские вузы и факультеты России ежегодно выпускают около 24000 врачей и провизоров по 83 специальностям. Общее число врачей составляет 607000 или 46 врачей на 10000 населения.

Врач был и остается одной из ключевых фигур в любой системе здравоохранения.

Сестринское дело также прошло большой и сложный путь развития. Впервые в России женский труд для ухода за больными в госпиталях был использован при Петре I. Началом сестринского дела в России считают 1803 год, когда появилась служба сердобольных вдов. В 1818 году в Москве был организован институт сердобольных вдов, а при больницах стали организовывать специальные курсы сиделок. Именно в этот период начинается специальная подготовка сестринского персонала. Организовал первую службу медицинских сестер в России Кристофер фон Оппель, который в предисловии к руководству по обучению сестринскому делу писал: «Без соответствующего ухода и поддержки больных даже лучший врач не сможет восстановить здоровье и предотвратить смерть».

К более широкому привлечению женского труда для ухода за больными в России прибегали во время крымской войны в 1853–1856 годах. Именно в этот период впервые в мировой истории медицинские сестры оказывали помощь раненым на поле боя. В 1885 году Н. И. Пирогов разработал сборник инструкций для медсестер. Он требовал от врачей «помогать медицинским сестрам в приобретении опыта» и был убежден, что медицинская сестра не должна «слепо исполнять приказы человека, который только начал врачебную карьеру». В дальнейшем сестринское дело в России развивалось под знаком Красного Креста. С 1926 года термин «сестры милосердия» был изменен на «медицинские сестры». В 1953 году медсестринские школы были реорганизованы в медицинские училища, которые занимаются подготовкой сестринского персонала и до сегодняшнего дня.

С 1991 года начата подготовка сестринского персонала и в колледжах по 4-годичной программе. В этот же период открываются и факультеты высшего сестринского образования в медицинских вузах.

Сестринское дело в России является частью общемедицинской деятельности. Необходимость выделения сестринского дела обусловлена рядом организационных, психологических и этических аспектов.

Организационные проблемы связаны с отсутствием четкого распределения обязанностей между сестринским и врачебным персоналом. В то же время жесткая регламентация деятельности врачей

и руководителей лечебно-профилактических учреждений оставляет очень мало места для самостоятельности сестринскому персоналу. Реализуемое в настоящее время расширение прав руководителей позволит пересмотреть не только штатные нормативы сестринского персонала в стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях, но и распределение их функциональных обязанностей.

Улучшение здоровья предусматривает 4 ключевые области для воздействия в первичном звене здравоохранения: курение, питание, физическая активность и употребление алкоголя. В процессе общения с пациентом врач и медицинская сестра должны использовать любую возможность, чтобы провести профилактическую консультацию по здоровому образу жизни. Консультирование по вопросам улучшения здоровья и изменению образа жизни должно проводиться с учетом семейных особенностей жизни пациента.

Первой стадией любой консультации должен быть сбор информации о пациенте. Для этого у сестринского персонала на рабочем месте должны быть специальные анкеты или вопросники, позволяющие получить сведения о привычках пациента. Основываясь на этой информации, медсестра и врач могут провести целенаправленную индивидуальную консультацию и затем постоянно следить за процессом изменения образа жизни.

Человек, решивший изменить свой образ жизни для улучшения здоровья, проходит несколько стадий (модель J. O. Prochaska):

Первая стадия — отсутствие заинтересованности в изменениях. В этой стадии роль медицинского работника заключается в том, чтобы дать как можно больше информации о вреде курения, переедания или низкой физической активности. Исследования, проведенные в Колпинском районе Ленинградской области, показали, что вред злоупотребления алкоголем понимают 63,3% опрошенных пациентов. Низкую физическую активность фактором риска здоровью считают только 22% участников. Всего 18,3% жителей считают опасным употребление наркотиков. Нельзя заставить человека измениться, но, возможно, узнав новые факты, он сможет пересмотреть свое отношение к здоровью, и перейдет к следующей стадии.

Вторая стадия — «обдумывание изменений». В этой стадии вместе с пациентом найти индивидуальную мотивацию, достаточную для изменений. Если решение пациентом принято, то начинается следующая стадия.

Третья стадия — «выполнение изменений». В этой стадии поддержка сестринского персонала является непременным условием успеха.

