

Совет директоров средних медицинских и фармацевтических
профессиональных образовательных организаций
Приволжского федерального округа
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Самарской области
«Сызранский медико-гуманитарный колледж»



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**



Май, 2022г.

УДК 377
ББК 53,0/579
М43

Под общей редакцией: директора государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения Самарской области «Сызранский медико-гуманитарный колледж» **Л.К. Касымовой.**

Редакционная коллегия:

заместитель директора по учебной работе ГБПОУ «СМГК» **Н.А. Куликова;**
заместитель директора по учебно-методической и исследовательской деятельности ГБПОУ «СМГК» **Ю.Ю. Барина;**
методист ГБПОУ «СМГК» **Т.В. Бессараб.**
и.о. методиста ГБПОУ «СМГК» **О.В. Колвина.**

Межрегиональная студентческая научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы лечебной деятельности»: сборник материалов./ Под ред. Л.К. Касымовой– Сызрань, 2022. – 261с.

В сборнике опубликованы статьи межрегиональной студенческой научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы лечебной деятельности».

В материалах отражены результаты теоретических и практических исследований студентов по следующим направлениям:

1. Лечение пациентов терапевтического профиля.
2. Лечение пациентов хирургического профиля.
3. Лечение пациентов акушерско-гинекологического профиля.
4. Лечение пациентов детского возраста.

Материалы опубликованы в авторской редакции.

СОДЕРЖАНИЕ

Направление конференции – Лечение пациентов терапевтического профиля	
РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ОРГАНИЗАЦИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Бекетов А.Е., Кондакова О.И.	6
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ Бондарцова А. П., Боровко Н. А.	10
ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В ПРАКТИКЕ ФЕЛЬДШЕРА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ Вагапова А.С., Салмина В.В.	14
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ И УЧАСТИЕ ЕЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ I ТИПА Волкова Е. В., Тестянова Я. Е.	17
ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ДИАРЕЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ФЕЛЬДШЕРА Воронцова Т.С., Чепель Н.С.	26
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ Гончаров А.В., Клочков Н.А., Ларин С.Н., Ухова С.В.	32
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЕСТРИНСКИХ РУКОВОДСТВ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ Закиров Д.Л., Фальчиан В.Н., Кадырова К.Н., Дементиевская Н.В., Муртазина Г.Р.	35
РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА НА ЭТАПАХ ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ И ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ» Золотарева Д.М., Касихина В.В.	42
ИЗУЧЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Иванова А.А., Юдакова М.И.	54
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ИНСУЛЬТАХ Илендеева А.А., Агеева Е.Н.	56
ЗНАЧИМОСТЬ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В САМОСТОЯТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Кекенадзе П.В., Тулебаева А.Е., Дементиевская Н.В., Шамсутдиова Э.М.	65
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА Куенбаева Я.М., Коточигова Е.М.	74
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Линник Д.Р., Шатерникова В.А., Дементиевская Н.В., Шамсутдинова Э.М.	77
ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПОВЫШЕНИИ МОТИВАЦИИ МОЛОДЕЖИ ВЕСТИ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ Мищенко Т.С., Архипова О.Н., Барина Ю.Ю.	81
РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Нелепа Е.А., Сиденко Н.В.	83
ЗНАЧИМОСТЬ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ КАЧЕСТВЕННОГО СЕСТРИНСКОГО УХОДА Пеникер Е.К., Верченко К.А., Дементиевская Н.В., Ешниязова Г.Н.	87
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Салихова Р.Р., Рыжкина Н.В., Ворончихина Н.М.	93
МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Свиридов Р.Ю., Коточигова Е.М.	104
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ФЕЛЬДШЕРА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ САМООЦЕНКУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Скурихина В.А., Прозорова М.Н.	109
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ВЗРОСЛЫХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Турова А.В., Ковалева Т.Н.	111

УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОРОНОВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ Фур Я.А., Линник Д.Р., Байсингаров А.А., Дементиевская Н.В., Есказина Г.Т.	119
ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ПОВЫШЕНИЕ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ И В ВЕДЕНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА, ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ) Шатерникова В.А., Дементиевская Н.В., Есказина Г.Т.	127
Направление конференции – Лечение пациентов хирургического профиля	
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Байбосынова А.С., Сазанбаева А.А.	130
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРРОЕМ Гречкина М.А., Кривоносова М.В.	135
ОЖОГОВАЯ ТРАВМА И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГАМИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ Жумашкаalieва О.Б., Гудзь Л.А.	140
ЭВОЛЮЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК МАСТЭКТОМИИ В СОЧЕТАНИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Ибрагимова А.О., Накаева Е.Ю.	146
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Иванов А.В., Афандиева В.В.	149
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ Калмыкова А.В., Накаева Е.Ю.	153
ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ Кирьянова М.В., Накаева Е.Ю.	156
ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ОСТРОГО ЖИВОТА Киселева М.А., Рыжкина Н.В.	158
ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ШОКОВ Королева Е.С., Манелис Н.М.	167
РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Кулушева Н.П., Букина Н.Ф., Ермошина Н.В.	172
ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ: КЛИНИКА, ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ Петрушина Е.А., Игонин А.А.	174
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ Празян А.М., Корнилова И.М.	176
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Россомагина С.А., Ковалев М.Л.	182
Направление конференции – Лечение пациентов акушерско-гинекологического профиля	
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ Абилова Р.С., Таңат Ғ.Ж., Тукешова Ғ.С.	192
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫПАДЕНИЕМ ТЕЛА МАТКИ Бурханова И.В., Михайлова А.В.	197
СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. ПРИЧИНЫ, СИМПТОМЫ, ЛЕЧЕНИЕ Гирда Д.Н., Пышина Г.М.	201
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ Гречкина М.А., Юракова Л.А.	205
ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ С ЦЕЛЬЮ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ Ивыгина Я.В., Буканова С.А., Садриева А.М.	210
СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ Лебедева И.В., Пышина Г.М.	212
ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА «ОСТРОГО ЖИВОТА» И ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Мусихина А.А., Веселова О.Б.	215
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОКСИИ ПЛОДА И АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫХ Празян А.М., Горчуева К.В.	219

ЗНАЧИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ Рыбина Т.С., Смолина Т.С.	227
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Хузиева А.С., Шабай С.А.	230
Направление конференции – Лечение пациентов детского возраста	
ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ Бирюков И.Н., Старикова С.М.	236
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «КЕНГУРУ» В ВЫХАЖИВАНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ Доманина Е.Е., Ситникова И.Е., Ковалева И.И.	238
РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ОСУЩЕСТВЛЕНИИ УХОДА ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ СРЕДИ ДЕТСКИХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ Евланов К.Ю., Манин И.С., Кондакова О.И.	242
МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЛИЦ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА Кабирова Д.Ш., Рыжкина Н.В.	245
СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА В РАННЕМ ДЕТСТВЕ Маратова А.П., Аскарова Ж.А., Қобландина Г.С.	253
ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ ПЕДИАТРИИ Марусина А.В., Курилова Е.Г.	255
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ Реджепова Ю.Д., Нагулова О.В.	257

Направление конференции – Лечение пациентов терапевтического профиля

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ОРГАНИЗАЦИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Бекетов А.Е.,
обучающийся 4 курса.
Научный руководитель
Кондакова О.И.,
преподаватель,
ГБПОУ НО «АМК», г. Арзамас*

В настоящее время специалист со средним медицинским образованием играет ведущую роль в организации медицинского обслуживания населения. Так, функционирование кабинетов доврачебного приёма не требует квалифицированной врачебной помощи, занятия в школах для пациентов ведут фельдшера. На медицинских работников возлагаются обязанности в обеспечении обучения населения приёмам оказания неотложной помощи и методам ухода за больными и нетрудоспособными лицами, что позволяет облегчить решение приоритетных и потенциальных проблем самими пациентами самостоятельно, а также повысить эффективность деятельности специальных служб в условиях экстренной ситуации.

Особую роль фельдшер играет в организации и функционировании школы здоровья для пациентов с бронхиальной астмой.

Бронхиальная астма – это хроническое неинфекционное заболевание дыхательных путей воспалительного характера. Хронические воспалительные процессы в органах дыхания ведут к их гиперактивности, в результате которых при контакте с аллергенами или раздражителями мгновенно развивается обструкция бронхов, что ограничивает скорость потока воздуха и вызывает удушье. Приступ бронхиальной астмы часто развивается после предвестников и характеризуется коротким резким вдохом и шумным длительным выдохом. Обычно он сопровождается кашлем с вязкой мокротой и громкими свистящими хрипами. Бронхиальная астма может привести к развитию эмфиземы легких и легочного сердца, возникновению астматического статуса.

Поскольку бронхиальная астма является хроническим заболеванием вне зависимости от частоты приступов, то основополагающим моментом в терапии является исключение контакта с возможными аллергенами, соблюдение элиминационных диет и рациональное трудоустройство. Если же удастся выявить аллерген, то специфическая гипосенсибилизирующая терапия помогает снизить реакцию организма на него. Для купирования приступов удушья применяют бета-адреномиметики в форме аэрозоля, для того чтобы быстро увеличить просвет бронхов и улучшить отток мокроты.

Предупреждению бронхиальной астмы способствует здоровый образ жизни: соблюдение режима труда и отдыха с достаточным пребыванием на воздухе, рациональное питание, отказ от курения, минимизация контактов с аллергенами, закаливание, занятия физкультурой и спортом и др. Большое значение имеют санация очагов хронической инфекции (кариес зубов, синусит, тонзиллит и др.), своевременное выявление и адекватное лечение больных с преаастмой, правильный выбор профессии для лиц с предрасположенностью к аллергическим заболеваниям, а также санитарно-гигиенические мероприятия, направленные на улучшение условий труда и быта, охрану атмосферного воздуха. Больные бронхиальной астмой подлежат диспансерному наблюдению.

Школа здоровья для больных бронхиальной астмой (Астма-школа) – регулярная форма занятий с больными, которые в течение определенного периода времени изучают ряд тем согласно своему заболеванию. Отсутствие знаний о своем заболевании, возможностях самоконтроля и выполнение рекомендаций врача в отношении базисной терапии бронхиальной астмы менее чем на 50% приводит к прогрессированию заболевания, развитию осложнений, инвалидизации, увеличению частоты госпитализаций пациентов с данной патологией.

Таким образом, школа здоровья для пациентов с бронхиальной астмой при отсутствии внедрения сложных методик делает такую форму обучения больных наиболее приемлемой. Обучение больных в небольших группах за относительно короткий промежуток времени позволяет значительно повысить знания пациентов с бронхиальной астмой о своем заболевании, улучшить технику использования ингаляторов, спейсеров, увеличить количество применяемых приборов индивидуального пользования, проводить мониторинг ПСВ с помощью пикфлоуметра. Проведение занятий в школе позволяет в течение короткого промежутка времени добиться взаимопонимания между пациентом и врачом, контролировать продуктивность больных и эффективность лечения.

Снижение количества госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи, уменьшение числа обострений заболевания, улучшение течения заболевания, следовательно, значительное улучшение качества жизни больных – ожидаемый результат занятий.

Работа в Школе бронхиальной астмы организуется и проводится в основном врачами-терапевтами. Однако значительная часть работы в Школе здоровья возложена на фельдшера.

Деятельность фельдшера в функционировании школы здоровья для пациентов с бронхиальной астмой заключается в:

- пропаганде здорового образа жизни среди населения;

- оказании пациентам моральной поддержки в процессе обучения;
- контроле посещаемости занятий и убеждении пациента в пользе этого;
- организации лекций, подготовке наглядного материала в пределах своей компетенции;
- подготовке документации (годовой отчетности о работе Школы, количестве проведенных занятий и обученных пациентов, журналов посещаемости и т. д.);
- анкетировании пациентов в начале обучения и по окончании цикла занятий;
- проведении анализа качества жизни пациентов на основании полученных данных.

Фельдшер также объясняет и расписывает схему приёма лекарственных препаратов, обучает необходимым навыкам и умениям.

Таким образом, одним из путей повышения эффективности лечения бронхиальной астмы в настоящее время считается использование различных обучающих программ в виде различных форм обучения, таких как астма-школа, астма-день, астма-кабинеты, телефоны помощи больным, самостоятельное обучение с использованием различной научно-популярной литературы, видеофильмов, интернет-сайтов. Каждый из этих видов обучения имеет свои особенности, связанные как с характером заболевания, так и с возможностями врача и фельдшера. Среди перечисленных методов важное место занимает астма-школа, позволяющая вести регулярное обучение пациентов и наблюдение за ними. В условиях стационара эффективность астма-школы значительно повышается.

Данное исследование было проведено на базе ГБУЗ НО «ЦГБ г. Арзамаса».

ГБУЗ НО «ЦГБ г. Арзамаса» является лечебно-диагностическим и консультативным центром. Оказывает амбулаторно-поликлиническую и стационарную, соответствующую самым современным медицинским стандартам, помощь как жителям собственного, так и других регионов. ГБУЗ НО «ЦГБ г. Арзамаса» оснащено современным лечебным и диагностическим медицинским оборудованием, которое активно используется для оказания медицинской помощи населению. В учреждении постоянно внедряются достижения современной науки и техники, профилактические методики. Обслуживание ведут высококвалифицированные специалисты. На базе учреждения созданы все условия для оказания различных видов медицинской, организационно-методической и консультативной помощи. Активно реализуются мероприятия областных целевых программ.

Проводилось анкетирование слушателей Школы здоровья для больных бронхиальной астмой ГБУЗ НО «ЦГБ г. Арзамаса».

Целью исследования являлось определение эффективности деятельности фельдшера в работе Школы здоровья для больных бронхиальной астмой.

В качестве объекта исследования выступали пациенты со стационарных отделений и поликлинического приёма ГБУЗ НО «ЦГБ г. Арзамаса» с диагнозом бронхиальная астма, посещающие Школу здоровья, в количестве 11 человек. Возраст испытуемых – от 30 до 60 лет.

Предмет исследования – деятельность фельдшера в организации работы Школы здоровья для больных бронхиальной астмой.

Занятия проводились по плану с использованием видеоматериалов, стендов, плакатов, научно-методической литературы по профилактике бронхиальной астмы (см. Приложение 1).

С целью получения достоверных результатов по изучению работы Школы здоровья в динамике была разработана анкета (см. Приложение 2). Анкетирование проводилось на начальном, а затем и на завершающем этапе курсовых занятий в Школе бронхиальной астмы. Обязательным условием для всех пациентов исследуемой группы являлось регулярное посещение всех занятий согласно расписанию, а также чёткое и неукоснительное соблюдение всех рекомендаций фельдшера.

Данные проанализированных анкет представлены ниже. За 100% было принято общее количество опрошенных пациентов.

На первом этапе анализа результатов анкетирования были охарактеризованы входные данные слушателей обучающейся группы с акцентом на имеющиеся проблемы со стороны здоровья, образа жизни и отношения к самому себе.

Долевое распределение слушателей по возрастному и гендерному признаку представлено на рисунке 1.

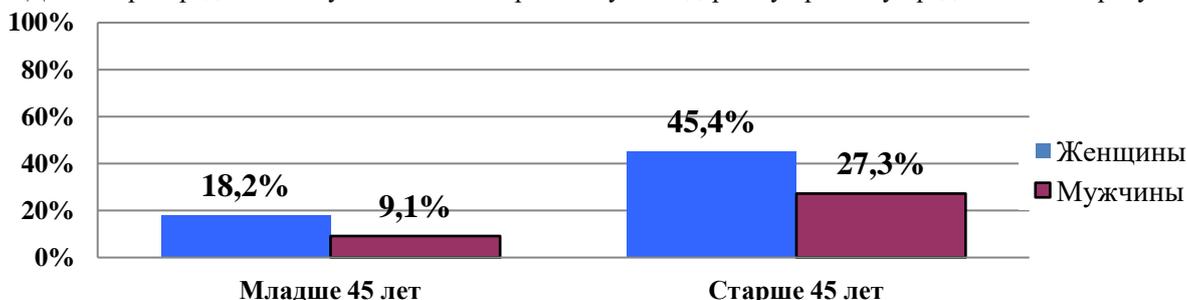


Рис.1. Характеристика слушателей по возрастной и гендерной категориям по данным анкеты (в %).

Анализируя данные, представленные на диаграмме, выявлено, что среди опрошенных респондентов больше всего женщин старше 45 лет, они составили – 45,4%. На втором месте оказалась возрастная категория мужчин старше 45 лет (27,3%), третье место занимают женщины младше 45 лет, их процент составил – 18,2%. Четвёртое место занимает возрастная категория мужчин младше 45 лет, их процент составил – 9,1%.

Анализ длительности заболевания представлен на рисунке 2.

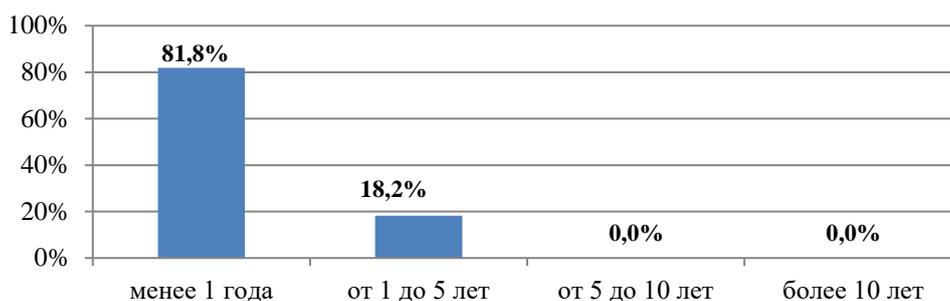


Рис.2. Характеристика длительности заболевания по данным анкеты (в %).

При анализе данных, представленных на диаграмме, выявлено, что среди слушателей Школы здоровья больше всего пациентов, имеющих диагноз «бронхиальная астма» менее 1 года, их показатель составил 81,8%. Оставшиеся 18,2% слушателей приходится на пациентов с диагнозом «бронхиальная астма» от 1 года до 5 лет. Слушателей с диагнозом более 5 лет в исследуемой группе не выявлено. Можно предположить, что пациенты с давно поставленным диагнозом уже неоднократно посещали Школу здоровья и получили исчерпывающую информацию относительно своего заболевания.

Далее исследовалось течение заболевания среди слушателей исследуемой группы.

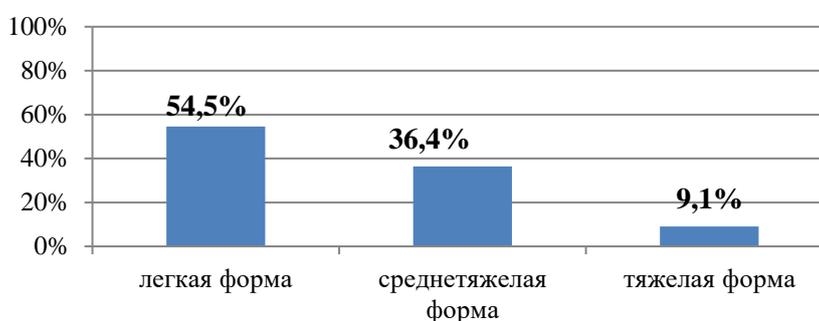


Рис.3. Характеристика течения заболевания по данным анкеты (в %).

При анализе данных, представленных на диаграмме, выявлено, что среди слушателей Школы здоровья больше всего пациентов, имеющих лёгкое течение бронхиальной астмы, их показатель составил 54,5%. Среднетяжёлую форму заболевания имеют 36,4% слушателей, а в тяжёлой форме заболевание протекает у 9,1% слушателей.

Анализ наличия вредных привычек представлен на рисунке 4.

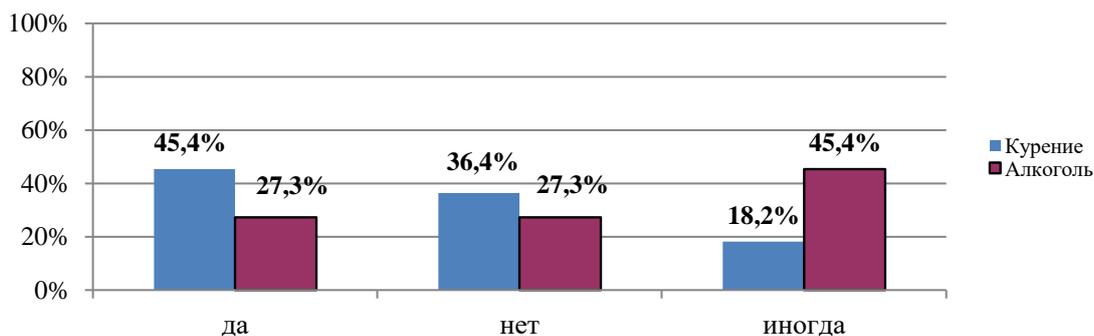


Рис.4. Характеристика вредных привычек по данным анкеты (в %).