Четвертая стадия — «сохранение изменений». Эти стадии универсальны для избавления от любых вредных привычек, все они должны быть зафиксированы в амбулаторной карте пациента. Медицинская сестра поддерживает и контролирует процесс изме-

нений, помогает преодолевать срывы, которые неизбежны в любом процессе изменений. После срыва надо помочь пациенту вернуться к процессу изменений и продолжить его, усилив мотивацию. Особенности поведения человека во время срыва можно предусмотреть, и вместе с ним разработать план мероприятий, которые приводят к срыву. Таким образом, модель процесса изменений напоминает круг, в котором находится пациент, вступивший на путь изменения поведения.

Вот почему так важен еще один аспект деятельности сестринского персонала — образование и просвещение населения. Повысить эффективность профилактики можно, воздействуя на популяцию в целом. Команда первичной медицинской помощи должна выполнять ведущую роль в обществе, создавая коалицию партнеров. Очень важно для повышения профилактической деятельности медицинских сестер включать профилактические программы в учебные планы подготовки сестринского персонала.

В целом имеется необходимость в разработке современной концепции организации работы сестринского персонала в условиях внедрения службы врача общей практики. Это продиктовано тем, что сестринский персонал должен обладать большей самостоятельностью в работе, а не быть просто помощником врача. Работа сестринского персонала может иметь два уровня функционирования. Один уровень — это работа в составе команды общей врачебной практики. В этом случае сестринский персонал работает при проведении приема пациентов, проводит процедуры диагностические и лечебные, осуществляет патронаж больных на дому. Второй уровень работы медицинских сестер, который только появляется в России, должен предусматривать большую их самостоятельность (дома сестринского ухода, хосписы).

С учетом высокой социальной и экономической эффективности кооперации труда врачебного и сестринского персонала необходима государственная система подготовки медицинских сестер общей практики, патронажных сестер, фельдшеров с правом на самостоятельную профессиональную деятельность в отдельных разделах оказания медицинской помощи населению при работе в бригадах (группах). Эти специалисты должны в совершенстве освоить не только сестринское дело, но и знать лабораторное дело, медико-социальную помощь, делопроизводство, учет и отчетность.

Должно измениться соотношение врачебного и сестринского персонала из расчета на одного врача (2—2,5 должности на одного врача). Среди этого персонала могут быть фельдшеры, медицинские сестры, акушерки, специалисты с высшим сестринским образованием. Численность персонала и структура врачебных практик несмотря на общность направленности их работы, будет зависеть от местных условий. На каждого специалиста при установлении

размеров потребностей возлагаются свои задачи, о которых должно быть известно населению. В зависимости от того, как очерчен диапазон помощи, оказываемой врачом общей практики, определяются роль сестринского персонала.

В обязанности сестринского персонала общей практики входит:

- оказание первой доврачебной помощи;
- выполнение профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, назначаемых в поликлинике и на дому;
- организация амбулаторного приема врача общей практики;
- проведение осмотра больного, предварительный сбор анамнеза;
- ведение учетной медицинской документации;
- проведение доврачебных профилактических осмотров;
- осуществление персонального учета населения участка, выявление демографической и социальной структуры;
- проведение санитарно-просветительной работы с пациентами.

При работе врача общей практики (семейного врача) в качестве юридического лица в структуру групповой практики может включаться менеджер. Лучше, если это будет специалист с высшим сестринским образованием, который будет заниматься организационными и финансовыми вопросами. Определение и выявление медицинских и медико-социальных потребностей может осуществляться разными путями: при обращении к врачу общей практики, профилактическом осмотре пациента, активном патронаже лиц и семей, в порядке регулярных социологических опросов населения. Все это проводится на уровне сестринского персонала, и сам факт изучения потребностей создает необходимые доверительные отношения между медицинским персоналом и жителями, как гарантию адекватного решения проблем здоровья семей, проживающих в зоне обслуживания.

Дальнейшее развитие системы научного обеспечения общей врачебной практики позволит вести и более сложные оценки отдельных групп населения, выявление причин редких обращений к врачу, причин удовлетворенности или неудовлетворенности оказанной медицинской помощью, что позволит более точно установить потребность в медицинской помощи и роль сестринского персонала.

Позатальное и постепенное внедрение в практику общей врачебной практики более подготовленного врачебного и сестринского персонала существенно изменит функции врачей других специальностей в амбулаторно-поликлинических учреждениях, создаст преемственность и ответственность в ведении пациентов, сделает семью объектом всей медико-социальной политики в стране. Такой интегрированный подход к медицинской помощи в сочетании с ее специализацией позволит существенно улучшить систему охраны и укрепления здоровья населения страны. Важно обеспечить подготовку и переподготовку врачебного и сестринского персонала, занятого в службе общей врачебной практики.