При анализе данных, представленных на диаграмме, выявлено, что 45,4% слушателей курят и иногда употребляют алкогольные напитки. 36,4% и 27,3% слушателей не курят и не употребляют алкоголь соответственно.

На следующем этапе исследования проведена сравнительная характеристика основных пунктов анкеты, отражающих динамику явлений, качеств и действий пациентов, заполненной в начале занятий в Школе бронхиальной астмы и по окончании курса.

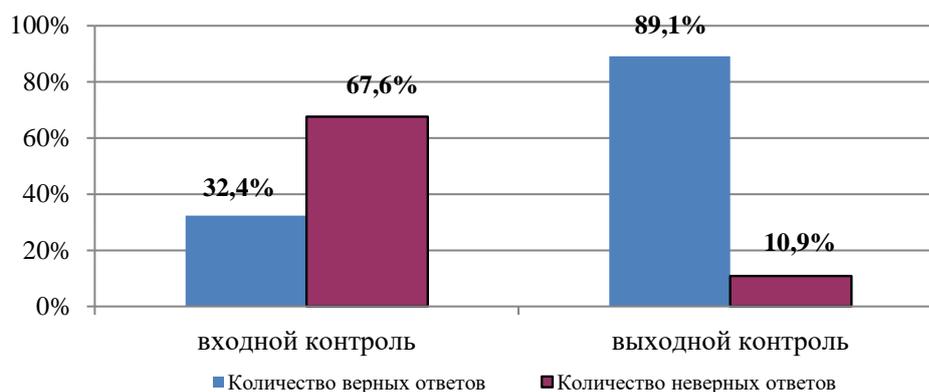


Рис.5. Оценка знаний слушателей о самоконтроле бронхиальной астмы (в %).

При анализе данных, представленных на рисунке 5, выявлено, что на начальном этапе обучения о методах самоконтроля знали только 32,4% слушателей. После пройденного курса обучения в Школе здоровья исследуемый показатель увеличился на 56,7% и составил 89,1%. Таким образом, практически все слушатели знают о методах самоконтроля при бронхиальной астме.

Далее исследовалась оценка знаний слушателей о лекарственных препаратах, используемых при бронхиальной астме, и способах их применения.

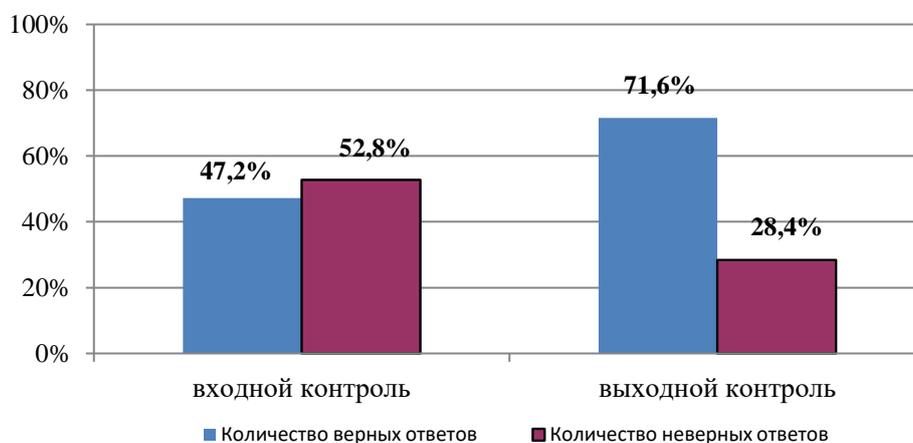


Рис.6. Оценка знаний слушателей о лечении бронхиальной астмы (в %).

При анализе данных выявлено, что на начальном этапе обучения о методах лечения бронхиальной астмы знали 47,2% слушателей. После пройденного курса обучения в Школе здоровья исследуемый показатель увеличился на 24,4% и составил 71,6%. Таким образом, большинство слушателей знают об основных лекарственных препаратах, используемых при бронхиальной астме, и способах их применения.

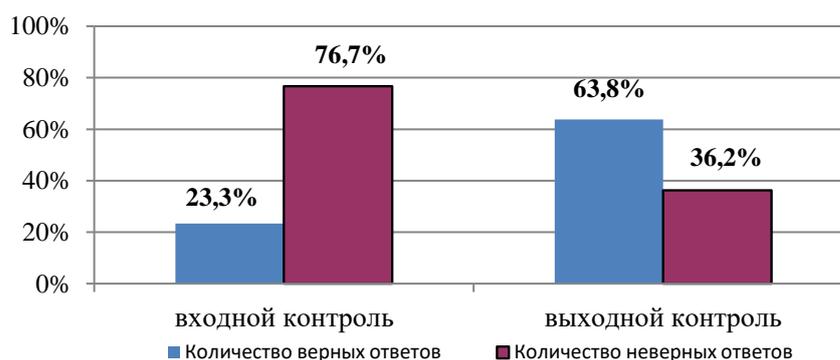


Рис.7. Оценка знаний слушателей о профилактике возможных осложнений бронхиальной астмы (в %).

При анализе данных выявлено, что на начальном этапе обучения о профилактике возможных осложнений бронхиальной астмы знали 23,3% слушателей. После пройденного курса обучения в Школе здоровья исследуемый показатель увеличился на 40,5% и составил 63,8%. Таким образом, больше половины слушателей знают об основных мерах профилактики возможных осложнений.

Анализируя большинство пунктов анкеты, предложенной пациентам исследуемой группы в конце обучения, можно сделать вывод о том, что в ходе проведенных занятий значительно изменилось в лучшую сторону отношение слушателей к своему здоровью, поскольку пациенты получили от медицинского персонала школы исчерпывающую информацию относительно самого заболевания, его осложнений, правил самоконтроля и самопомощи, методов профилактики возможных осложнений.

В процессе обучения в Школе бронхиальной астмы слушатели освоили приёмы наблюдения за своим

состоянием, осмыслили рекомендации своего врача и тем самым получили уже на фоне посещения школы существенную положительную динамику симптомов бронхиальной астмы. К этому предрасполагали постоянные повторения материала, обмен впечатлениями между пациентами, стимуляция фельдшера активности в отношении улучшения своего здоровья.

В завершении занятий Школы для больных бронхиальной астмой нами проведён опрос по определению роли фельдшера в работе школы здоровья. По данным опроса, большинство пациентов, посетивших Школу бронхиальной астмы, оценило работу фельдшера как наиболее важную, ответственную и направленную на повышение эффективности проводимого лечения.

Литература

1. Болезни органов дыхания. Клиника и лечение. / под ред. М.Е. Дрожжева - М.: Лань. 2015. 256 с.
2. Болотовский Г.В. Бронхиальная астма: заболевание, которое в настоящее время считается неизлечимым. - М.: Медицина. 2016. 345с.
3. Боголюбов В.М. Внутренние болезни. Учебная литература для учащихся медицинских училищ. - М.: Медицина. 2015. 123с.
4. Вебер В.Р., Чуваков Г.И., Лапотников В.А. Основы сестринского дела: учебное пособие. - М.: Медицина. 2017. 496с.
5. Воробьева Н.С. Справочник врача общей практики. В 2-х томах. Учебное пособие. - М.: Изд-во: Эксмо. 2015. 960с.
6. Галкин В.А. Внутренние болезни. -3-е изд., перераб. и доп.-М.: Медицина. 2016. 400с.
7. Давлицарова К. Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь: Учебное пособие. - М.: Форум: Инфа. 2014. 386с.
8. Давиденкова Е.Ф., Либерман И.С. Генетика бронхиальной астмы. - СПб.: Медицина. 2017. 156 с.
9. Дрожжев М.Е., Лев Н.С., Костюченко М.В. Современные показатели распространенности бронхиальной астмы среди детей. // Пульмонология. 2015. № 1. С. 42–46
10. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура. - М.: Гэотар-Мед. 2012. 120с.
11. Иванов С.М. Лечебная гимнастика для детей, больных бронхиальной астмой. - М.: Медицина. 2014. 134.
12. Киселенко Т.Е., Назина Ю.В., Могилева И.А. Болезни органов дыхания. - Ростов-на-Дону: Феникс. 2015. 288 с.
13. Князев Ю.А., Никберг И.И. Бронхиальная астма. - М.: Медицина. 2017. 237с.
14. Малявин, А. Г. Респираторная медицинская реабилитация: практ. рук. для врачей. – М.: Практ. медицина. 2016. 416 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

*Бондарцова А. П.,
обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Боровко Н. А.,
преподаватель,
ГБПОУ «Белореченский медицинский колледж»,
г. Белореченск*

Вегетативно-сосудистая дисфункция – распространенное в лечебно-диагностической практике обозначение разнообразных по происхождению и проявлениям, но функциональных в своей основе вегетативных расстройств, обусловленных нарушением регуляции вегетативных функций, практически во всех системах организма.

Термин «vegetativus» означает «оживляю, возбуждаю, расту», соответствует физиологическому значению вегетативной нервной системы в регуляции функции внутренних органов. Вегетативная нервная система имеет высокую функциональную значимость, регулируя обмен веществ и функции органов и тканей, приспособлявая их к текущей деятельности организма и условиям окружающей среды. Реципрокные взаимоотношения симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС) определяют основу гомеостаза и защитные реакции организма. В то же время сама ВНС достаточно уязвима, а сбои в её работе сопровождаются расстройством деятельности управляемых ее структур [1 с.41].

В современном понимании вегетативно-сосудистая дисфункция (ВСД) является полиэтиологическим синдромом, который характеризуется, как соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы. В зависимости от характера и уровня расстройств регуляции проявления ВСД могут быть представлены немногими из перечисленных расстройств, преимущественно в пределах какой-либо одной системы или даже одного органа. А могут быть и разнообразным сочетанием признаков нарушения деятельности многих органов. Поскольку эта болезнь находится на границе разных заболеваний, то симптомы ее чрезвычайно разнообразны. Это и психологические расстройства, и неврологические, и кардиологические, и сосудистые нарушения. Они часто наблюдаются при неврозах, гиподинамии, при эндокринной дисгармонии в пубертатном и климактерическом периодах, а также при неврозоподобных состояниях, связанных с нервно-психическим или

физическим переутомлением, инфекциями, интоксикациями, абстиненцией у токсикоманов и т. д. Хотя вегетососудистая дистония считается неопасной для жизни болезнью, но сопровождающие ее недомогания зачастую делают жизнь невыносимой. При любой психосоматической патологии патогенетические механизмы включают дисбаланс вегетативной нервной системы [1 с.34].

Современная медицина рассматривает ВСД не как самостоятельное заболевание, а как следствие какого-либо нарушения в функционировании организма – от простого переутомления до заболеваний, требующих лечения. Единственный полноценный способ лечения дистонии – найти и устранить ее причину. К ведущим факторам развития вегетативной дисфункции относятся наследственная предрасположенность, поражение ЦНС в перинатальном периоде, острый и хронический стресс. Ряд исследований показали возможность существования скрытой вегетативной дисфункции у людей, считающих себя практически здоровыми. Активное целенаправленное выявление вегетативных нарушений и их коррекция в доклинической стадии может снизить вероятность развития соматических заболеваний.

Симптомы ВСД у взрослых и детей отличаются проявлениями, не имеющими специфичности, и могут копировать самые разные заболевания. Известно, что границы колебаний вегетативного гомеостаза зависят от возраста ребенка. Несомненное значение имеют возрастные особенности темпов созревания симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, нестабильность метаболизма головного мозга, а также присущая детскому организму способность к развитию генерализованных реакций в ответ на локальное раздражение, что определяет больший полиморфизм и выраженность вегетативной дисфункции у детей. У физиологически зрелых детей на первом году жизни вегетативная регуляция начинает приобретать вагусно – холинергические черты. Тоническое возбуждение центров вагусной иннервации закрепляется в 2,5-3 года. Это обеспечивает более экономную работу сердца. У детей от 3 до 10 лет происходит дальнейшее усиление парасимпатических влияний. У детей дошкольного возраста (4-6 лет) синдром вегетативной дистонии, протекающий с выраженной гипотензией, может иметь вполне очерченную клиническую картину. Парасимпатический отдел вегетативной нервной системы (ВНС) полностью созревает только к 6-7 годам жизни. В то же время некоторые авторы отмечают у детей в возрасте 3-7 лет преобладание в вегетативном статусе активности симпатического отдела ВНС. Причем чем младше ребенок, тем ниже у него уровень функционирования организма при наибольшей степени напряжения 7 компенсаторных механизмов. Такие механизмы являются несовершенными и таят опасность перенапряжения и срыва механизмов адаптации. С 9 лет у мальчиков и с 10,5 лет у девочек устанавливается относительное равновесие между симпатoadреналовыми и вагусными механизмами регуляции внутренних органов. Состояние нервной системы подростков существенно отличается от таковых у взрослых и детей. К пику подросткового возраста (13 – 14 лет) усиливается активность симпатoadреналовой системы, что обеспечивает адекватное энергоснабжение и адаптацию организма к внешним воздействиям. К 17-18 годам влияние симпатoadреналовой системы постепенно снижается [6 с. 43].

Показатели состояния ВНС имеют большое значение для оценки состояния адаптационных способностей, достоверно характеризую компенсаторные возможности ребенка на уровне целостного организма. Даже небольшие нарушения вегетативного статуса, не всегда зафиксированные в виде конкретного диагноза (НЦД, СВД), оказывают значительное влияние на состояние здоровья, течение сопутствующей патологии, его выход из стрессовых ситуаций, приспособленность к физическим и психологическим нагрузкам. В процессе развития стресс-реакции (является компонентом адаптационного синдрома) на стадии тревоги закономерно активизируется симпатико-адреналовая система. Вне зависимости от исходного вегетативного тонуса интенсивность вегетативного ответа на стресс «измеряется» симпатикотонической напряженностью и может быть адекватной, избыточной или недостаточной. В нормальных условиях жизнедеятельности организма симпатикотоническая активность находится под компенсаторным парасимпатикотоническим контролем [5 с. 59].

Этиология синдрома ВСД, по данным литературы, может быть многообразной. Конституциональная ВСД характеризуется полиморфизмом симптомов, которые провоцируются относительно легкими раздражающими факторами, и проявляются уже в детском возрасте кардиалгиями, головными болями, склонностью к субфебрилитету, абдоминалгиями, вегетососудистыми пароксизмами, обмороками, метеозависимостью. ВСД может быть следствием физиогенных влияний: патологии перинатального периода, повторных инфекционных заболеваний, церебральных травм, интоксикаций, выраженных психосоматических заболеваний: гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, язвенной болезни, где на определенном этапе ВСД является фактором патогенеза заболеваний. Хронический болевой синдром практически всегда сопровождается ВСД.

ВСД может иметь в качестве причины острый и хронический процесс, провоцирующий тревогу и депрессию. В качестве стресса выступают затяжные семейные конфликты, социальная неустроенность, тяжелая соматическая болезнь. ВСД возникает в период гормональных перестроек, пубертатного периода, климакса. Напряжение вегетативных реакций связано с новым уровнем эндокринной активности организма. Проявления ВСД в таких случаях со временем компенсируются. ВСД сопутствует всем тяжелым неврологическим заболеваниям (болезни Паркинсона, рассеянному склерозу, последствиям тяжелых церебральных травм), поскольку при них неизбежно страдают интегративные механизмы лимбико-ретикулярного комплекса. ВСД часто сопряжена с неврозами, для которых характерно истощение энергетического потенциала мозга и нарушение адаптивных реакций. Свободная семиотика ВСД включает симптомы со стороны нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой систем, желудочно-кишечного тракта, терморегуляции, потоотделения. К общевегетативным симптомам могут быть отнесены: субфебрилитет, астенический синдром, вегетативные

пароксизмы, мышечно-тонические расстройства, крампи, болезненное напряжение мышц, парестезии, чувство онемения, зуда, жжения в разных частях тела, тревожность, беспокойство, раздражительность, гипер- или гипогидроз. Проявления вегетативного дисбаланса часто носят перманентный характер, отмечается смена одних симптомов другими. Наибольшие трудности для диагностики соматоформных расстройств представляют частые случаи коморбидности разных функциональных синдромов. Для ВСД, как и для многих других заболеваний, характерна суммация этиологических факторов, комбинация патогенных воздействий, дополняющих друг друга. Суммация этиологических факторов, разделенных разными интервалами времени - довольно характерная черта ВСД. Формирование нарушения вегетативно-сосудистого регулирования у многих больных ВСД проходит длительный субклинический период становления, нередко с детского или юношеского возраста, с наложением нескольких патогенных воздействий. При этом пусковой фактор, связанный с дебютом заболевания, может быть только одним из звеньев сложной патогенетической цепи в развитии ВСД [3].

Одним из главных критериев диагностики ВСД является взаимосвязь между вегетативными симптомами, эмоциональными переживаниями пациента и изменением психологической ситуации, в которой он находится. Также обращает на себя внимание и помогает в диагностике полиморфность жалоб, которые зачастую характеризуются необычностью, драматичностью, нетипичной локализацией и динамикой. Соотношение представлений пациента о «внутренней картине заболевания» со степенью реализации этих представлений в его поведении позволяет оценить роль психических аспектов этого заболевания. Отмечается неуклонный рост числа людей, страдающих функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, пусковым механизмом которых нередко является вегетативная дисфункция, в связи с чем крайне актуальной становится проблема ранней диагностики синдрома вегетативной дисфункции, разработка новых методов лечения и профилактики этих состояний. В то же время именно артериальная гипотония и гипертония, нарушение обменных процессов в миокарде являются той почвой, на которой развиваются серьезные заболевания взрослых, такие как ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь. Актуальность проблемы первичной артериальной гипотонии обусловлена широкой распространенностью данного страдания в детской и подростковой популяции, полиморфизмом клинических проявлений, снижением физической и умственной работоспособности, что приводит к развитию синдрома школьной дезадаптации и резкому снижению качества жизни. Гипотоническая болезнь развивается не сразу, а проходит стадию синдрома вегето-сосудистой дистонии по гипотоническому типу. Гипотонические состояния встречаются у детей и подростков чаще, чем у взрослых, и могут в дальнейшем трансформироваться в гипертоническую болезнь, а также быть фактором риска ИБС. При обследовании пациента не выявляется каких-либо значимых объективных данных, свидетельствующих в пользу органического поражения той или иной системы органов.

Первый этап диагностики:

Осуществляется сбор жалоб пациента и других предрасполагающих и вызывающих факторов.

Второй этап диагностики:

Оцениваются кожные покровы, измеряется артериальное давление, пульс, проводится аускультация лёгких и сердца. Исследуется неврологический статус с акцентом на вегетативную сферу.

Третий этап диагностики:

Применяется лабораторная диагностика: назначаются общие анализы крови и мочи, которые способны подтвердить или опровергнуть наличие определённого заболевания.

Особенно часто у пациентов с жалобами на головные боли, головокружение уже при ОАК выявляются анемии различного генеза, которые требуют определённых диагностических и лечебных мероприятий. Также исследование тромбоцитов в ОАК помогает исключить такое заболевание, как тромбоцитопеническая пурпура. Повышенный показатель СОЭ и лейкоцитов говорят о развитии в организме патологий, инфекционных и вирусных заболеваний. Изменения в ОАМ помогают дифференцировать дизурические нарушения, которые могут наблюдаться и в рамках ВСД, и в рамках патологии почек: обращают внимание на содержание белка, сахара, повышение лейкоцитов, эритроцитов – это позволяет исключить нефропатии, обусловившие ренальный компонент артериальной гипертензии. Определяют наличие порфиринов в моче – для исключения порфирий, дебюту которых характерны вегетативные проявления. Изменения уровня глюкозы при исследовании крови – гипогликемия или гипергликемия – также сопровождаются общемозговой симптоматикой и требуют дообследования и коррекции у эндокринолога. Изменения в крови уровня тиреотропных гормонов (ТТГ) и тиреоидных (Т3, Т4) является признаком заболеваний щитовидной железы и вызывают изменения в центральной нервной системе – дистериоидные энцефалопатии. Применяются методы функциональной диагностики: ЭКГ, Эхокардиографическое исследование, флюорография органов грудной клетки, рентгенография черепа, магнитно-резонансная томография, ультразвуковая доплерография сосудов шеи.

Все лечебные мероприятия при ВСД предусматривают воздействие на этиологические факторы и звенья патогенеза, а также общеукрепляющие направление. Воздействие на причины заболевания заключается в стремлении к нормализации образа жизни и исключению влияния патогенных факторов на организм. При появлении симптомов вегетативной дисфункции нервной системы следует обратиться к неврологу. Основные виды терапии ВСД включают комплекс немедикаментозных и медикаментозных мероприятий. При легком течении предпочтение должно отдаваться немедикаментозным методам коррекции в сочетании с режимными мероприятиями и психотерапией. С выраженными или длительно существующими проявлениями ВСД назначают лекарственные препараты [1 с.120].

Нормализация режима дня – это неотъемлемая часть немедикаментозного направления в лечении ВСД,

включающая рациональное распределение времени на все виды деятельности и отдыха в течение суток. Основной его целью является обеспечение высокой работоспособности на протяжении всего периода бодрствования. Строится режим на основе биологического ритма функционирования организма. Начать день необходимо с утренней зарядки, которая облегчает переход от сна к бодрствованию, позволит организму активно включиться в работу. Предпочтительнее такие упражнения, которые воздействуют на разные группы мышц. Желательно включать нагрузку для туловища, мышц рук, ног, брюшного пресса и спины, упражнения на гибкость позвоночника и подвижность тазобедренных суставов. Выполнять их надо в определенной последовательности: вначале потягивания, затем упражнения для рук и плечевого пояса, затем туловища и ног. Заканчивают зарядку прыжками и бегом, после чего делают успокаивающее дыхание. Продолжительность зарядки в зависимости от возраста от 10 до 30 минут. Упражнения постепенно усложняются, ускоряется и темп движений. Комплексы упражнений желательно менять каждые 7-10 дней. Обязательным является обеспечение притока свежего воздуха на момент занятий. Очень важное значение в лечении ВСД имеет и рациональная психотерапия, во время которой пациенту объясняются природы заболевания, происходит убеждение в том, что заболевание не опасно для жизни и имеет благоприятный исход, а также формируются навыки контроля психосоматических проявлений заболевания и адекватного отклика на них.

Музыка оказывает позитивное действие при 15-25 минутном сеансе. Закрепляясь в подсознании, музыка впоследствии используется вегетативной нервной системой в качестве противодействующего стрессу инструмента. Используют в качестве лечения и ароматерапию. Эфирные масла – это вещества, обладающие сильной испаряемостью и летучестью, они легко распространяются в воздухе; на ощупь они маслянистые, легче воды и нерастворимы в ней. Известно, что многие масла оказывают успокаивающее действие, снимают стресс и благоприятно влияют на работу сердечно-сосудистой системы, нормализуют давление и жировой обмен, улучшают сон и работоспособность. Использовать ароматические масла нужно осторожно, вначале убедившись в том, что у пациента нет индивидуальной непереносимости. Применять эфирные масла рекомендуется в виде массажа или расслабляющих ванн с ароматной водой. Также весьма эффективна мануальная терапия. Курс мануальной терапии составляет 10 сеансов с обязательной фиксацией шейного отдела позвоночника воротником Шанца на 2-3 ч. после сеанса. Работая с глубокими структуральными напряжениями, разрешая функциональные блоки в позвоночнике, специалист освобождает систему нейроэндокринной регуляции, восстанавливает нормальную сердечно-сосудистую деятельность, что проявляется в виде значительного уменьшения и исчезновения жалоб у пациентов [2 с. 780]. Обоснована эффективность и целесообразность применения энтеральной оксигенотерапии в восстановительном лечении пациентов с СВД. Курсовое применение кислородных коктейлей способствует заметному уменьшению дисфункции центральной и вегетативной нервной системы, повышению переносимости умственной и физической нагрузки, нормализации сна, созданию благоприятного психоэмоционального фона, снижению уровня тревожности. Необходимо отметить, что физиотерапия достигла больших успехов в лечении вегетативных расстройств. Широко применяются ультразвук, синусоидальные модулированные токи, индуктотермия, электросон, гальванизация по рефлекторно-сегментарной методике или методом общего воздействия, аппликации парафина и озокерита на шейно-затылочную область. Наиболее активно используется электрофорез лекарственных веществ поперечно на верхнешейный отдел позвоночника (воротниковая зона): при ваготонии – электрофорез с кальцием, кофеином, мезатоном, при симпатикотонии – с 0,5 % раствором эуфиллина, папаверином, магнием, бромом, на курс рекомендуется 10-12 процедур, через 1 ½ -2 мес. лечение можно повторить. В последние годы внедряется метод низкоинтенсивной лазеротерапии, применение которого, вызывает улучшение микроциркуляции, клеточного метаболизма, усиление процессов проводимости и возбудимости тканей миокарда, купирование приступов стенокардии. Используется сочетанное лазерное излучение в красном и инфракрасном диапазонах с воздействием на биологически активные точки, паренхиматозные органы, паравертебральные области, сосуды и зоны Захарьина – Геда. Данный метод воздействия более эффективен при лечении СВД гипертонического и кардиального типа, т.к. позволяет достичь длительной клинико-функциональной ремиссии от 3 месяцев до 1,5 лет. В то время как при артериальной гипотонии применение лазеротерапии должно быть максимально осторожным, направленным на повышение сосудистого тонуса путем воздействия на надпочечники, небные миндалины, биологически активные точки. При этом нельзя использовать метод низкоинтенсивной лазеротерапии на паравертебральную воротниковую зону, в противном случае имеется большая вероятность развития вагоинсулярных пароксизмов в виде головокружения, обморока [5 с. 60].

Для более детального изучения проблемы ВСД было проведено исследование, целью которого стало изучение нарушений вегетативной нервной системы на территории г. Белореченска Краснодарского края. Исследования состояло из 2-х этапов. Первый этап заключался в анализе статистических данных по г. Белореченску, а именно рассматривались пациенты с расстройствами вегетативной нервной системы за период с 2018 по 2021 годы. В результате был выявлен прирост заболеваемости в возрастной группе от 0 до 14 лет, так в 2018 году состояло под диспансерным наблюдением на конец отчетного года 89 детей, в 2019 году – 93, в 2020 году – 115 и в 2021 году – 137 детей. В возрастной группе от 0 до 14 лет включительно в 2018 году с установленным впервые в жизни диагнозом – 31, в 2019 году – 25, в 2020 году – 50, в 2021 году – 57 детей. В возрастной группе от 15 до 17 лет включительно в 2018 году впервые в жизни с установленным диагнозом – 30, в 2019 году – 32, в 2020 году – 38 и в 2021 году – 46 детей. В 2018 году состояло под диспансерным наблюдением на конец отчетного года 16 детей, в 2019 году – 15, в 2020 году – 30, в 2021 году – 38 детей.

Второй этап включал анкетирование среди студентов ГБПОУ «Белореченского медицинского колледжа».

В анкетирование принимали участие студенты отделения «Сестринское дело», 1-4 курса. Анкетирование позволило наиболее последовательно идти по намеченному плану исследования, так как процедура «вопрос-ответ» строго регламентирована. Обработка анкет показала, что общее число респондентов составило 219 человек, в ходе исследования было выявлено, что основной контингент респондентов – женщины: 187 (85,4%), число мужчин составило 32 человека (14,6%). Все участники анкетирования представлены молодежью в возрасте от 21 до 29 лет (10,5%), от 18 до 20 лет (62,6%), от 17 лет и младше (26,9%). Проанализировав результаты опроса, мы определили, что 68,9 % респондентов не обращались к неврологу, имея различные нарушения вегетативной нервной системы. Чаще всего провоцирующими факторами развития ВСД являлись: стресс, генетическая предрасположенность, психоэмоциональные перегрузки, нарушения гормонального фона, нарушения режима дня, инфекции. Основным симптомам ВСД среди респондентов оказалась повышенная утомляемость (76,7%), что может негативно сказываться на работоспособности студентов, а, следовательно, и на качестве их обучения. Также часто встречались симптомы: раздражительность, нервозность (76,3 %) и головные боли (60,3%). Другие симптомы: ощущение сердцебиения (26%), ощущения затруднения дыхания (37,4%), нарушения желудочно-кишечного тракта (33,3%), различные проявления нарушения сна (70,3%). Опрос показал, что существует необходимость проведения профилактики с целью снижения риска развития ВСД. В результате анкетирования стало очевидно, что студентам необходима нормализация режима дня, сна, отдыха и нормализация питания, необходим отказ от вредных привычек и консультации у таких специалистов как невролог, кардиолог и психиатр, с последующим назначением достаточно эффективной немедикаментозной и медикаментозной терапии.

Принимая во внимание самые распространённые симптомы ВСД, факторы риска, а также реально действующие методы лечения, мы можем понять, какие методы профилактики вегетососудистой дисфункции могут оказаться полезными. Для предотвращения ВСД следует избегать чрезмерных нагрузок и стрессов, хорошо высыпаться, правильно питаться, заниматься физкультурой и спортом.

Литература

1. Амосова Е.Н. Клиническая кардиология / Нейроциркуляторная дистония. — К.: здоровье, 2021. — Т. 2. — С. 755-787.
2. Вегетативная дисфункция и вегетативная дистония: С.М. Кушнир, Л.К. Антонова. – Тверь. 2019 – 215 с
3. Громова О.А., Торшин И.Ю., Лиманова О.А., Никонов А.А. Патопфизиология вегетативно-сосудистых пароксизмов (приливы) в период менопаузы у женщин и механизмы воздействия б-аланина. Новая клиничко-фармакологическая концепция. — Гинекология, 2010. — № 2. — С. 29-36.
4. Медведева Л.А., Загорюлько О.И., Гнездилов А.В. Нейропротективная коррекция пароксизмальных расстройств при вегетососудистой дистонии: методическое пособие. — М.: Наука, 2019.
5. Полина Ю.В., Белова Е.П., Дмитриева В.В. Психовегетативный синдром, как наиболее частый вариант синдрома вегетативной дистонии // Новые задачи современной медицины: материалы III Междунар. науч. конф. — СПб: Заневская площадь, 2019. — С. 59-60.
6. Чутко Л.С., Корнишина Т.Л., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Анисимова Т.И., Волков М.Б. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков. М., Журнал Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2020. — №1. — С. 43-49.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В ПРАКТИКЕ ФЕЛЬДШЕРА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

*Ваганова А.С.,
обучающаяся 4 курса.
Научный руководитель
Салмина В.В.,
преподаватель,
ГБПОУ «СМГК», г. Сызрань*

Проблема высокой распространённости и социально-экономического влияния хронической обструктивной болезни лёгких (далее – ХОБЛ) на жизнь каждого пациента и общества на сегодняшний день является актуальной и обуславливает необходимость предупреждения и своевременного выявления факторов риска, адекватность проводимой терапии, профилактики обострений заболевания.

Цель исследовательской работы: определение роли фельдшера медико-санитарной помощи в ведении больных с хронической обструктивной болезнью легких.

Задачи исследовательской работы:

1. Провести обзор современной научной медицинской литературы и специализированных интернет-сайтов по хронической обструктивной болезни легких.
2. Систематизировать теоретический материал по теме дипломной работы «Хроническая обструктивная болезнь легких в практике фельдшера медико-санитарной помощи».
3. Провести анализ статистических данных за период 2017-2020 г.г. по заболеваемости хронической обструктивной болезнью легких, результатов анкетирования пациентов и амбулаторных карт пациентов с хронической обструктивной болезнью легких на базе ГБУЗ СО «ГП №1».
4. Сформулировать обоснованные выводы по данным исследования.

5. Определить роль фельдшера в ведении пациента с хронической обструктивной болезнью легких.
6. Создать информационную базу в виде памятки для пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.

Объект исследования: современные взгляды на течение, диагностику и лечение хронической обструктивной болезнью легких.

Предмет исследования: результаты статистического отчета ГБУЗ СО «Сызранская городская поликлиника» № 1; амбулаторные карты пациентов сХОБЛ; результаты анкетирования пациентов с ХОБЛ.

Методы исследования: теоретический, сравнительный, статистический, аналитический.

Практическая часть исследовательской работы проводилась на базе ГБУЗ СО «Сызранская городская поликлиника № 1». Базой исследования стали статистические данные по заболеваемости ХОБЛ за период 2017-2020 годы результатов анкетирования пациентов с ХОБЛ в количестве 20 респондентов (10 мужчин и 10 женщин), анализ амбулаторных карт в количестве 20 штук. За последние 10 лет отмечается рост заболеваемости и смертности от ХОБЛ в большинстве стран мира. Если в 1990 г. ХОБЛ занимала 6 место среди причин смертности, в 2000 г. – 4 место, то с 2020 года ожидается, что ХОБЛ будет находиться на третьем среди основных причин смертности.

В структуре общей заболеваемости взрослого населения РФ болезни органов дыхания занимают 2 место после болезней системы кровообращения (по данным Минздрав России, 2013 г.) Среди хронических болезней органов дыхания при расчёте числа случаев на 100 тысяч взрослого населения лидирующее место занимает ХОБЛ.

Хронические болезни нижних дыхательных путей были причиной 40,6% всех умерших от болезней органов дыхания, при этом ХОБЛ составляла 91,9%.

По данным статистического отчета ГБУЗ СО «Городской поликлиники» №1 на долю болезней органов дыхания в структуре общей заболеваемости отмечается динамика роста на 1,5 % в 2020 году по сравнению с 2017 годом.

Частота ХОБЛ в районе обслуживания ГБУЗ СО «Городская поликлиника №1» представлена ниже. Отмечается незначительный рост на 0,1% числа больных в 2020 году, это представлено на рисунке 1.

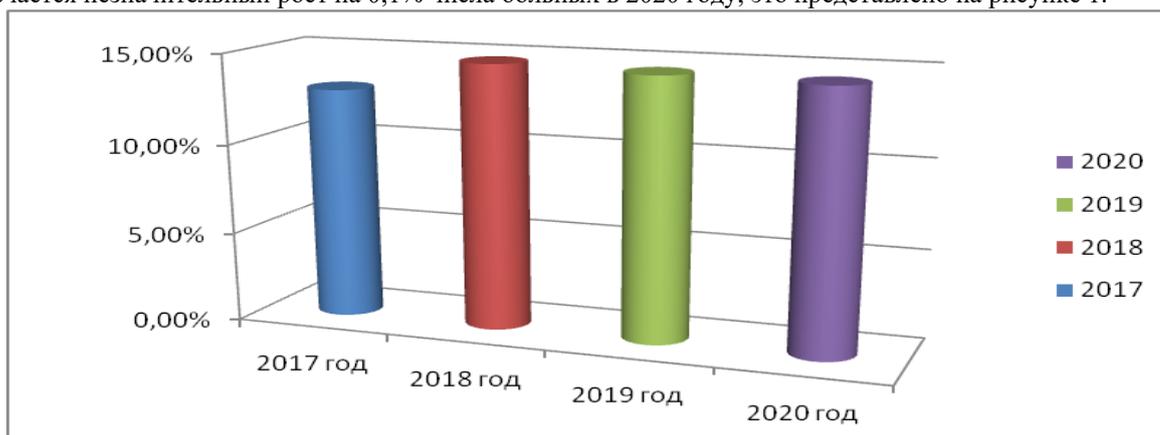


Рисунок 1- Динамика частоты заболеваний органов дыхания в районе обслуживания ГБУЗ СО «Сызранской городской поликлиники» (%)

По гендерному признаку среди пациентов с ХОБЛ мужчины составляют 67%, женщины – 33%.

Проведен анализ амбулаторных карт мужчин и женщин с ХОБЛ в равном количестве. Общая характеристика пациентов представлена следующим образом: средний возраст мужчин и женщин – 56 лет. Большинство пациентов трудоспособного возраста, как выяснилось из анкет, являются активными курильщиками. В последние годы повышается роль полиморбидности, как прогностического маркера при ХОБЛ, определяющего качество жизни пациентов, особенности течения, лечения и общую смертность пациентов.

У 100% респондентов ХОБЛ ассоциируется с целым рядом хронических заболеваний.

Выявлен индекс полиморбидности, согласно которому среди респондентов выявляется от 3 до 6 заболеваний, притом отмечается прямая зависимость от возраста.

Проведён анализ гендерных особенностей полиморбидности при ХОБЛ. Выявлено, что у женщин чаще встречается комбинация ХОБЛ с артериальной гипертонией, сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца. У мужчин ХОБЛ чаще сочетается с цереброваскулярными и желудочно-кишечными заболеваниями.

Полиморбидность выявляется у женщин преимущественно в возрасте после 60 лет в отличие от мужчин, у которых она развивается на 7-15 лет раньше.

В настоящее время кардиоваскулярные эффекты рассматриваются не только с позиции полиморбидности, но и с точки зрения системных эффектов ХОБЛ. Это подтверждают полученные данные анализа амбулаторных карт пациентов: у 67 % пациентов ХОБЛ ассоциируется с сердечными сосудистыми заболеваниями.

Частоту данной ассоциации можно объяснить тем, что ХОБЛ и сердечные сосудистые заболевания имеют общие факторы риска и патогенетические механизмы. Ведущее место занимает артериальная гипертония, так как по мере прогрессирования ХОБЛ повышается периферическое сосудистое сопротивление в системе

большого круга кровообращения.

У 16% пациентов ХОБЛ сочетается с цереброваскулярными заболеваниями (в анамнезе острые нарушения мозгового кровообращения, хроническая недостаточность мозгового кровообращения). Данные сочетания патологии часто приводит к снижению кашлевого рефлекса и к развитию гиповентиляции.

На фоне ХОБЛ по причине гипоксии страдает кровотворная система. Так анемия выявлена у 19% пациентов с ХОБЛ.

Среди респондентов выявлен целый ряд факторов риска ХОБЛ, которые не только способствуют развитию заболевания, но и оказывают пагубное воздействие на течение и прогноз: курение, гиподинамия, ожирение, генетическая предрасположенность.

Согласно данным медицинской литературы, характерным системным эффектом ХОБЛ являются депрессивные расстройства, которые особенно усиливаются по мере старения пациента. По результатам специального опроса, тревожные расстройства выявлены у 51% респондентов, из них женщин – 42%; мужчин – 9%.

Анализ статистических и социологических данных позволят сделать ряд выводов:

- Хроническая обструктивная болезнь легких является актуальной проблемой практической медицины и имеет тенденцию к росту в РФ, конкретно в г. Сызрань – в районе обслуживания ГБУЗ СО «Сызранская городская поликлиника №1».

- Для хронической обструктивной болезни лёгких характерно полиморбидность: у женщин чаще выявлено артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, ожирение, сахарный диабет II типа; у мужчин – это цереброваскулярные заболевания и хронические заболевания желудочно-кишечного тракта.

- У мужчин полиморбидность регистрируется на 7-15 лет раньше, чем у женщин. У большинства пациентов с хронической обструктивной болезнью легких независимо от пола выявляется от 4 до 7 заболеваний.

- На фоне хронической обструктивной болезни легких часто выявляются тревожные расстройства, особенно среди женщин, которые могут усугублять течение заболевания.

- Учитывая частое сочетание хронической обструктивной болезни легких с другой хронической патологией, среди пациентов выявлено частая полипрогмазия, что повышает риск побочных эффектов фармакотерапии.

- У пациентов с ХОБЛ выявлено наличие ряда факторов риска, которые оказывают влияние на течение и прогноз заболевания.

- В практической деятельности фельдшера медико-санитарной помощи фельдшер должен активно выявлять факторы риска хронической обструктивной болезни легких, своевременно проводить их коррекцию. Пациентам с хронической обструктивной болезнью легких необходимо давать чёткие рекомендации по лечению, режиму, особенностям диеты, фитотерапии. Убедить в важности отказа от вредных привычек и соблюдении правил здорового образа жизни.

В практической деятельности фельдшера медико-санитарной помощи фельдшер должен:

- активно выявлять факторы риска хронической обструктивной болезни легких;

- своевременно проводить их коррекцию;

- пациентам необходимо давать четкие рекомендации по лечению, режиму, особенностям диеты, фитотерапии;

- убедить в важности отказа от вредных привычек и соблюдении правил здорового образа жизни.

В практической работе фельдшера ПМСП при обслуживании пациентов с хронической обструктивной болезнью легких фельдшер должен учитывать особенности течения, лечения, комплаентности пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.

Материалы исследовательской работы могут быть использованы в образовательном процессе ГБПОУ СО «Сызранский медико-гуманитарный колледж» с целью углубления знаний обучающихся по хронической обструктивной болезни легких.

Создана памятка для пациентов, страдающих хронической обструктивной болезнью легких на тему: «Дыхательная гимнастика по Стрельниковой А.Н.».

Литература

1. Денисова И.Н., Лесняк О.М. Общая врачебная практика. Национальное руководство в 2-х томах. Издатель: ГЭОТАР-Медиа. 2016.- 976 с.