Содержание

Введение (академик РАМН, профессор <i>А. Ф. Краснов</i>)	3
Глава 1. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ТЕРАПИИ (профессора <i>В. В. Павлов, В. А. Лапотников, доцент В. В. Осипов</i>)	6
Особенности организации сестринского процесса в терапии	6
Принципы реабилитации терапевтических больных	13
Основные синдромы в клинике внутренних болезней, принципы диагностики и лечения	20
Глава 2. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ХИРУРГИИ (профессора <i>Р. А. Галкин, С. И. Двойников, В. Н. Чернов</i>)	102
Особенности организации сестринского процесса в хирургии	102
Организация сестринского процесса в предоперационном периоде	111
Организация сестринского процесса в операционном периоде	130
Принципы послеоперационного ухода. Мониторинг витальных функций	138
Сестринский уход за пациентами, испытывающими боль, в хирургической практике	148
Типичные послеоперационные осложнения и их профилактика	163
Основные синдромы в хирургии, принципы диагностики и лечения	170
Диспансерное наблюдение за хирургическими больными. Роль медицинской сестры	204
Этическое и законодательное регулирование в процессе оказания хирургической помощи	210
Глава 3. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ (профессор <i>О. И. Линева, Т. А. Гаврилова</i>)	218
Особенности организации сестринского процесса в акушерстве и гинекологии	218
Планирование семьи	226
Современные методы обследования в акушерстве и гинекологии	232
Основные синдромы в акушерстве и гинекологии, принципы диагностики и лечения	239
Организация профилактической помощи и диспансерного наблюдения за беременными и гинекологическими больными	251
Глава 4. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ПЕДИАТРИИ (профессор <i>Л. И. Захарова, Е. Ю. Кичатова</i>)	263
Особенности организации сестринского процесса в педиатрии	263
Организация и проведение профилактической помощи детям. Роль медицинской сестры	271
Основные синдромы в педиатрии, принципы диагностики и лечения	280
Глава 5. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ (академик РАМН, профессор <i>А. Ф. Краснов, доцент Ю. С. Федоров</i>)	352
Классификация катастроф	354
Принципы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях	358
Угрожающие жизни состояния и первая помощь при них	363
Глава 6. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ГЕРИАТРИИ (профессор <i>Г. П. Котельников, доцент В. В. Осипов, О. Г. Яковлев</i>)	386
Старение, старость, долголетие	386
Особенности организации сестринского процесса в гериатрии	394
Реабилитация гериатрических больных	403

Глава 7. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА (профессор <i>В. А. Лапотников, Л. А. Карасева, В. В. Самойленко</i>)	412
Становление и определение паллиативной медицины, ее роль и значение в здравоохранении	412
Деятельность медицинского персонала в сфере оказания помощи умирающим (терминальным) пациентам	426
Особенности психологического общения между пациентом и медицинским персоналом, важность возникающих взаимоотношений в паллиативном лечении	437
Основные симптомы, проблемы и потребности пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи	444
Глава 8. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В РЕАБИЛИТОЛОГИИ (профессора <i>Г. П. Котельников, В. В. Аршин</i>)	459
Основные средства медицинской реабилитации	463
Организация лечебной физической культуры	465
Организация физиотерапевтической службы	468
Глава 9. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ (профессор <i>Б. Л. Мовшович, доцент А. И. Кузнецов</i>)	478
Основные принципы семейной медицины	478
Основные требования к работе медицинской сестры общей практики	480
Понятие о первичной медико-санитарной помощи населению ..	483
Заключение. Первичная медико-санитарная помощь на рубеже веков. Взаимоотношения врачебного и сестринского персонала (академик РАМН, профессор И. Н. Денисов)	490

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

2 том

Учебник для студентов факультетов
высшего сестринского образования медицинских вузов,
студентов медицинских колледжей
и училищ страны

Редактор *Павличенко В. П.*
Технический редактор *Колчева Т. П.*
Корректор *Зайц Т. П.*

Лицензия ЛР № 040821 от 23.06.97 г.

Подписано к печати 4 10 2000 г. Формат 60×90/16.

Объем 31,5 п л Бумага офсетная. Гарнитура Тип-таймс

Псчать офсетная Тираж 1200 экз. Заказ № 190

Издательство ГП «Перспектива»
г Самара. 443010, ул Чапаевская, 181.

Типография издательства «Самарский Дом печати»
443080, г. Самара, пр. К. Маркса, 201.

ISBN 5-900031-19-5



9 785900 031194