2. Зюзенков М.В. Поликлиническая терапия: учебное пособие, М., 2012.- 608 с.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ И ЕЁ УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ I ТИПА

*Волкова Е. В.,
Обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Тестянова Я. Е.,
преподаватель,
ГБПОУ НО НМК, г. Н. Новгород*

Сахарный диабет (СД) I-го типа относится к самым распространенным заболеваниям 21 века. Казалось бы, медицина сделала гигантский скачок вперед за последние десятилетия, но диагноз «сахарный диабет I-го типа» по-прежнему для многих звучит как приговор [4, с.135]. В последнее время проблема данного заболевания приобретает всё больше медико-социальную значимость в связи с высокими показателями заболеваемости, значительными показателями трудовых потерь, ведущим местом среди всех причин ранней инвалидизации, смертности и огромными расходами в системе здравоохранения. Решение проблем заболеваемости СД относится к приоритетам национальных систем здравоохранения практически всех стран мира, защищенным нормативными актами ВОЗ. Многими исследователями отмечается тенденция к омоложению контингента больных с сахарным диабетом.

Сахарный диабет – это заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина и характеризующуюся нарушением углеводного и других видов обмена.

Сахарный диабет I-го типа (инсулинозависимый диабет) (ИНСД) – это полигенное многофакторное заболевание, в основе которого лежит иммуноопосредованная или идиопатическая деструкция β -клеток поджелудочной железы, приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности [4, с. 137].

Актуальность проблемы. Сахарный диабет – третья по распространённости причина смерти после сердечно-сосудистых заболеваний и рака. В настоящее время, по данным ВОЗ, в мире уже насчитывается более 175 миллионов больных, их количество неуклонно растёт и к 2025 году может достигнуть 300 миллионов. В России только за последние 15 лет общее количество больных сахарным диабетом увеличилось в 2 раза. За последние 30 лет отмечается резкий скачок заболеваемости сахарным диабетом I-го типа особенно в молодом возрасте, который называют ещё «диабетом молодых». Ежегодно диагноз «сахарный диабет I-го типа» составляет 70000 подростков в возрасте от 14 лет и старше. Общее число больных сахарным диабетом I-го типа составило 339360 человек, в том числе 20373 детей, 10038 подростков и 308949 взрослых [4, с. 121].

Подъём распространённости сахарного диабета связан с особенностями образа жизни, происходящими социально-экономическими изменениями, ростом популяции, урбанизацией и старением населения.

По данным Международной Диабетической Федерации численность пациентов с СД в возрасте 20-79 лет в мире на конец 2017 г. превысила 425 млн. В Российской Федерации (РФ) по данным регистра больных СД на конец 2018 г. состояло на диспансерном учете 4,58 млн. человек (3,1% населения), из них 92% (4,2 млн.) – СД 2 типа (СД 2), 6% (256 тыс.) – СД 1 (из них взрослых - 219 тыс.) и 2% (90 тыс.) – другие типы СД, в том числе 8006 человек с гестационным СД.

Сахарный диабет является тяжёлым хронически прогрессирующим заболеванием, которое требует пожизненной медицинской помощи и является основной причиной преждевременной смерти. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждые 10 секунд во всем мире от сахарного диабета умирает 1 человек, что означает, что ежегодно умирает около 4 миллионов человек — больше, чем от СПИДа и гепатита.

У таких пациентов смертность от болезней сердца и инсульта выше в 2-3 раза, слепота – в 10 раз, нефропатия – в 12-15 раз, гангрена нижних конечностей – почти в 20 раз, чем среди населения в целом.

С 2007 по 2012 годы в России проходила реализация подпрограммы «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями».

В ходе исполнения этой подпрограммы разработан и внедрён Государственный Регистр больных сахарным диабетом, позволяющий анализировать качество оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом во всех регионах РФ, осуществлять планирование дальнейшего развития диабетологической службы, оценивать динамику эпидемиологических показателей заболеваемости и смертности больных сахарным диабетом, планировать объемы лекарственного обеспечения больных сахарным диабетом, анализировать кадровую политику, выявлять наиболее острые проблемы диабетологической службы. В рамках подпрограммы «Сахарный диабет» в Российской Федерации внедрены обучающие школы для больных сахарным диабетом (более 1100 в регионах России), что позволило существенно сократить число и частоту госпитализаций больных в стационары [4, с. 123].

Благодаря реализации этой подпрограммы увеличилась средняя продолжительность жизни больных сахарным диабетом I типа: мужчин до 56,7 лет (+ 3,8 лет), женщин до 60,8 лет (+4,1 лет). Такая программа дала неплохой результат для статистики данного заболевания.

Объект исследования. Лечебно-диагностический процесс при заболевании сахарный диабет I типа.

Предмет исследования. Профессиональная деятельность медицинской сестры по выявлению и решению проблем пациента при сахарном диабете I типа.

Область исследования. Пациенты с заболеванием сахарного диабета I типа.

Цель и задачи исследования. Основная цель работы заключается в выявлении особенностей профессиональной деятельности медицинской сестры для пациентов терапевтического отделения с сахарным диабетом I типа, определении значимости сестринского ухода для пациентов с данным диагнозом для предотвращения дальнейших осложнений их заболевания.

Достижение цели подразумевало решение следующих задач:

- анализ научных исследований по проблеме заболевания сахарного диабета I типа, роли медицинской сестры в уходе за пациентами и течении болезни в социально-культурных и медико-психологических аспектах;
- выявление перечня проблем пациента с сахарным диабетом I типа;
- проведение наблюдений за профессиональной деятельностью медсестры в терапевтическом отделении при уходе за пациентами с заболеванием сахарного диабета I типа;
- анализ и обобщение результатов исследования, составление и разработка памятки для пациентов с сахарным диабетом I типа.

За гипотезы были приняты следующие предположения:

- 1) не соблюдение медицинскими работниками профессионального ухода оказывает отрицательное влияние на эффективность всего лечебного процесса пациента с сахарным диабетом I типа;
- 2) соблюдение медицинским персоналом специализированного ухода позволяет сделать эффективным лечебный процесс пациента и снизить риск возникновения нарушения здоровья у него.

Теоретическая и практическая значимость работы заключается в том, что результаты данного исследования помогут медицинским сестрам глубже понять значимость профессионального сестринского ухода, что поможет самостоятельно принимать решения, делать правильный выбор и выполнять свои профессиональные обязанности.

Методы:

- 1) аналитический – работа с источниками информации по проблеме исследования; работа с документацией (Трудовой кодекс РФ, СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», ФЗ от 21. 11. 2011 г. № 323 «Основы охраны здоровья граждан в РФ», «Этический кодекс медицинской сестры России от 1. 04. 1997 г. ч. II ст. 1 – 10, ч. III ст. 11 – 13, ч. IV ст. 14 – 16, ч. V ст. 17»);
- 2) социологический – эмпирическое исследование (констатирующий эксперимент);
- 3) количественный и качественный анализ полученных результатов; статистическая обработка.

Материалы исследования: истории болезни, работа сестринского персонала, анкета пациентов «Уровень знаний о своём заболевании и выявление профессиональной и медицинской деятельности медсестёр при уходе за пациентом с заболеванием «сахарный диабет I типа».

Большинству людей известно только о двух, наиболее часто встречающихся типах сахарного диабета. Но, в действительности, их намного больше. Все эти типы наглядно представлены на рис. 1.



Рис. 1. Классификация сахарного диабета

Этиология такого заболевания, как сахарный диабет, разнообразна. Дефицит инсулина может возникнуть под влиянием факторов биологической, химической, физической природы, а также при воспалительных процессах поджелудочной железы. К биологическим факторам относятся: наследственность, аутоиммунные болезни и вирусные инфекции, которые разрушают клетки поджелудочной железы, вырабатывающие инсулин. Следующие – химические: аллоксан, высокие дозы этанола, цито стайки и другие лекарственные средства, например, стрептозоцин. Также физические факторы: проникающая радиация, инициирующая активацию липопероксидных процессов, механическая травма поджелудочной железы, сдавление опухолью. Воспалительные процессы, возникающие в поджелудочной железе под влиянием всех выше перечисленных трѐх

факторов, также играют немаловажную роль в этиологии инсулиновой недостаточности, например, хронические панкреатиты [4, с. 139].

Инсулин образуется из предшественника, проинсулина, который распадается на две молекулы – С-пептид и инсулин. У здорового человека в сутки секретруется 40-50 ед. инсулина. Основным естественным стимулятором секреции инсулина является глюкоза крови: когда она повышается над уровнем, секреция инсулина стимулируется и наоборот, она падает при снижении гликемии. Однако и при низких значениях гликемии между приёмами пищи секреция инсулина сохраняется, хотя и на минимальном уровне (базальная секреция), что имеет физиологическое значение. Главная физиологическая функция инсулина заключается в депонировании в инсулинозависимых тканях (печени, мышцах и жировой ткани) энергетических субстратов, поступающих с пищей [2, с. 21].

В основе патогенеза ИНСД лежат три механизма:

- 1) в поджелудочной железе нарушается секреция инсулина;
- 2) в периферических тканях (в мышцах) развивается резистентность к инсулину, что приводит к нарушению транспорта и метаболизма глюкозы;
- 3) в печени повышается продукция глюкозы.

Основная причина всех метаболических нарушений и клинических проявлений СД-дефицит инсулина и увеличение в сыворотке крови глюкозы. Инсулин влияет на все виды обмена веществ.

По классификации ВОЗ сахарный диабет I типа делится на два основных вида: аутоиммунный, который характеризуется наличием аутоиммунных маркеров: антител против собственных клеток островков Лангерганса, инсулина, декарбоксилазы глютаминовой кислоты, аутоантитела к тирозинфосфатазам IA-2 и IA-2 бета. Продукция этих антител способствует постепенному прекращению эндогенной продукции инсулина. И второй вид – это идиопатический, он из себя представляет неаутоиммунное заболевание, сопровождающееся прогрессирующей потерей функции β- клетками поджелудочной железы. У больных этого типа аутоантител не обнаруживают и данный тип диабета не связан с HLA- системой.

В большинстве случаев патогенез инсулиновой недостаточности имеет общее звено: развитие иммуноагрессивного процесса. Этот процесс обычно длится несколько лет и сопровождается постепенной деструкцией β- клеток.

Симптомы диабета I типа похожи на симптомы его двойника, диабета II типа, но в основополагающих симптомах и способе постановки окончательного диагноза существуют различия. Поскольку диабет I типа возникает в том случае, когда поджелудочная железа перестаёт вырабатывать достаточное количество инсулина, симптомы могут развиваться достаточно быстро, обычно в течение нескольких дней или недель.

Наиболее распространённые симптомы диабета I типа представлены на рис. 2.



Рис. 2. Симптомы сахарного диабета I типа

Многие из этих симптомов часто проявляются и при других заболеваниях, но начало диабета может быть особенно неожиданным и резким. Знание наиболее распространённых симптомов может помочь определить, требуется ли медицинская помощь пациенту. Зачастую, примерно у 25% (по статистическим данным на 17 апреля 2020 года) молодых больных диабетом I типа, диагноз не удаётся поставить до появления признаков ДК, состояния, которое уже угрожает жизни человека.

Рассматриваемое заболевание также классифицируется по тяжести течения. Выделяют лёгкое течение –

это лёгкая форма (I степень), когда заболевание характеризуется невысоким уровнем гликемии, не превышающей 8 ммоль/л натощак, отсутствуют большие колебания содержания сахара в крови на протяжении суток. Состояние компенсации поддерживается с помощью диетотерапии. При такой форме могут диагностироваться у больного сахарным диабетом ангионейропатии доклинической и функциональной стадий. При средней тяжести (II степень) сахарного диабета гликемия натощак повышается, как правило, до 14 ммоль/л, колебания гликемии на протяжении суток, суточная глюкозурия, как правило, не превышает 40 г/л, эпизодически развивается кетоз или кетоацидоз. Компенсация диабета достигается диетой и приёмом сахароснижающих пероральных средств или введением инсулина. И тяжёлая форма (III степень) диабета характеризуется высокими уровнями гликемии (свыше 14 ммоль/л натощак), значительными колебаниями содержания сахара в крови на протяжении суток и высоким уровнем глюкозурии (свыше 40-50 г/л). Существует ещё одна классификация заболевания – это по степени компенсации углеводного обмена, которая подразделяется на фазы компенсации, субкомпенсации, декомпенсации [4, с. 104].

Как и многие заболевания, диабет можно диагностировать с помощью нескольких методов, которые будут различаться в зависимости от типа заболевания, на который врач проводит проверку. Диагностика диабета включает такие наиболее распространённые методы, как анализ крови, мочи и тест на толерантность к глюкозе. Определение наличия сахарного диабета по анализу крови отражено в таблице 1.

Таблица 1. Определение по анализу крови наличие сахарного диабета

Количество глюкозы в образцах крови при отсутствии диабета	Типовой диапазон значений у лиц, которым ставят диагноз диабета
Менее 6 ммоль/л (108 мг/дл) до употребления напитка с глюкозой	Больше 7 ммоль/л (126 мг/дл) до употребления напитка с глюкозой
Менее 7,8 ммоль/л (140 мг/дл) через два часа после теста	Больше 11 ммоль/л (198 мг/дл) через два часа после теста

Сахарный диабет, как одно из немногих заболеваний, очень опасен осложнениями. Осложнения сахарного диабета подразделяются на две группы: острые и поздние.

Острые – это осложнения, представляющие собой состояния, которые развиваются в течение дней или даже часов при наличии сахарного диабета. К ним относятся:

- 1) гипогликемия – патологическое состояние, которое характеризуется снижением уровня глюкозы в крови ниже нормы (ниже 3,3 ммоль/л), это происходит из-за употребления большого количества сахароснижающих препаратов (передозировку), приёма крепкого алкоголя, наличия сопутствующих заболеваний, недостаточного питания, непривычной физической нагрузки;
- 2) диабетический кетоацидоз – тяжёлое состояние, развивающееся вследствие накопления в крови продуктов промежуточного метаболизма жиров (кетоновые тела); появляется при сопутствующих заболеваниях, прежде всего — инфекциях, травмах, также операциях и при недостаточном питании, которое может приводить к потере сознания и нарушению жизненно важных функций организма;
- 3) гиперосмолярная кома – состояние, при котором отмечается повышение высокоосмотических соединений в крови, таких как натрий и глюкоза; при сахарном диабете I типа эта кома развивается крайне редко, она сопровождается высоким уровнем гликемии, который может составлять 50 ммоль/л и более, а явление кетоацидоза отсутствует;
- 4) лактацидотическая кома – тяжелейшее осложнение сахарного диабета. Наступает в очень редких случаях, в основном у людей с определенными сопутствующими болезнями, например с сердечно-сосудистыми; также почечная недостаточность, дисфункция печени, анемия, отравления считаются дополнительными рисками к развитию лактацидемической комы [7, с. 98].

Следующий класс осложнений – это поздние, не проявляющие себя в течение длительного времени. К ним относятся:

- 1) диабетическая ретинопатия – осложнение СД, при котором поражается сетчатка глаза в виде пятнистых и точечных кровоизлияний, отеков;
- 2) диабетическая микро- и макроангиопатия – нарушение проницаемости сосудов, в результате чего возникает склонность к ломкости сосудов и тромбозов;
- 3) диабетическая нефропатия – поражение почек в виде микроальбуминурии (выделения белка альбумина с мочой), затем протеинурии;
- 4) диабетическая офтальмопатия – включает в себя развитие катаракты;
- 5) диабетическая стопа – специфические анатомо-функциональные изменения тканей стопы (образование трофических язв), вызванные метаболическими нарушениями у пациентов с декомпенсированным сахарным диабетом; признаками данного осложнения служат боль в ногах, гиперкератозы и трещины кожи, деформация дистальных отделов конечности, язвенные дефекты и некрозы мягких тканей, в тяжелых случаях – гангрена стопы или голени [5, с. 55].

Людям, страдающим заболеванием «сахарный диабет», на протяжении всей жизни необходимо проводить инсулинотерапию, вести контроль уровня глюкозы в крови, вести здоровый образ жизни. Необходимо также регулярное наблюдение у эндокринолога. Для полного избавления от патологии может помочь только трансплантация поджелудочной железы и Островских клеток.

Очень важную роль в жизни диабетика играет диетотерапия. Пища оказывает непосредственное влияние на уровень глюкозы в крови. Некоторые продукты повышают уровень глюкозы в крови больше, чем другие. Для

успешного управления диабетом необходимо знать, какие продукты и в каком количестве пациент может употреблять. Пищевые продукты содержат 3 основных вида питательных веществ: белки, жиры и углеводы. Диета при сахарном диабете является важной, неотъемлемой частью терапии. Без соблюдения специально подобранной диеты, компенсация углеводного обмена невозможна [3, с. 305].

При I типе диабета соблюдение диеты жизненно важно для пациента, нарушение диеты может привести к гипер- или гипогликемической коме, а в отдельных случаях к летальному исходу.

Основной целью диетотерапии служит обеспечение адекватного, размеренного физической нагрузке поступления углеводов в организм заболевшего. Диета (стол № 9) должна быть сбалансирована по соотношению белков, жиров и углеводов. Требуется полностью исключить легкоусвояемые углеводы из рациона питания, исключением служат случаи гипогликемии [3, с. 307].

Основным понятием в диетотерапии при сахарном диабете является хлебная единица, она представляет собой условную меру, равную 10-12 г. углеводов или 20-25 г. хлеба. В течение суток количество хлебных единиц, употребляемых пациентом, страдающим сахарным диабетом, должно оставаться постоянным; в среднем в сутки употребляется 10-25 хлебных единиц, в зависимости от массы тела и физической нагрузки. За один приём пищи не рекомендуется употреблять более 6 хлебных единиц, требуется организовать приём пищи так, чтобы количество хлебных единиц в разные приёмы пищи было приблизительно одинаковым. Также стоит отметить, что употребление алкоголя приводит к отдалённой гипогликемии, в том числе и гипогликемической коме. Главным условием успешности диетотерапии является ведение пациентом пищевого дневника, в него вносятся вся пища, употребленная в течение дня, и рассчитывается количество хлебных единиц, употреблённых в каждый приём пищи и за сутки в целом. Ведение такого дневника даёт возможность в большинстве случаев выявить причину эпизодов гипо- и гипергликемии, способствует обучению пациента, помогает врачу подобрать необходимую дозу сахароснижающих препаратов или инсулинов [3, с. 725].

Стол № 9 – представляет собой диету с умеренно сниженной калорийностью, за счет животных жиров и легкоусвояемых углеводов. Увеличено содержание липотронных веществ, витаминов, пищевых волокон (творог, морепродукты, овощи, фрукты, крупа из цельного зерна, хлеб из муки грубого помола). Умеренно ограничено содержание холестерина, натрия хлорида, экстрактивных веществ. Полностью исключены: сахар, сладости. Белки соответствуют физиологической норме. Предпочтительны вареные и запеченные блюда, реже - жареные и тушеные. Температура блюд остаётся обычной. Для сладких блюд и напитков – используют ксилит или сорбит, которые учитываются в калорийности диеты. Режим питания при диете №9: 5-6 раз в день с равномерным распределением углеводов [3, с. 739].

Также очень большое значение имеет профессиональная и профилактическая деятельность медицинской сестры и всего медперсонала для пациентов с заболеванием «сахарный диабет».

Медицинским сестрам следует помнить, что сахарный диабет – это тяжелое заболевание, заболевание на всю жизнь. Страдает пациент, а также все близкие и родные ему люди. Пациенту зачастую приходится постоянно проявлять упорство и самодисциплину, что может психологически надломить любого человека. При лечении и уходе за пациентом с сахарным диабетом необходимы также настойчивость, человечность, осторожный оптимизм; только в этом случае удастся помочь пациенту преодолеть все препятствия, возникшие на жизненном пути. Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей его организма [1, с. 22 - 25].

Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с индивидуумом, а не как с объектом манипуляций, выполняющим назначения лечащего врача как должное [6, с. 423].

Важным фактором является роль медсестры в информировании пациентов о правильном питании. Отслеживание выполнения ими условий диабетического питания входит в обязанности медицинской сестры. Количеством съеденного и выпитого. Медицинская сестра обязана знать, что у больных сахарным диабетом могут возникнуть осложнения: сердечнососудистые (инфаркт, гипертонический криз), нервные (невропатия), нефропатия [6, с. 499].

Вследствие большой подверженности пациентов инфекционным осложнениям, в обязанность медсестры входит тщательное обследование кожных покровов пациентов, учитывая, что при невропатии пропадает болевая чувствительность. Своевременная тщательная обработка ран и порезов. Ежедневное измерение АД и температуры тела, уровня сахара.

Сопоставление работы медсестры с окончательными полученными результатами являются важными в оценке ее мастерства и профессионализма.

Опытно-экспериментальное исследование проведено на базе «Городской клинической больницы №12 Сормовского района г. Н. Новгород». Количество испытуемых: 35 человек, из них 54,5 % – женщин и 45,5 % – мужчин, а также разный возрастной состав: 25 % – от 18 до 30 лет, 33 % – 30-45 лет, 27 % – 45-66 лет и 15 % – старше 65 лет.

Для более детальной разработанности проводимого эксперимента, расчёта всех шагов работы с группами испытуемых была составлена Программа эмпирического исследования.

Первым этапом нашей исследовательской работы был подготовительный этап, основные задачи которого заключались в следующем:

1. ознакомление с медицинским лечебным учреждением, на базе которого проводилось данное эмпирическое исследование (знакомство со спецификой, культурой и традициями медицинского лечебного учреждения, с

- медицинским персоналом, работающим в нём);
2. определение контингента и отбор испытуемых (определение критериев отбора медицинских работников для участия в эксперименте, изучение специфики специальности испытуемых, отобранных для проведения исследования и утверждение количества респондентов в выборке);
 3. формирование выборки (утверждение отобранных кандидатур по результатам отбора);
 4. подготовка инструментария исследования (подбор комплекса методов, необходимых для проведения эксперимента, определение их очередности в ходе работы, адаптация и разработка анкет к специфике испытуемых).

Второй этап характеризовался проведением эмпирического констатирующего эксперимента. *Задачи* этапа:

1. анализ научных исследований по проблеме заболевания сахарного диабета I типа, определение роли медицинской сестры при уходе за пациентом и течении болезни в социально-культурных и медико-психологических аспектах;
2. выявление перечня проблем пациента с сахарным диабетом I типа;
3. проведение наблюдений за профессиональной деятельностью медсестры в терапевтическом отделении;
4. анализ и обобщение результатов исследования, составление рекомендаций медицинскому персоналу по уходу за пациентом с заболеванием сахарного диабета I типа для предотвращения осложнений и более лёгкого течения болезни.

Третий этап – аналитический. Он является заключительным в исследовательской деятельности. *Задачи* этапа:

1. обработать данные, полученные в ходе исследований;
2. провести количественный и качественный анализ имеющихся данных;
3. составить и разработать памятку для пациентов с сахарным диабетом I типа.

Результаты исследования.

Для определения уровня знаний пациентов о своём заболевании и выявления профессиональной и медицинской деятельности медсестёр при уходе за пациентом с заболеванием «сахарный диабет I типа» было проведено анкетирование. На каждый вопрос анкеты необходимо было дать один наиболее важный для испытуемых ответ.

Количество респондентов составило 35 человек. Поскольку существует множество заболеваний, сцепленных с полом, важно определить половую принадлежность респондентов.

По гендерному признаку пациенты распределились следующим образом (рис.3). На представленной ниже диаграмме видно: число заболевших женщин составляет 20 человек, что соответствует 57,1%, а число мужчин составило 15 человек – 42,9%. Немаловажную роль играет возраст пациентов: возрастной состав испытуемых разнообразен: 14,3 % от 18 до 30 лет (5 человек), 42,8 % – 30-45 лет (15 человек), 28,6 % – 45-66 лет (10 человек) и 14,3 % – старше 65 лет (5 человек). Результаты представлены ниже на диаграмме (рис. 4).

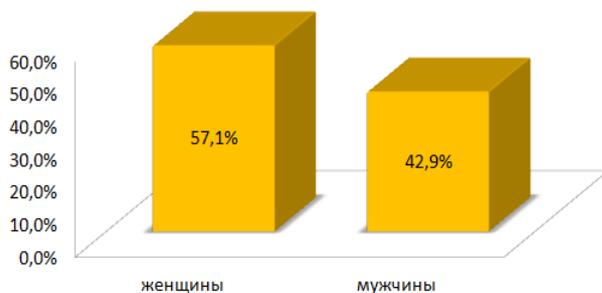


Рис. 3. Распределение по гендерному признаку

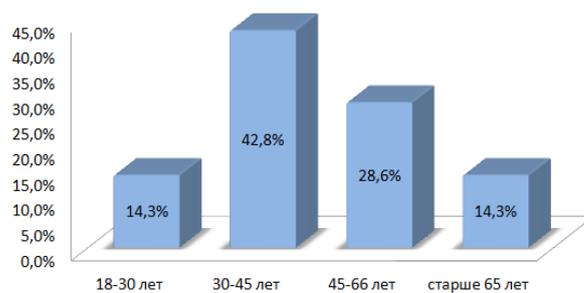


Рис. 4. Распределение по возрастной категории

На вопрос о социальной группе получены результаты, которые представлены в виде гистограммы (рис. 5). Работящих – 13 человек (37,1 %), пенсионеров – 10 человек (28,5 %) и безработных – 12 человек (34,4%). Также в ходе анкетирования было выявлено, что в городе проживают 20 пациентов (57,2 %), а в сельской местности – 15 пациентов (42,8 %) (рис. 6).



Рис. 5. Занятость респондентов

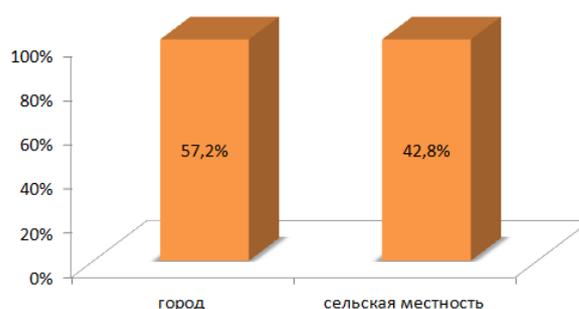


Рис. 6. Место жительства испытуемых

Возникновение заболевания связывают с наследственным фактором 10 респондентов (28,5%), с ожирением – 15 человек (43,1%), с ранее полученной травмой – 5 человек (14,2%) и с вирусным заболеванием – также 5 человек (14,2%) (рис. 7). На вопрос, имеются ли вредные привычки, испытуемые дали следующие ответы: не имеют ни единой вредной привычки – 10 человек (28,5%), курят – 5 человек (14,2%), редко употребляют алкоголь – 18 человек (51,4%), часто употребляют алкоголь – 2 человека (5,9%) (рис. 8).



Рис. 7. Мнение пациентов о причине появления заболевания



Рис. 8. Наличие вредных привычек

Про осложнения заболевания сахарного диабета знают 25 человек, что составляет 71,4%, не знают – 10 человек, это 28,6%. Результаты наглядно представлены на диаграмме (рис. 9). Из 35 человек (100%) зуд кожных покровов наблюдают 16 чел., сухость во рту – 12 чел., мышечную слабость – 7 чел., головную боль – 17 чел., жажду – 10 чел., частое мочеиспускание у 11 пациентов. Полученные результаты отображены на рис. 10.



Рис. 9. Осведомлённость испытуемых о заболевании

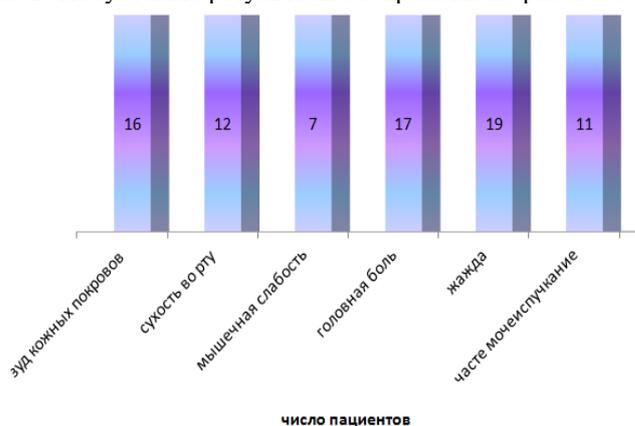


Рис. 10. Симптоматика респондентов

Медицинская сестра объясняет значимость контроля соблюдения диеты при сахарном диабете и расчёт хлебных единиц. По мнению испытуемых, «объясняет понятно» – ответили 17 человек (48,6%), «объясняет в целом» – ответили 10 пациентов (28,6%), «не объясняет» – ответили 8 человек (22,8%) (рис. 11). Абсолютно каждый испытуемый – 100% был обучен медсестрой правилам самостоятельного определения уровня глюкозы в крови при помощи глюкометра (рис. 12).

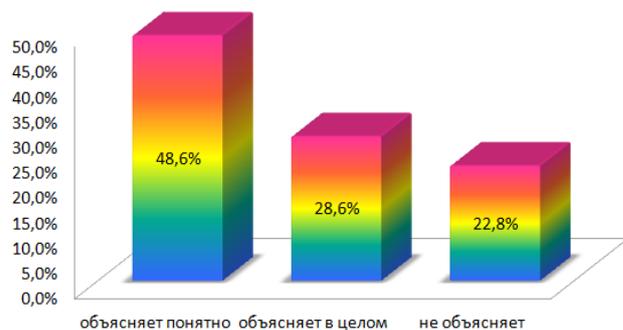


Рис. 11. Объяснение медсестрой пациентам значимость контроля соблюдения диеты и расчёт хлебных единиц

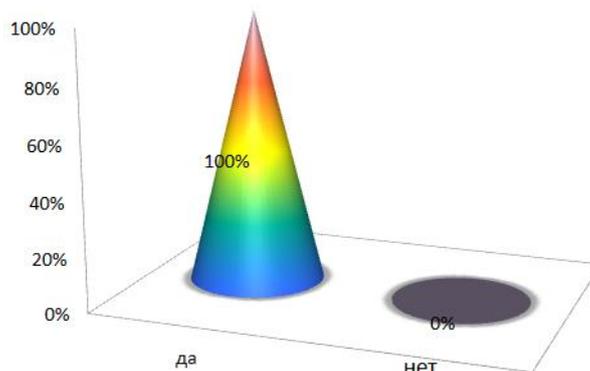


Рис. 12. Обучение пациентов медсестрой определению уровня глюкозы в крови с помощью глюкометра

Медицинская сестра проводит санитарно просветительскую работу с пациентами и всю необходимую информацию пациенты получают через: буклеты – 9 человек (25,7 %), памятки – 5 человек (14,2 %), лекции – 10 (28,6 %) и беседы – 11 человек (31,5 %) (рис. 13). Правилам обучения самостоятельного введения инсулина медсестрой обучены 100 % респондентов (рис. 14).

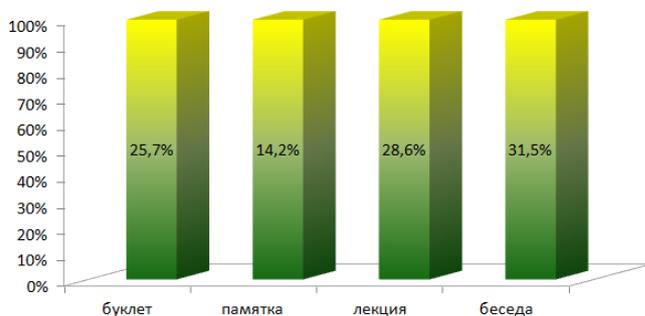


Рис. 13. Санитарно-просветительная работа медсестры с респондентами

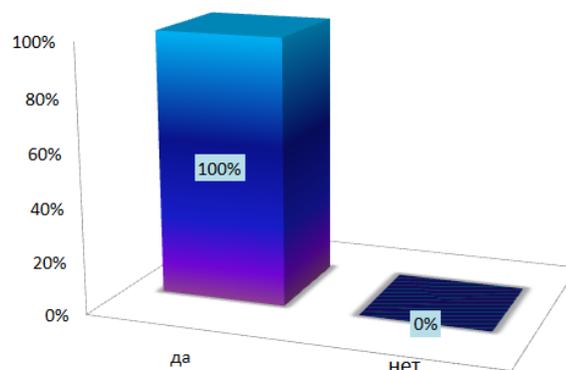


Рис. 14. Обучение пациентов медсестрой правилам самостоятельного введения инсулина

Также 87% испытуемых выделили то, что медсестра понимает проблемы пациентов, возникшие вследствие развития их заболевания, и 13% ответили, что медсестра не понимает проблемы пациентов (рис. 15). 92% респондентов отметили, что не имеют замечаний к работе медицинских сестёр, 8% имеют незначительные замечания (рис. 16).

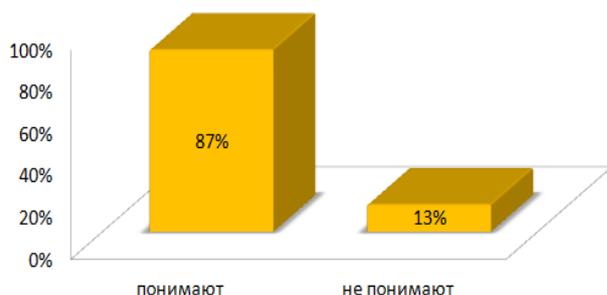


Рис. 15. Понимание медсестрами проблем пациента

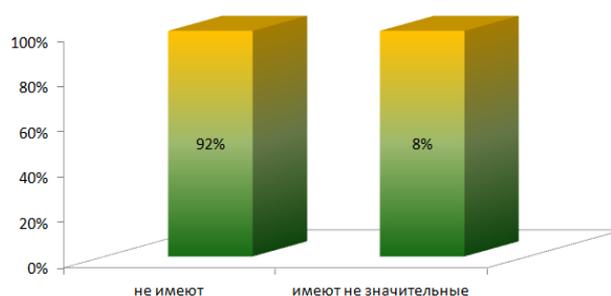


Рис. 16. Замечания респондентов к работе медсестёр

Вывод. В данной работе описано заболевание «сахарный диабет I типа» и раскрыто значение профессиональной деятельности медицинской сестры для эффективного лечебного процесса пациента, находящегося в лечебном учреждении с его заболеванием.

Сахарный диабет имеет большое медико-социальное значение в связи с высокими показателями заболеваемости, ранней инвалидностью, омоложением болезни и высоким риском осложнений. Необходимо раннее выявление факторов риска, способствующих развитию сахарного диабета. Первичная профилактика СД включает комплекс мер, предотвращающих развитие самого заболевания, куда входят такие мероприятия, как контроль количества искусственных добавок, употребляемых в пищу, снижение потребления консервированных продуктов, богатых жирами, углеводами; разнообразный и сбалансированный рацион питания, а также употребление в пищу фруктов и овощей; предупреждение инфекционных и вирусных заболеваний, отказ от алкоголя и табака. Вторичная профилактика преследует цель предупреждения возникновения осложнений при

уже развившейся болезни, то есть приведение показателей гликемии к нормальным значениям и попытка удержать эти цифры в норме на протяжении всей жизни больного [7, с. 98].

Основное условие сестринской деятельности – профессиональная компетентность. Медицинская сестра должна всегда соблюдать и поддерживать профессиональные стандарты своей деятельности, определяемые Министерством здравоохранения РФ. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня – это профессиональный долг медицинской сестры.

Она должна быть компетентной также в отношении моральных и юридических прав пациента. Как мы видим, профессиональная компетентность играет важную роль в профессии медицинского работника. Целью сестринского дела является помощь пациенту и (или) его семье, но важнейшими средствами достижения этой цели является забота, всесторонний уход за пациентом, облегчение его страданий и содействие в укреплении здоровья.

Экспериментальные данные свидетельствуют, что при построении взаимоотношений «медсестра – пациент» важное значение имеют индивидуальный стиль работы и личные особенности медицинской сестры.

Обучение пациентов является неотъемлемой частью комплекса терапевтических мероприятий при СД I типа и должно продолжаться от момента выявления заболевания и на всём его протяжении в целях повышения осведомленности пациентов и улучшения распознавания гипогликемии, снижения рисков развития тяжёлой гипогликемии, для достижения целевых показателей гликемического контроля и улучшения самостоятельного управления заболеванием.

Эффект лечения пациентов во многом зависит от отношения медперсонала к самим пациентам. Важными качествами медицинской сестры являются профессионализм, сострадание, милосердие, терпение, ответственность и вежливость. Роль инвазивных методов диагностики и лечения со временем будет возрастать. Это обязывает медсестер тщательно изучать существующие и вновь внедряемые технические средства, осваивать инновационные методы их применения и соблюдать деонтологические принципы работы с пациентами на различных этапах лечебно-диагностического процесса.

В «ГКБ № 12 Сормовского района г. Н. Новгород» медсестра обучает пациентов правилам самостоятельного определения уровня глюкозы в крови при помощи глюкометра и объясняет значимость контроля соблюдения диеты при сахарном диабете и в том числе расчёт хлебных единиц, также проводится санпросвет работа в виде бесед, лекций и буклетов. Это нам говорит о том, что уровень знаний медицинских сестёр о заболевании сахарного диабета I типа и его первичной профилактики находится на среднем уровне.

В результате проведенного исследования, нами были составлены рекомендации по уходу за пациентами с заболеванием сахарного диабета I типа для предотвращения осложнений и более лёгкого течения болезни для медицинских сестер в их профессиональной деятельности, которые будут способствовать повышению уровня знаний в этой области и также разработана памятка для пациентов с сахарным диабетом I типа.

Таким образом, выдвинутые гипотезы в ходе исследования подтвердились полностью, мы достигли цели нашего исследования. Это дает нам право утверждать, что существует прямая зависимость между соблюдением медицинским персоналом профессионального и специализированного ухода за пациентом с заболеванием сахарный диабет и эффективностью лечебного процесса пациента, а также снижением риска возникновения нарушения здоровья у него.

Поводя итоги, можно сказать, что сахарный диабет был и будет одним из опасных, часто встречающихся заболеваний. Его опасность заключается в невозможности абсолютного излечения, вследствие чего патология в течение жизни становится образом жизни людей. Именно поэтому своевременное и квалифицированное оказание помощи на поликлиническом этапе улучшает прогноз в отношении жизни и значительно снижает риск развития заболеваний, осложнений и инвалидизации пациента. А роль медицинской сестры в организации ухода за пациентом, его лечении является первостепенной и неопределимой и играет огромную роль в медицинской и профессиональной деятельности, являясь важным звеном в процессе лечения. Добрая, внимательная, отзывчивая, милосердная, гуманная медицинская сестра – лекарство для души пациента. Пациенты доверяют медперсоналу самое ценное, что имеют – здоровье.

Также успешное лечение диабета подразумевает, что врач, медсестра и сам пациент вместе работают над улучшением обмена веществ. Чтобы человек с диабетом мог успешно справляться со своим заболеванием, он должен знать как можно больше о причинах, признаках, осложнениях и лечении заболевания.

И планируемым результатом научно-исследовательской работы (продуктом) являлась памятка для пациентов «Сахарный диабет I типа» (рис. 12).

«Сахарный диабет I типа»

Питание при сахарном диабете I типа (инсулинозависимый)
Продукты, которые разрешены пациентам

Продукты, которые нельзя пациентам с заболеванием сахарный диабет I типа

Сахарный диабет I типа (инсулинозависимый)

Как предупредить развитие сахарного диабета

Типы сахарного диабета

Диабет и его симптомы

Как готовить пищу пациентам

Рис. 12. Памятка для пациентов с заболеванием «сахарный диабет I типа»

Литература

1. Алексеева Е. Б. Воспитание нравственно-этической культуры медицинских сестер лечебного учреждения /Е. Б. Алексеева //Международный журнал экспериментального образования. - 2014. - № 10. – 25 с.
2. Гончарова, Е. В. Управление диабетом и современные возможности самостоятельного гликемического контроля /Е. В. Гончарова, Н. А. Петунина // Медицинский совет. - 2017. - № 3. – 27 с.
3. Гурвич, М.М. Диета при сахарном диабете / М.М. Гурвич. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 915 с.
4. Дедов И.И., Балаболкин М.И. Сахарный диабет: патогенез, классификация, диагностика, лечение. - М., Медицина, 2014. – 147с.
5. Изменения кожи и слизистой полости рта при сахарном диабете и их профилактика /А. Ф. Вербовой // Медицинский совет. - 2017. - № 3. – 63 с.
6. Мухина С.А., И.И. Тарновская — Практическое руководство по основам сестринства; 2-е издание, доп. М.: — ГОТАР — Медиа 2008. — 512 с.
7. Подачина, С. В. Витамины. Профилактика и лечение осложнений у больных сахарным диабетом /С. В. Подачина// Медицинский совет. - 2017. - № 3. - 115 с.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ДИАРЕЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ФЕЛЬДШЕРА

Воронцова Т.С.,
обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Чепель Н.С.,
преподаватель,

ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной»,
Филиал «Безенчукский», п.г.т. Безенчук

Острые кишечные инфекции (ОКИ) традиционно являются одной из актуальных проблем здравоохранения во всем мире. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется 1-1,2 миллиарда диарейных заболеваний, умирает до 4 миллионов человек, причем 60-70% заболевших составляют дети до 14 лет. В России общая заболеваемость ОКИ традиционно остаётся на высоком уровне. В настоящее время различают более 30 форм ОКИ, вызываемых бактериями, простейшими и вирусами.

В процессе эволюции разные микроорганизмы приспособились к определенным условиям закономерного пути перехода из одного организма в другой. В значительной мере именно особенности путей передачи возбудителя определяют тип эпидемического процесса. Систему органов, которая является местом исторического приспособления к ней ряда патогенных паразитов, представляет пищеварительная система.

К кишечным инфекциям относится больше 25% всех заразных заболеваний человека, а именно: дизентерия, холера, сальмонеллез, брюшной тиф и паратифы А и В, ботулизм, пищевые токсикоинфекции, амебиаз, энтеро- и ротавирусная инфекции и другие заболевания вирусной и бактериальной этиологии [7].

Ущерб от ОКИ оценивается в десятки миллионов долларов с экономической точки зрения и в миллионы жизни – с социальной.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ термин «острые кишечные инфекции» ОКИ объединяет более 30 заболеваний бактериальной, вирусной или протозойной этиологии, основным симптомом которых является острая диарея (рисунок 1).

Возбудителями инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта могут быть: бактерии (сальмонеллез, брюшной тиф, холера), их токсины (ботулизм), а также вирусы (энтеровирус, ротавирус).

Заражение происходит при попадании возбудителя инфекции через рот, как правило, при употреблении зараженных пищевых продуктов и воды. Всего таких заболеваний более тридцати. Из них самое безобидное – пищевое отравление, а самые опасные – холера, брюшной тиф, ботулизм.

От больных и носителей инфекции микробы выделяются во внешнюю среду с испражнениями, рвотными массами, иногда с мочой. Практически все возбудители кишечных инфекций чрезвычайно живучи. Они способны подолгу существовать в почве, воде и даже на различных предметах. Например, на ложках, тарелках, дверных ручках и мебели. Кишечные микробы не боятся холода, однако все же предпочитают жить там, где тепло и влажно. Особенно быстро они размножаются в молочных продуктах, мясном фарше, студне, киселе, а также в воде (особенно в летнее время) [3, с. 86].

В организм здорового человека возбудители кишечной инфекции попадают через рот: вместе с пищей, водой или через грязные руки. Из рта микробы попадают в желудок, а затем в кишечник, где начинают усиленно размножаться. После попадания микробов в организм наступает бессимптомный инкубационный период, продолжающийся, в большинстве случаев, 6-48 часов [1, с. 62].

Одно из самых неприятных последствий, возникающих при кишечных инфекциях – обезвоживание организма вследствие рвоты и/или поноса.

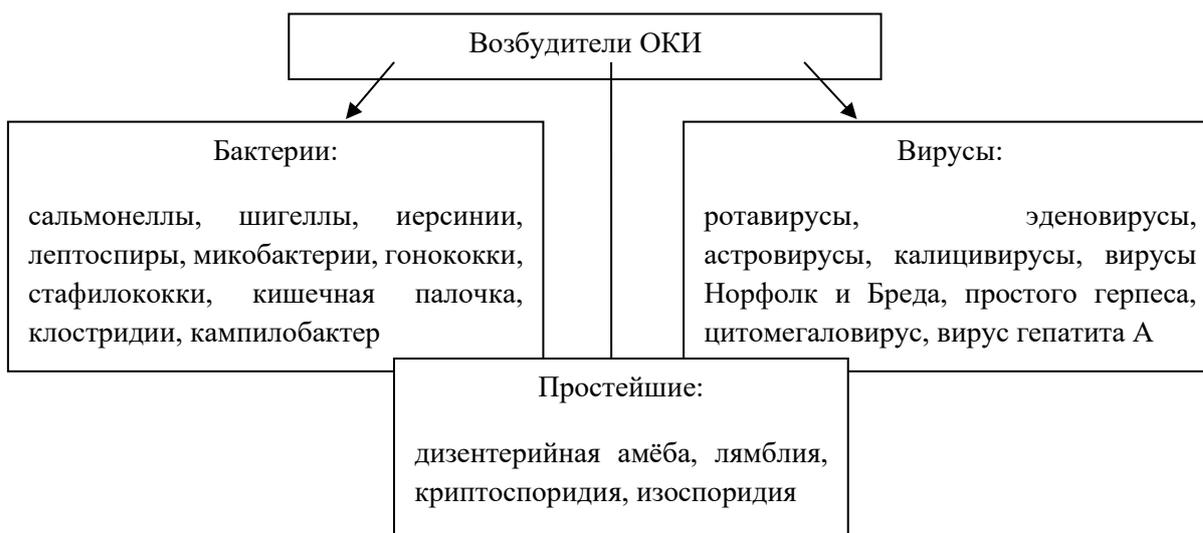
Кишечные инфекции, как и все остальные инфекционные заболевания, всегда случаются неожиданно. В самом начале заболевания человека беспокоит слабость, вялость, снижение аппетита, головная боль, повышение температуры – симптомы, напоминающие обычное ОРЗ. Однако через некоторое время возникает тошнота и рвота, появляются схваткообразные боли в животе, понос с примесью слизи, гноя или крови (например, при дизентерии). Может беспокоить жажда и озноб.

Иногда кишечные инфекции не имеют видимых симптомов, но сопровождаются выделением возбудителей. В плане распространения инфекции такое носительство особенно опасно – ничего не подозревающий человек становится постоянным источником микробов, заражая окружающих [4, с. 12].

На практике все зарегистрированные ОКИ принято разделять на три основные группы:

1. Заболевания, вызываемые неустановленным возбудителем (около 70% случаев).
2. Острые кишечные инфекции, вызываемые установленным возбудителем (около 20%).
3. Бактериальная дизентерия (около 10%).

Рисунок 1. Этиология острых кишечных инфекций



Тот факт, что 70% случаев ОКИ приходится на заболевания с неустановленным возбудителем, можно считать следствием общепринятого для ОКИ «синдромального» принципа формирования диагноза, который полностью оправдывает себя при заболеваниях, не носящих эпидемического характера. В самом деле, при спорадических ОКИ (а их большинство) сходство клинической картины и течения заболеваний различной этиологии позволяет не тратить время на точное определение возбудителя, поскольку это существенно не влияет на выбор стратегии и тактики лечения. При эпидемических острых кишечных инфекциях как можно более раннее выделение и идентификация возбудителя болезни, напротив, становятся важнейшей задачей, требующей, к сожалению, значительных затрат времени и наличия хорошо оснащенной лаборатории.

Важно, что в наиболее обширную группу ОКИ неустановленной этиологии входят и большинство так называемых пищевых токсикоинфекций (ПТИ) — эту группу составляют приблизительно 20 этиологически разных, но патогенетически и клинически сходных заболеваний, не представляющих эпидемической опасности [5, с. 36].

ОКИ — заболевания различной этиологии и семиотики — объединяют общий для всех этих состояний, преимущественно фекально-оральный, способ передачи возбудителя и развитие вследствие этого характерного симптомокомплекса острой диареи (рисунок 2).

Рисунок 2. Типичные клинические проявления ОКИ



В то же время выраженность диарейного синдрома, равно как и степень тяжести общего состояния, возможные исходы и стратегия лечения заболевания определяются возбудителем инфекции. При всей относительности синдромальной доклинической диагностики ОКИ можно выделить признаки, наиболее характерные для диареи различной этиологии. Так, бактериальную диарею (БД) отличают более тяжёлое клиническое течение и более неблагоприятный прогноз по сравнению с вирусной диареей, поскольку патофизиологические механизмы БД заключаются в повреждении слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта бактериальными энтеротоксинами или в результате инвазии микроорганизмов в клетки эпителия. Инкубационный период при БД может длиться от 6-8 часов до 7-10 суток, однако чаще всего он составляет около 3 дней. Самый короткий инкубационный период — у кокковых инфекций и сальмонеллеза. Дебют БД сопровождается выраженной интоксикацией, значительным ухудшением общего самочувствия, дегидратацией, головной болью, лихорадкой до 38-39°C, тошнотой и рвотой. При генерализации инфекции возможно появление симптомов раздражения мозговых оболочек, мышечных и костно-суставных болей [5, с. 36-37].

Бактериальная диарея (БД) всегда сопровождается болезненными тенезмами и схваткообразной сильной болью в животе, а при дизентерии приводит к появлению кровавого стула. Нередко у мужчин при БД развивается синдром Рейтера (артрит, конъюнктивит, уретрит). В острой фазе болезни проявляются и специфические симптомы того или иного возбудителя БД. Прогноз БД всегда тревожный, и при клинически очерченном течении заболевание во всех случаях требует госпитализации и эпидемиологической оценки.

Пищевая токсикоинфекция (ПТИ) также относится к бактериальным диареем, так как вызывается условно-патогенными бактериями и в ряде случаев имеют групповой, эксплозивный характер. Однако в подавляющем большинстве случаев ПТИ протекают спорадически с развитием острого гастрита, гастроэнтерита или гастроэнтероколита, с той или иной степенью обезвоживания и интоксикации и имеют благоприятный прогноз [5, с. 37].

При диарее вирусной этиологии (ВД) целостность слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта в большинстве случаев не нарушается и в процесс редко вовлекается толстая кишка. Инкубационный период, как правило, более короткий, чем при эпидемической бактериальной диарее. Острый вирусный гастроэнтерит, хотя и сопровождается лихорадкой и нарушением общего состояния больного, редко приводит к тяжелой интоксикации, развитию выраженной воспалительной реакции и дегидратации организма больного. К числу значимых дифференциальных критериев вирусных диарей можно отнести отсутствие при этих заболеваниях выраженной боли в животе, водянистый, а не слизисто-гнойный и кровавый характер испражнений. ВД нередко сопровождается острым респираторным заболеванием. Продолжительность ВД редко превышает 3 дня, и в целом заболевание имеет благоприятный прогноз. Пациенты с относительно легким течением ВД в госпитализации не нуждаются [5, с. 38].

Из ОКИ паразитарного происхождения наибольшее клиническое значение имеют амебиаз и лямблиоз. Известно, что клиническая картина амебной дизентерии развивается приблизительно у 10% инфицированных амебой больных. Амебный колит характеризуется сильнейшей болью в животе, лихорадкой и кровавой диареей, которая чревата перфорацией толстой кишки. Генерализация амебиаза сопровождается септикопиемией с образованием абсцессов печени, легких или головного мозга и крайне неблагоприятным прогнозом для жизни больного. Заболевание носит эндемичный характер. Лямблиоз на территории России распространен очень широко и в 25-50% случаев приводит к развитию острого или хронического энтерита, сопровождающегося диареей. Наибольшую помощь в постановке доклинического диагноза при паразитарной дизентерии может оказать тщательный сбор анамнеза настоящего заболевания и анамнеза жизни пациента, поскольку особую группу риска образуют лица, практикующие анальные сексуальные контакты.

В современной классификации ОКИ выделяют так называемые особые формы заболевания:

- диарея путешественников;
- диарея у мужчин-гомосексуалистов;
- диарея у ВИЧ-инфицированных пациентов;
- антибиотико-ассоциированная диарея;
- синдром избыточного роста бактерий в желудочно-кишечном тракте.

Из особых форм ОКИ для практики фельдшера имеет значение лишь один из вариантов антибиотико-ассоциированной диареи — псевдомембранозный колит. Это заболевание развивается во время или значительно после приема антибактериальных препаратов и связано с колонизацией кишечника условно-патогенным

микроорганизмом *clostridium difficile*. Протекает псевдомембранозный колит с высокой лихорадкой, кровавой диареей, болью в животе и сопровождается существенной интоксикацией со всеми возможными осложнениями острой профузной диареи. При подозрении на псевдомембранозный колит больной должен быть госпитализирован в инфекционный стационар [5, с. 38-39].

Всестороннее изучение анамнеза настоящего заболевания является первым шагом в обследовании пациентов, имеющих характерные признаки ОКИ (рисунок 2).

У больных необходимо выяснить:

- когда и как началось заболевание (например, внезапное или постепенное развитие заболевания, наличие инкубационного или продромального периода);
- характер испражнений (водянистые, кровавистые, с примесью слизи или гноя, жирные и т. д.);
- частоту стула, количество и болезненность испражнений;
- наличие симптомов дизентерии (лихорадка, тенезмы, примесь крови и/или гноя в испражнениях).

В беседе с больным очень важно установить наличие и, что особенно существенно, развитие субъективных и объективных проявлений обезвоживания (жажды, тахикардии, ортостатических реакций, уменьшения диуреза, вялости и нарушений сознания, судорог, снижения тургора кожи) и интоксикации (головной боли, тошноты, рвоты, мышечных болей) [5, с. 39].

Кроме того, во всех случаях необходимо выявить возможные факторы риска ОКИ: поездки в страны с неблагополучной по инфекционным диареем эпидемической обстановкой; род занятий; недавнее употребление в пищу небезопасных продуктов (например, недостаточно термически обработанного мяса, сырых яиц или моллюсков, непастеризованного молока и соков); купание в загрязненных водоемах или использование для питья воды из них (например, воды из озера или реки); пребывание в сельской местности, посещение «детских» зоопарков, контакт с дикими или домашними животными; наличие в окружении больных, имеющих сходные симптомы; регулярный или недавний приём лекарств (антибиотиков, антацидных препаратов, противодиарейных средств); наличие медицинских факторов, предрасполагающих к развитию инфекционной диареи (ВИЧ, прием иммунодепрессантов, гастрэктомия в анамнезе, ранний детский или старческий возраст); пристрастие к анальному сексу; принадлежность к декретированным группам населения (работники питания, воспитатели детских учреждений).

На догоспитальном этапе ОКИ необходимо дифференцировать с рядом острых неинфекционных заболеваний хирургического, терапевтического, гинекологического и иного профиля. Единственной целью дифференциального диагноза в данном случае является выбор направления госпитализации больного. Более чем в половине случаев этиологию ОКИ не удастся установить ни клинически, ни лабораторно. Эта задача, равно как и выбор патогенетического лечения, тем более не может быть решена на этапе догоспитальной помощи. Усилия фельдшера должны быть направлены на:

- коррекцию тяжелых нарушений жизненно важных функций организма больного;
- дифференцирование инфекционного, терапевтического или хирургического генеза заболевания;
- решение вопроса о необходимости госпитализации больного для специализированного лечения или проведения противоэпидемических мероприятий [2, с. 42].

Наибольшую угрозу для пациентов с ОКИ представляет развитие дегидратации и ассоциированной с ней артериальной гипотензии на фоне интоксикации, провоцирующей падение артериального давления и нарушение функции центральной нервной системы. Объем догоспитальной терапии базируется на мониторинге жизненно важных функций организма больного: состоянии сознания и функции внешнего дыхания, уровне АД и гидратации пациента. При наличии соответствующего оснащения бригады СМП терапия клинически значимой гиповолемической и инфекционно-токсической артериальной гипотензии должна осуществляться под контролем центрального венозного давления.

В соответствии со стандартными рекомендациями терапия на этом этапе направлена:

- на восстановление сердечного ритма;
- на оптимизацию объема циркулирующей крови;
- на устранение гипоксии и нормализацию кислотно-щелочного равновесия;
- на проведение инотропной/вазопрессорной терапии [2, с. 42].

Для устранения гипоксии пациенту назначают оксигенотерапию газовой смесью с 35%-ным содержанием кислорода.

Регидратацию пациента начинают с диагностики обезвоживания, тяжесть которой может варьировать от I до IV степени (таблица 1).

Таблица 1. Клинические проявления ОКИ от степени дегидратации

Степень дегидратации	Клинические проявления
I	Потеря 1-3% массы тела: существенные физиологические нарушения
II	Потеря 4-6% массы тела: жажда, мышечная слабость, кратковременные судороги икроножных мышц, осиплость голоса. Температура тела нормальная
III	Потеря 7-9% массы тела: сухость кожи и слизистых оболочек, заострение черт лица, афония, артериальная гипотензия, тахикардия, тонические судороги отдельных групп мышц, распространенный цианоз, олигурия

IV	Потеря 10% массы тела и более в течение 24 часов: выраженная артериальная гипотензия, анурия, развитие гиповолемического шока
----	---

При дегидратации I и II степеней (85-95% пациентов с ОКИ) восполнение потери жидкости может и должно осуществляться оральным путем. ВОЗ рекомендует применять для оральной регидратации растворы следующей прописи: 3,5 г NaCl, 2,5 г NaHCO₃ (или 2,9 г цитрата натрия), 1,5 г KCl и 20 г глюкозы или ее полимеров (например, 40 г сахарозы, или 4 столовые ложки сахара, или 50-60 г вареного риса, кукурузы, сорго, проса, пшеницы или картофеля) на 1 литр воды. Это позволяет получить раствор, содержащий приблизительно 90 ммоль Na, 20 ммоль K, 80 ммоль Cl, 30 ммоль HCO₃ и 111 ммоль глюкозы. Можно с успехом использовать любой из готовых растворов для оральной регидратации (цитроглюкосалан, регидрон, гастролит). Количество выпитой жидкости должно в 1,5 раза превышать ее потери с испражнениями и мочой. Компенсация обезвоживания сопровождается очевидным уменьшением жажды, нормализацией диуреза и улучшением общего состояния пациента [2, с. 43; 7, с. 24-25].

Дегидратация III и IV степеней, выраженная тошнота или рвота, а также бессознательное состояние пациента требуют неотложной инфузионной терапии. Для внутривенной регидратации используют полиионные кристаллоидные растворы: трисоль, квартасоль, хлосоль, ацесоль. Менее эффективно введение моноионных растворов (физиологического раствора хлорида натрия, 5%-ного раствора глюкозы), а также несбалансированных полиионных растворов (раствора Рингера, мафусола, лактасола). Коллоидные растворы (гемодез, реополиглюкин, рефортан) вводят только в случаях упорной гипотонии, после восстановления объема циркулирующей крови в целом. В тяжелых случаях инфузия водно-электролитных смесей начинается с объемной скоростью 70-90 мл/мин, при средней тяжести состояния пациента — с объемной скоростью 60-80 мл/мин. В ряде случаев необходимая скорость инфузии обеспечивается путем одновременного вливания в 2-3 вены. После стабилизации артериального давления скорость инфузии снижается до 10-20 мл/мин. Для предотвращения прогрессирования обезвоживания, развития гемодинамической недостаточности, отека легких, пневмонии, ДВС-синдрома и острой почечной недостаточности объем жидкости, вводимой после стабилизации состояния пациента, может составлять 50-120 мл на 1 кг веса [2, с. 44].

Назначение антибактериальной терапии среднетяжелых и тяжелых ОКИ на доклиническом этапе категорически противопоказано, поскольку может существенно ухудшить состояние пациента и затруднить лабораторную верификацию возбудителя заболевания. Возрастающая угроза инфекций, вызванных антибиотико-резистентными штаммами микроорганизмов, наличие нежелательных реакций при применении антимикробных препаратов, суперинфекция, связанная с эрадикацией нормальной микрофлоры антибактериальными средствами, и возможность индукции антибиотиками некоторых факторов вирулентности у энтеропатогенов (например, индукция фторхинолонами фага, ответственного за продукцию шигеллезного токсина), заставляют тщательно взвешивать все за и против при решении вопроса об антимикробной терапии и назначать ее только после точной диагностики возбудителя ОКИ. В связи с вышеизложенным антибактериальные препараты особенно не рекомендуются при гастроэнтеритическом варианте острой диареи любой степени тяжести, при легком, стертом течении колитического варианта и в период реконвалесценции при любой форме кишечного заболевания [2, с. 44].

Эмпирическое назначение антибиотиков возможно в случае легкопротекающей и среднетяжелой ОКИ любой этиологии, а также при диарее путешественников, наиболее вероятным возбудителем которой являются энтеротоксигенные штаммы E.coli или другие бактериальные патогены. В этом случае назначают фторхинолоны.

Таблица 2. Фармакотерапия ОКИ, препараты неантимикробного действия

Препарат	Механизм действия	Режим дозирования	Противопоказания
Атропина Сульфат	M1-холиноблокатор, уменьшает секрецию и тонус гладких мышц ЖКТ и желчевыводящей системы	250 мкг - 1 мг каждые 4-6 часов	Глаукома, аденома простаты, нарушение паренхиматозной функции печени, тахикардия
Имодиум	Миотропный спазмолитик - ингибитор опиоидных рецепторов толстой и прямой кишки	Первая доза - 4 мг, далее - 2 мг после каждого стула; 16 мг в сутки максимально	При болезни Крона и НЯКе, псевдомембранозном и ишемическом колите
Смекта	Природная смесь силиката магния и алюминия. Адсорбент, вяжущее и обволакивающее средство. Не всасывается	9-12 г в сутки	Продолжительность непрерывного лечения в указанных дозах - не более 2 дней
Полифан	Растительный лигнин. Высокоактивный адсорбент	60-100 мг в сутки в 2-4 приема	Продолжительность непрерывного приема - 10 дней
Танакомп	Вяжущее и легкое антисептическое средство. Не всасывается	6-8 таблеток в сутки, 3-5 дней непрерывно	Противопоказан при тяжелой диарее

Антациды с Al(OH) ₃ - альмагель, маалокс	Обволакивающее и вяжущее действие	30-90 мл в сутки, 3-12 таблеток в сутки	Нет
---	-----------------------------------	---	-----

Столь же опасным, как антибиотики, в отношении усугубления интоксикации является применение при ОКИ любого клинического течения сильных противодиарейных препаратов (имодиума) и противорвотных средств (церукала, торекана).

Особое значение при ОКИ имеет коррекция микробиоценоза кишечника пробиотиками, проводимая на различных этапах лечения: в остром периоде — в целях конкурентного вытеснения патогенной микрофлоры, у реконвалесцентов — для обеспечения реабилитационных процессов. Весьма эффективно раннее, не позже второго дня болезни, назначение бифидумбактерина форте в ударных дозах (по 50 доз 3 раза каждые 2 часа в первый день лечения) с последующим приемом поддерживающих доз (30 доз в день, по показаниям — до 6 дней).

Пробиотик IV поколения бифидумбактерин форте обеспечивает высокую локальную колонизацию слизистой оболочки кишечника, элиминацию патогенной и условно-патогенной микрофлоры. Положительный клинический эффект при сальмонеллезе средней тяжести отмечен через 1-2 дня, при тяжелом течении сальмонеллеза и дизентерии — к окончанию курса. Из пробиотиков, приготовленных на основе микроорганизмов рода *Bacillus*, препаратом выбора является биоспорин, назначаемый по 2 дозы 2-3 раза в день в течение 5-7 дней. Препарат обладает выраженным антибактериальным, антиоксидантным и иммуномодуляторным действием, индуцирует синтез эндогенного интерферона, стимулирует активность лейкоцитов крови, синтез иммуноглобулинов. При преобладании энтеритического синдрома рекомендуется энтерол, получаемый из сахаромикетов Буларди. Он назначается по 250 мг 2 раза в день в течение 5 дней. В периоде реконвалесценции наряду с традиционными патогенетическими средствами (стимуляторами репарации, общего и местного иммунного ответа) целесообразно применение препаратов облигатной флоры, оптимально — бифидумбактерина форте, оказывающего стабилизирующее влияние на микробиоценоз кишечника и гомеостатические процессы.

Несмотря на расширение возможностей по верификации возбудителя и большой выбор методов этиопатогенетической терапии, ОКИ и сегодня по-прежнему сопряжены с высокой летальностью. Так, по данным Н.Д. Ющука, при ПТИ и сальмонеллезе летальность составляет около 0,1%, а при дизентерии — 1,4%, при этом причиной 20% летальных исходов при бактериальной дизентерии и 44,4% летальных исходов при всех остальных ОКИ является инфекционно-токсический шок. Причины столь высокой летальности, вероятно, кроются в неадекватной оценке прогноза и тяжести состояния больного ОКИ и неоказании ему, в том числе по причинам недостаточного инструментального, медикаментозного и информационного обеспечения, неотложной помощи именно на догоспитальном этапе [6].

Оказание первичной медицинской помощи на догоспитальном этапе при острых кишечных инфекциях часто спасает жизнь и сохраняет здоровье пациентам. Поэтому так важна деятельность фельдшеров, которые обязаны четко знать простейшие принципы оказания первой медицинской помощи при инфекционных заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Литература

1. Брусина, Е.Б. Принципы классификации внутрибольничных инфекций / Е.Б. Брусина, К.А. Орлова. – М.: МИА, 2018. – 263 с.
2. Вовк Е.И., кандидат медицинских наук, А. А. Машарова, кандидат медицинских наук, кандидат медицинских наук, А. Л. Верткин, доктор медицинских наук, профессор, МГМСУ, Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи // Медицинский научно-практический журнал. 2017, №2. С. 40-45.
3. Демин, И.А. Госпитальный сальмонеллез, вызванный *Salmonellainfantis* / И.А. Демин, Е.Б. Брусина. – М.: Объединенная редакция Боргес, 2018. – 263 с.
4. Тимченко В.Н. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций / В.Н.Тимченко, В.В. Леванович, И.Б. Михайлов. – М.: Медицина, 2015. – 407 с.
5. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Принципы диагностики и лечения острых кишечных инфекций // Лечащий Врач. 2017, № 7. С. 40.
6. Медицинский научно-практический портал. Лечащий врач [Электронный ресурс] / Острые кишечные инфекции в практике врача скорой медицинской помощи. Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2019/01-02/4529210>, свободный. Загл. с экрана. – Яз. рус., англ.
7. Российская государственная библиотека [Электронный ресурс] / Острые кишечные инфекции вирусной и сочетанной этиологии у детей: особенности диагностических и лечебно-профилактических мероприятий; ред. Тхакушинова Н.Х. - М.: 2017. - Режим доступа: <http://www.rsl.ru>, свободный. Загл. с экрана. – Яз. рус., англ.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ

Гончаров А.В., Клочков Н.А., Ларин С.Н.,
обучающиеся 3 курса.
Научный руководитель
Ухова С.В.,
Преподаватель,
ГБПОУ НО НМК, г. Нижний Новгород

Пневмонии – группы различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике, острых (преимущественно бактериальных и вирусных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации [1, с.186,2с.295].

Наиболее практически значимым является подразделение пневмоний на внебольничные, и внутрибольничные. Такое подразделение никак не связано с тяжестью течения заболевания. Основным и единственным критерием разграничения является то окружение, в котором развивалась пневмония [3, с.388, 4 с. 330]

После появления новой коронавирусной инфекции все медицинские работники столкнулись с необходимостью быстрой и точной диагностики пневмоний, а также своевременного оказания медицинской помощи. Появилась новая коронавирусная инфекция – потенциально тяжёлая, вызываемая SARS-CoV-2, проявляющаяся кашлем, повышенной температурой тела, утомляемостью, дыхательной недостаточностью, гипоксией, в некоторых случаях кровохарканьем. Продолжительность заболевания варьирует от семи дней до нескольких месяцев и напрямую зависит от степени тяжести.

Актуальность выбранной темы подтверждается повсеместным распространением условий для возникновения данного заболевания, в конечном итоге, заболевание продолжает распространяться и уже третий год забирает жизни людей.

Целью исследования является изучение особенностей диагностических и лечебных мероприятий пациентов с пневмониями различной этиологии.

Задачи исследования:

1. Изучение современных источников информации по принципам диагностики и лечения пневмоний.
2. Дифференциальная диагностика пневмоний различного генеза.
3. Особенности лечения заболеваний легких.

Анализ современных источников информации показал, что в настоящее время активно изучается и уже накоплен достаточный банк информации о SARS-CoV-2. Сферические частицы диаметром 120 нм, одноцепочечный РНК-содержащий вирус, относится к линии Beta-Cov семейства Coronaviridae (II группа патогенности). Входными воротами инфекции является эпителий верхних дыхательных путей, а также эпителиоциты желудка и кишечника. Непосредственно проникновение вируса в клетки-мишени происходит с помощью S-белка. Поражаются клетки, имеющие рецепторы ACE-2 или АПФ2. АПФ2 располагается в цитоплазматической мембране многих типов клеток человека, в том числе в альвеолярных клетках II типа в легких и энтероцитах тонкого кишечника, эндотелиальных клетках артерий и вен, клетках гладкой мускулатуры артерий, макрофагов [5]. Выделяют критическую форму COVID-19 – «цитокиновый шторм», характеризующий патологическую активацию врожденного и приобретенного (Th-1 и Th17 типы) иммунитета. Происходит дисрегуляция синтеза противовоспалительных, иммунорегуляторных цитокинов и хемокинов: ИЛ1, ИЛ2, ИЛ6, ИЛ7, ИЛ8, ИЛ9, ИЛ10, ИЛ12, ИЛ17, ИЛ18, Г-КСФ, ГМ-КСФ, ФНО α , ИФН γ -индуцируемый белок 10, ИФН- α и ИФН- β , МХБ1, МВБ1 α , а также маркеров воспаления (СРБ, ферритин). Гиперреактивность иммунного ответа при COVID-19 часто ограничивается легочной паренхимой, прилегающей бронхиальной и альвеолярной лимфоидной тканью, и ассоциируется с развитием ОРДС, полиорганной недостаточности и может быть причиной летального исхода.

У пациентов с критическим течением COVID-19 развивается васкулярная эндотелиальная дисфункция, коагулопатия, тромбозы с наличием антител к фосфолипидам, с клинической картиной, напоминающей катастрофический антифосфолипидный синдром. Клинические и патологические изменения трудно дифференцировать с полиорганным тромбозом, развивающимся при ДВС и ТМА [6,7,8].

Мы наблюдали 3-х пациентов с пневмониями, вызванными разными возбудителями, из многочисленных возбудителей некоторые, обладают повышенной вирулентностью, способностью при попадании в нижние дыхательные пути вызывать воспалительную реакцию. В данном случае: *Staphylococcus*, *Klebsiella pneumoniae*, SARS-CoV-2. Данные пневмонии необходимо выявлять как можно быстрее, поскольку своевременно начатое лечение значительно повышает шансы на благоприятный исход заболевания, данные представленные в работе подтверждают это.

Таблица 1 – Дифференциальная диагностика пневмоний

Вид пневмонии	Бактериальная	Бактериальная	Вирусная
Возбудитель	<i>Staphylococcus</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	SARS-CoV-2
Возраст	Любой	Любой, более распространен у лиц с иммунодефицитом, одна	Любой

		из частых форм внутрибольничных пневмоний.	
Температура на момент начала заболевания	Гектическая	Гектическая	Гектическая/субфебрилитет
КТ-Легких	Отдельные очаги, могут сливаться в обширные образования. Возможны выраженные абсцессы.	Множественные округлые полости, без выраженной грануляции. «Расползающиеся медовые соты»	Картина «матового стекла» или «булыжной мостовой». Локализация различна и зависит от давности заболевания. Характерно двустороннее поражение лёгких.
Пульсоксиметрия	Как правило, SpO2 снижено незначительно	Как правило, SpO2 снижено незначительно	Как правило, SpO2 снижено значительно
Мокрота	Гнойная, возможно с примесью крови	Вязкая, мутная, возможна примесь крови, цвета «Черносмородинового желе»	Отсутствует/малопродуктивная
Осложнения	Прорыв в плевральную полость абсцессов, развитие сепсиса	Затяжное течение с развитием пневмосклероза, бронхоэктазов	Бактериальная пневмония, отёк головного мозга, отёк лёгких, тромбоэмболии, септический шок, коагулопатия.

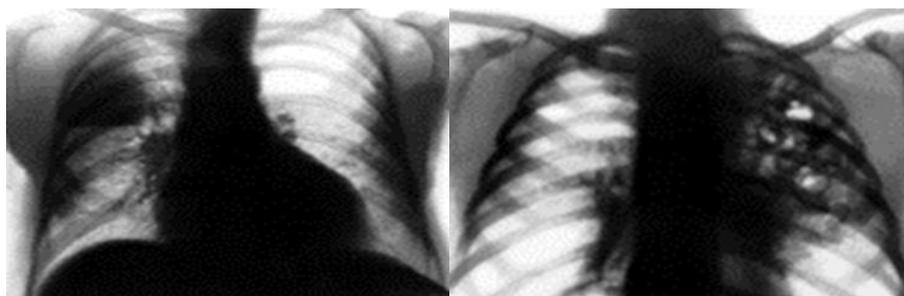


Рисунок 1 - Пневмония, вызванная Staphylococcus, Klebsiella pneumoniae

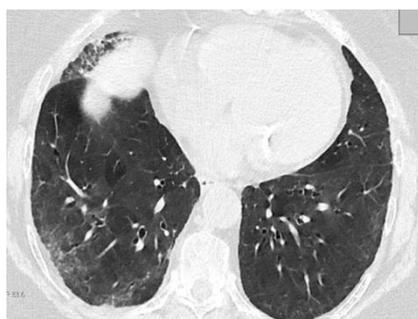


Рисунок 2 Пневмония, вызванная SARS-CoV-2

Таким образом, наиболее распространённым клиническим вариантом коронавирусной инфекции является двусторонняя пневмония, после чего у 3-4% пациентов развивается острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС).

Таблица 2 – Динамика лечения пациентов с пневмониями, разного генеза

День госпитализации	Пациент с пневмонией, вызванный Staphylococcus	Пациент с пневмонией, вызванный Klebsiella pneumoniae	Пациент с пневмонией, вызванный SARS-CoV-2
День 1	Состояние средней тяжести, продуктивный кашель с гнойным отделяемым, T= 38.8, SpO2=97%,	Состояние средней тяжести, продуктивный кашель с отделяемым цвета малинового желе, T= 39.1, SpO2=96%, интоксикационный	Состояние средней тяжести, малопродуктивный кашель, T=37.8, SpO2 =94%, слабость. Гемодинамически стабилен. КТ-0.

	интоксикационный синдром. Гемодинамически стабилен. На МСКТ ОГК видны соответствующие возбудителю поражения лёгочной ткани. Посев мокроты выявил возбудителя.	синдром. Гемодинамически стабилен. На МСКТ ОГК видны соответствующие возбудителю поражения лёгочной ткани. Посев мокроты выявил возбудителя.	
День 3	Состояние средней тяжести, продуктивный кашель с гнойным отделяемым, T= 37.6, SpO2=98%, интоксикационный синдром. Гемодинамически стабилен.	Состояние средней тяжести, продуктивный кашель с гнойным отделяемым, T= 38.8, SpO2=97%, интоксикационный синдром. Гемодинамически стабилен.	Состояние средней тяжести, продуктивный кашель, T=37.9, SpO2 =94%, слабость. Гемодинамически стабилен.
День 6	Состояние средней тяжести, продуктивный кашель с прозрачным отделяемым, T= 37.2, SpO2=98%, интоксикационный синдром. Гемодинамически стабилен.	Состояние средней тяжести, продуктивный кашель с гнойным отделяемым, T= 37.7, SpO2=97%, интоксикационный синдром. Гемодинамически стабилен.	Состояние средней тяжести, продуктивный кашель, с гнойным отделяемым T=38.2, SpO2 =94%, слабость. Гемодинамически стабилен.
День 8	Состояние средней тяжести, не продуктивный кашель, T= 36.8, SpO2=99%. Гемодинамически стабилен.	Состояние средней тяжести, продуктивный кашель с гнойным отделяемым, T= 37.8, SpO2=98%, интоксикационный синдром. Гемодинамически стабилен.	Состояние средней тяжести, продуктивный кашель, с гнойным отделяемым T=38.2, SpO2 =94%, слабость. Гемодинамически стабилен. КТ-2.
День 13	Выписан	Состояние средней тяжести, продуктивный кашель с гнойным отделяемым, T= 36.7, SpO2=99%. Гемодинамически стабилен.	Состояние средней тяжести, продуктивный кашель. T=37.5, SpO2 =94%, слабость. Гемодинамически не стабилен АД- 98/68. КТ-2.
День 20	Выписан	Выписан	Состояние средней тяжести, Редкий кашель, непродуктивный. T=36.7, SpO2 =95%, слабость. Гемодинамически стабилен. КТ-0. Выписан.

Пневмонии различных этиологических групп имеют различное лечение, в таблице представлены методы сравнения терапии, проводимой пациентам с пневмонией разного генеза, лечение стационарное.

Таблица 3 – Виды терапии при пневмониях с разными возбудителями

Виды терапии при пневмониях	Staphylococcus	Klebsiella pneumoniae	SARS-CoV-2
Антибактериальная терапия	Производится с учётом локальной антибактериальной чувствительности.	Производится с учётом локальной антибактериальной чувствительности.	Производится с учётом локальной антибактериальной чувствительности, при наличии осложнения в виде бактериальной пневмонии.
Регидратационная	Всегда	Всегда	Всегда

терапия			
Симптоматическая терапия	Всегда	Всегда	Всегда
Антикоагулянтная терапия	При тяжелых формах	При тяжелых формах	Часто
ГКК-терапия	При тяжелых формах	При тяжелых формах	Часто
Респираторная поддержка	При тяжелых формах	При тяжелых формах	Часто

Таким образом, проведена курация пациентов с пневмонией, находящихся на лечении в стационаре. У пациента с пневмонией SARS-CoV-2 были проведены диагностические мероприятия: ИХА тестирование на SARS-CoV-2, МСКТ ОГК, посев мокроты на бак. флору. Пациенту было назначено лечение, включающее комплексное назначение лекарственных препаратов: ГКК-терапия (дексаметазон 8 мг 2р/сут, в/в, кап. с дальнейшим снижением до 4 мг 2р/сут), муколитические средства (амброксол 20 мг 3 р/сут, внутрь), антикоагулянтная терапия (бимепарин 0.2 мл п/к / ксарелто 15 мг 1р/сут, внутрь), моноклональные антитела (лечение «off-label» сарилумаб 200мг, в/в кап. 1р/сут), антибактериальная терапия (цефтриаксон 1г, 1р/сут в/в, струйно), инфузионная терапия (реамберин 750 мл, 1 р/сут, в/в кап.), НПВС (анальгин 50%, 2.0 –в/м, при температуре выше 38), увлажненный кислород на потоке 2 - 3 л/мин. Своевременно проведенные диагностические и лечебные мероприятия, пациенту с двусторонней пневмонией ассоциированной с COVID-19 дали положительный результат. Лечение новой коронавирусной инфекции подбирается индивидуально каждому пациенту. Лечение ковид-ассоциированной пневмонии методами лечения иных пневмоний малоэффективно, или невозможно.

Вывод: информация, представленная в работе, показывает разницу между различными видами пневмоний, их дифференциальную диагностику, динамику лечения.

Источники литературы:

1. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., и соавт. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (пособие для врачей). Клинико-микробиологический журнал 2010; 12: 186-225
2. Синопальников А.И. Внебольничная пневмония. В кн.: Внебольничные инфекции дыхательных путей. Руководство для врачей. Под ред. А.И. Синопальникова, Р.С. Козлова. – М: Премьер МТ, Наш Город, 2007. С. 295-333.
3. American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med 2005; 171:388–416.
4. Chalmers J.D., Rother C., Salih W., et al. Healthcare-associated pneumonia does not accurately identify potentially resistant pathogens: a systematic review and meta-analysis. Clin Infect Dis 2014; 58:330–339.
5. Gross A.E., Van Schooneveld T.C., Olsen K.M., et al. Epidemiology and predictors of multidrug-resistant community-acquired and health care-associated pneumonia. Antimicrob Agents Chemother 2014; 58:5262–8.
6. Николаева И.В., Хасанова Г.Р., Хаертынова И.М. [и др.]; Диагностика, лечение и профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19) учебное пособие – Казань, 2021. – 7с.
7. Классификация варианта «омикрон» (B.1.1.529) как варианта вируса SARS-CoV-2, вызывающего обеспокоенность: пресс-релиз ВОЗ [электронный ресурс] – 2021 – URL: [https://www.who.int/ru/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-\(b.1.1.529\)-sars-cov-2-variant-of-concer](https://www.who.int/ru/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-(b.1.1.529)-sars-cov-2-variant-of-concer)
8. Авдеев С.Н., Адамян Л.В., Алексеева Е.И. [и др.]; Профилактика, диагностика, и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) временные методические рекомендации – 22.02.2022.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЕСТРИНСКИХ РУКОВОДСТВ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

*Закиров Д.Л.,
Фальчиан В.Н.,
Кадырова К.Н.,*

обучающиеся 2 курса «Сестринское дело» прикладной бакалавр.

*Научные руководители
Дементиевская Н.В., Муртазина Г.Р.,*

преподаватели специальных дисциплин,

АВМК имени героя Советского Союза М.Маметовой, г. Актобе, Казахстан

Введение

Актуальность исследования заключается в том, что применение на практике медицинскими сестрами клинического сестринского руководства «Хроническая сердечная недостаточность» позволит улучшить качество реабилитации пациентов с хронической сердечной недостаточностью и тем самым улучшить качество жизни данной категории больных. В этом руководстве представлены рекомендации, основанные на современных принципах доказательной медицины, для наилучшего ведения и лечения пациентов с ХСН.

Цель: изучить актуальность применения клинических сестринских руководств в деятельности медицинской сестры в процессе реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью.

Объект исследования: медицинские сестры, применяющие на практике клинические сестринские руководства, пациенты с ХСН, посещающие школу здоровья.

Предмет исследования: готовность медицинских сестёр к применению сестринских руководств, качество жизни пациентов с ХСН.

Задачи:

1. Изучить готовность специалистов сестринского дела к применению клинических сестринских руководств в процессе реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью.

2. Изучить значимость применения клинических сестринских руководств для пациентов в процессе реабилитации больных с ХСН.

Научная новизна:

в рамках исследования впервые:

1. Изучена готовность специалистов сестринского дела к применению клинических сестринских руководств в процессе реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью.

2. Изучена значимость применения клинических сестринских руководств для пациентов в процессе реабилитации больных с ХСН.

Глава 1. Хроническая сердечная недостаточность (обзор литературы).

1.1 Этиология.

В большинстве развитых стран причинами хронической сердечной недостаточности являются следующие заболевания:

- ИБС, в том числе инфаркт миокарда;
- гипертоническая болезнь;
- кардиомиопатии;
- поражения миокарда установленной этиологии, прежде всего, при алкоголизме и сахарном диабете;
- приобретенные и врожденные пороки сердца;
- перикардит;
- хроническое легочное сердце.

Выделяют различные факторы, которые способствуют возникновению и нарастанию сердечной недостаточности:

- Аритмии, прежде всего мерцательная тахикардия, приводят к нарушению функции сердца в результате увеличения частоты сердечных сокращений или реже ее снижения (например, при полной поперечной блокаде).
- Тромбозы легочной артерии приводят к повышению нагрузки на правый желудочек и сопровождаются тахикардией, лихорадкой.
- Острые инфекционные заболевания, в том числе респираторные вирусные инфекции, изменяют метаболизм и повышают гемодинамическую нагрузку на сердце.
- Гиперпиретическое кровообращение наблюдается при беременности, анемии, гипертиреозе и др. и может вызвать развитие сердечной недостаточности при наличии любого заболевания сердца.

1.2 Клиническая картина

Проявления хронической сердечной недостаточности варьируются и зависят от особенностей поражения сердца и включения компенсаторных механизмов. Они характеризуются рядом общих признаков, а также симптомами застоя крови в малом и большом кругах кровообращения.

Одышка — главный симптом сердечной недостаточности, связанный с застоем крови в легких. Первоначально одышка появляется только при физической нагрузке и исчезает в покое.

Ортопноэ — облегчение дыхания в положении с приподнятым изголовьем или сидя. В таком положении венозный приток к правому сердцу снижен, что приводит к снижению легочного капиллярного давления.

Сердечная астма характеризуется приступами одышки, удушья или нехватки воздуха и относится к проявлениям острой левожелудочковой недостаточности.

Синусовая тахикардия — характерный симптом сердечной недостаточности. Вначале она является приспособительной реакцией, обеспечивающей увеличение минутного объема кровообращения при физической нагрузке, но в покое сохраняется значительно дольше, чем у здоровых людей.

Альтернирующий пульс встречается не часто и характеризуется чередованием пульсовых волн нормальной и низкой амплитуды, что обусловлено периодическим снижением сократимости миокарда левого желудочка с уменьшением выброса крови.

Застой крови по большому кругу кровообращения проявляется увеличением печени, периферическими отеками и набуханием шейных вен.

Отеки появляются сначала на стопах и лодыжках, позже на голенях, особенно к вечеру. При длительном пребывании в положении лежа появляется отечность на пояснице.

Асцит возникает в результате трансудации жидкости при повышенном давлении в портальных венах и венах брюшины.

1.3 Классификация ХСН

Таблица 1.1.

Стадии ХСН (могут ухудшаться, несмотря	Функциональные классы ХСН (могут изменяться на фоне
--	---

на лечение)		лечения как в одну, так и в другую сторону)	
I ст.	Начальная стадия заболевания (поражения) сердца. Гемодинамика не нарушена. Скрытая сердечная недостаточность. Бессимптомная дисфункция ЛЖ.	I ФК	Ограничения физической активности отсутствуют: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиения. Повышенную нагрузку больной переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением сил.
II ст.	Клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения, выраженные умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов.	II ФК	Незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.
III ст.	Тяжелая стадия заболевания (поражения) сердца. Выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Деадаптивно-ремоделирование сердца и сосудов.	III ФК	Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов.
IV ст.	Конечная стадия поражения сердца. Выраженные изменения гемодинамики и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, головного мозга, почек)	IV ФК	Невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности.

1.4 Диагностика

Цели диагностики:

- Раннее установление факта наличия сердечной недостаточности.
- Уточнение степени выраженности патологического процесса.
- Определение этиологии сердечной недостаточности.
- Оценка риска развития осложнений и резкого прогрессирования патологии.
- Оценка прогноза.
- Оценка вероятности возникновения осложнений заболевания.
- Контроль над течением заболевания и своевременное реагирование на изменения состояния пациента.

Задачи диагностики:

- Объективное подтверждение наличия или отсутствия патологических изменений в миокарде.
- Выявление признаков сердечной недостаточности: одышки, быстрой утомляемости, учащённого сердцебиения, периферических отёков, влажных хрипов в лёгких.
- Выявление патологии, приведшей к развитию хронической сердечной недостаточности.
- Определение стадии и функционального класса сердечной недостаточности.
- Выявление преимущественного механизма развития сердечной недостаточности.
- Выявление провоцирующих причин и факторов, усугубляющих течение заболевания.
- Выявление сопутствующих заболеваний, оценка их связи с сердечной недостаточностью и её лечением.
- Сбор достаточного количества объективных данных для назначения необходимого лечения.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови. Возможно, развитие железодефицитной анемии при далеко зашедшей СН в связи с нарушением всасывания железа в кишечнике или недостаточным поступлением железа с пищей (у больных часто снижен аппетит, они мало едят, в том числе употребляют недостаточно продуктов, содержащих железо). Изначально существующая выраженная анемия (как самостоятельное заболевание) может приводить к развитию ХСН с высоким сердечным выбросом. При кахексии может отмечаться увеличение СОЭ. При декомпенсированном хроническом легочном сердце возможно повышение уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов. В связи с низким уровнем фибриногена в крови при тяжелой ХСН снижается СОЭ.

Общий анализ мочи. Возможно появление протеинурии, цилиндрурии как маркеров нарушения функционального состояния почек при ХСН («застойная почка»).

Биохимический анализ крови. Возможно снижение содержания общего белка, альбуминов (вследствие нарушения функции печени, в связи с развитием синдрома мальабсорбции; гипопроteinемия выражена при кахексии); повышение уровня билирубина, аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз, тимоловой пробы, γ -глутамилтранспептидазы, ЛДГ, снижение уровня протромбина (эти изменения обусловлены нарушением функции печени); повышение уровня холестерина (при значительном нарушении функции печени - гипохолестеринемия), триглицеридов, липопротеинов низкой и очень низкой плотности, снижение липопротеинов высокой плотности (у лиц преклонного возраста и при ишемической болезни сердца); при тяжелой ХСН возможно повышение содержания в крови кардиоспецифичной МВ-фракции

креатинфосфокиназы; снижение содержания калия, натрия, хлоридов, магния (особенно при массивной диуретической терапии); повышения уровня креатинина и мочевины (признак нарушения функции почек, при тяжелом поражении печени возможно снижение уровня мочевины).

Инструментальные исследования.

Электрокардиография.

Дисфункция миокарда так или иначе всегда найдёт отражение на ЭКГ: нормальная ЭКГ при ХСН — исключение из правил. Для объективизации ХСН следует также учесть и такие изменения ЭКГ, как признаки рубцового поражения миокарда и блокада левой ножки пучка Гиса как предикторы низкой сократимости миокарда при ишемической болезни сердца. ЭКГ выявляет также различные нарушения сердечного ритма. Следует учитывать влияние на ЭКГ электролитного дисбаланса, который может иметь место, особенно при частом и длительном применении диуретиков.

Рентгенография органов грудной клетки.

Главными рентгенографическими признаками, подтверждающими наличие ХСН, являются кардиомегалия и венозный легочный застой.

Рентгенография сердца помогает в выяснении основного заболевания, приведшего к развитию ХСН (например, постинфарктная аневризма ЛЖ, экссудативный перикардит).

Эхокардиография.

Эхокардиография позволяет решить главную диагностическую задачу — уточнить сам факт дисфункции сердца и ее характер, а также провести динамическую оценку состояния сердца и гемодинамики. Магнитно-резонансная томография - наиболее точный метод с максимальной воспроизводимостью расчетов по вычислению объемов сердца, толщины его стенок и массы ЛЖ, превосходящий по этому параметру Эхо-КГ и радиоизотопные методы исследования. Кроме того, метод позволяет выявлять утолщение перикарда, оценивать протяженность некроза миокарда, состояние его кровоснабжения и особенности функционирования.

Общие методы исследования.

Оценка функции легких.

Проведение нагрузочных тестов у пациентов с ХСН оправдано не для уточнения диагноза, а с целью оценки функционального статуса пациента и эффективности лечения, а также для определения степени риска.

Глава 2. Исследовательская работа.

Наша исследовательская работа состоит из 2 этапов.

1 этап это анкетирование медицинских сестер городских поликлиник на предмет оценки готовности медицинских сестер к применению клинического сестринского руководства «Хроническая сердечная недостаточность».

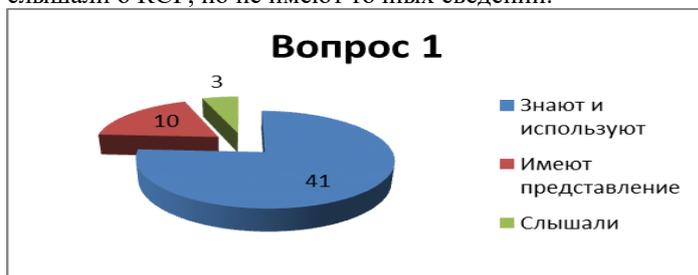
Для этой цели анкетировали 54 медицинские сестры.

2 этап оценка изменений качества жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Анкетирование медицинских сестер городских поликлиник на предмет оценки готовности медицинских сестер к применению клинического сестринского руководства «Хроническая сердечная недостаточность»
В анкетировании принимали участие 54 медицинские сестры поликлиник города Актобе. Анкета состоит из 10 вопросов. Анкета взята из курса обучения Клиническое сестринское руководство хроническая сердечная недостаточность.

Вопрос: что Вы знаете о клинических сестринских руководствах?

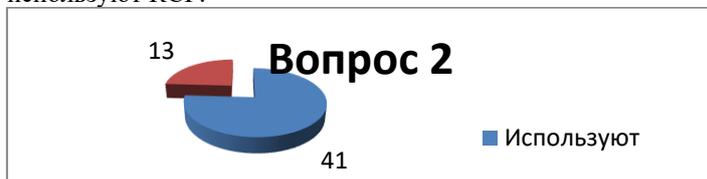
Ответы распределились следующим образом: 41 респондент знает о клинических руководствах достаточно, чтобы использовать их в своей работе, 10 респондентов имеют представление о КСР и 3 респондента слышали о КСР, но не имеют точных сведений.



Выводы: исходя из полученных данных, отмечено, что о КСР осведомлены медицинские сестры, ведущие самостоятельный приём, руководители школ здоровья, сестры расширенной практики – прикладные бакалавры.

Вопрос: как часто вы пользуетесь КСР?

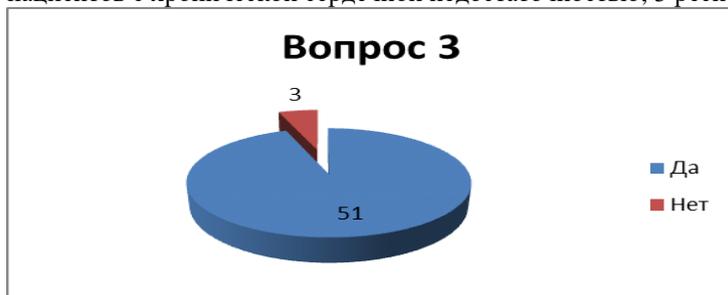
41 респондент использует КСР в своей профессиональной деятельности регулярно, 13 респондентов не используют КСР.



Выводы: КСР используют более, чем 50% анкетированных медицинских сестер.

На вопрос «Считаете ли вы что использование КСР для реабилитации пациентов может улучшить качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью?»

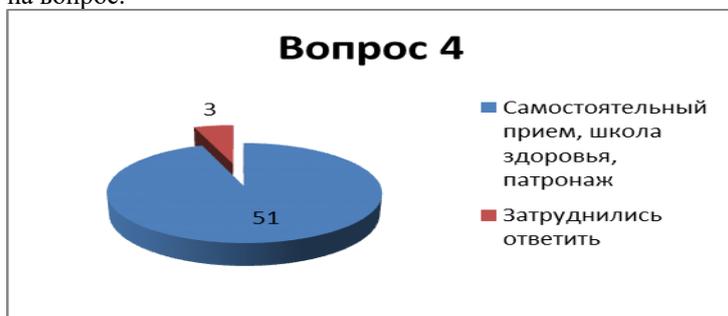
51 респондент ответили, что применение клинических сестринских руководств может улучшить качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью, 3 респондента так не считают.



Выводы: 92% анкетированных медицинских сестёр считают, что применение клинических сестринских руководств может улучшить качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Вопрос: в какой сфере вашей деятельности применимы КСР?

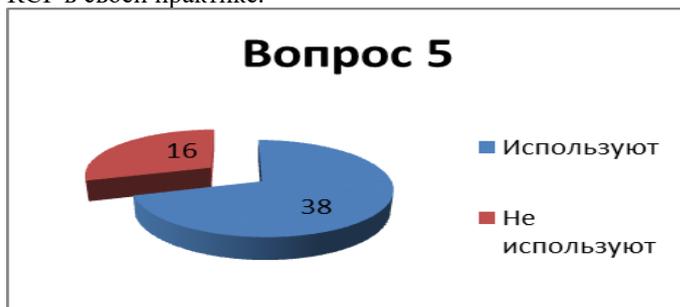
На данный вопрос респонденты ответили следующим образом. 51 респондент считает, что КСР особенно применимы в работе медсестер ВОП, школ здоровья, патронажных сестер, 3 респондента затруднились ответить на вопрос.



Выводы: клинические сестринские руководства особенно необходимы медицинским сёстрам расширенной практики.

Вопрос: Как часто в своей практике вы пользуетесь КСР?

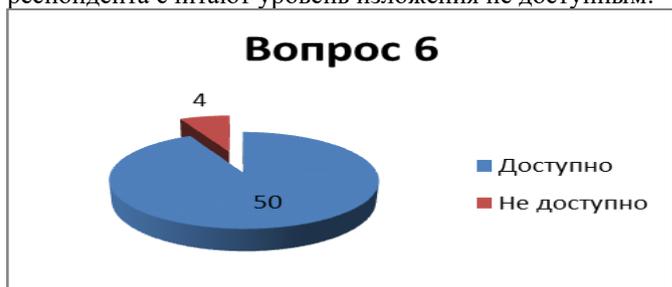
На этот вопрос 38 респондентов ответили, что они используют КСР регулярно и 16 респондентов не используют КСР в своей практике.



Выводы: из числа опрошенных респондентов почти 50% используют в своей профессиональной деятельности КСР.

Оцените по 5 балльной системе доступность информации в КСР.

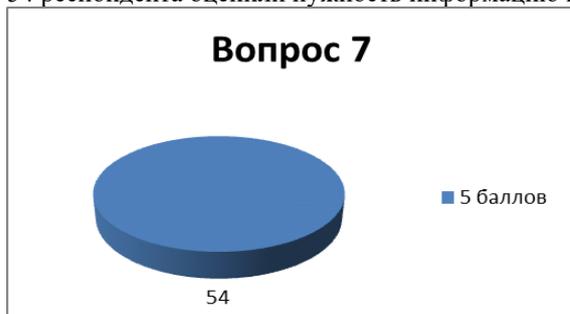
50 респондентов отмечают доступность изложения информации в клиническом сестринском руководстве, а 4 респондента считают уровень изложения не доступным.



Выводы: почти 96% респондентов считают доступным для понимания информацию в КСР.

Оцените по 5 балльной системе нужность информации в КСР.

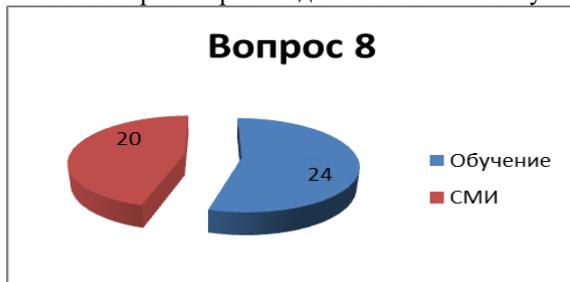
54 респондента оценили нужность информации в КСР на 5 баллов.



Выводы: 100% респондентов оценили нужность информации в КСР на 5 баллов.

Где вы узнали о клинических сестринских руководствах?

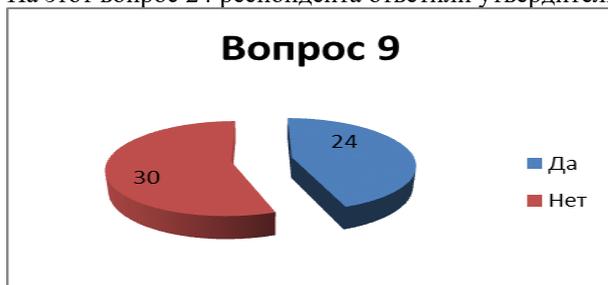
На этот вопрос 24 респондента ответили так: узнали во время обучения на ПБ; 20 респондентов узнали из СМИ.



Выводы: о КСР респонденты узнали в момент обучения в колледже и из СМИ, а по месту работы такую информацию не получил никто.

Имеется у Вас сертификат об обучении «Клиническое сестринское руководство «Хроническая сердечная недостаточность»?»

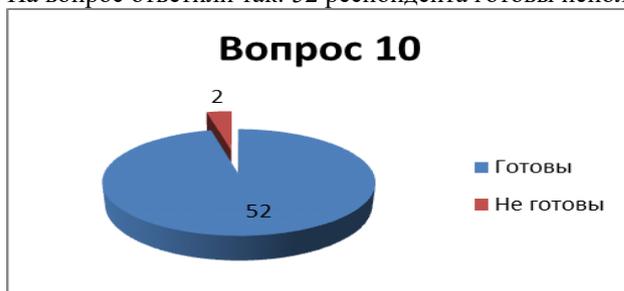
На этот вопрос 24 респондента ответили утвердительно, а 30 респондентов отрицательно.



Выводы: отмечается низкий уровень обучаемости медицинских сестер города клиническим сестринским руководствам.

Оцените вашу готовность использовать клинические сестринские руководства в вашей ежедневной работе.

На вопрос ответили так: 52 респондента готовы использовать КСР в своей работе, а 2 респондента не готовы.



Выводы: почти 100% медицинских сестёр готовы использовать КСР в своей профессиональной деятельности.

Заключение.

Клиническое сестринское руководство является эффективным инструментом для обеспечения безопасного пациент-центрированного ухода, основанного на качестве. Это систематически разрабатываемый документ, целью которого является помощь в принятии решений медицинской сестрой и пациентом для обеспечения надлежащей медицинской помощи в конкретной клинической ситуации. В клиническом руководстве обобщаются результаты систематически разрабатываемых сводов передовой практики в конкретной области, основанные на наилучших научных данных доказательной сестринской практики. Фундаментом клинических руководств является систематический обзор научных исследований, фокусирующийся на силе доказательств, на которых базируется принятие клинического решения для определенного состояния. Основное предназначение клинических сестринских руководств – содействие укреплению здоровья населения и

предотвращение его ухудшения, а также повышение качества ухода за лицами с конкретными заболеваниями и состояниями и уменьшение различий в лечебных мероприятиях на практике. Чаще всего руководство посвящено серьезным хроническим заболеваниям, для лечения которых требуются значительные ресурсы здравоохранения.

2 этап исследования.

Целью исследования явилось улучшение качества жизни больных ХСН на основе оптимизации сестринского ухода и наблюдения с применением клинического сестринского руководства «Хроническая сердечная недостаточность».

Методы. Тип исследования определен как контролируемое клиническое исследование.

Исследование проведено на 68 пациентах с ХСН II, III, IV ФК (NYHA), получивших стационарное лечение в кардиологических отделениях Больницы Скорой медицинской помощи и наблюдавшихся в последующем амбулаторно в прикрепленных поликлиниках. Больные были разделены без рандомизации на 2 сопоставимые по половозрастным, социально-этническим, клиническим показателям группы. Не включались в исследование больные, имевшие тяжёлые сопутствующие заболевания, влияющие на качество жизни (такие, как ХОБЛ, бронхиальная астма, хронические цереброваскулярные заболевания, онкозаболевания).

Больные ХСН основной группы (группа вмешательства – 34 человек) в течение одного месяца находились под постоянным наблюдением и психологической поддержкой медицинской сестры с высшим образованием, которая консультировала подопечных пациентов по вопросам питания и диеты, водного режима, физической активности и лечебной физкультуры, правильного приема лекарственных препаратов, самооценке состояния и др.

• 0 баллов – отсутствие ограничений или симптомов, 5 баллов – наиболее выраженные симптомы и ограничения. Суммарное количество баллов 105 соответствует наихудшему качеству жизни.

• Статистическая обработка результатов исследования проводилась в программе SPSS, результаты в группах сравнивались по критерию Стьюдента для независимых выборок.

• Оценка КЖ проводилась с помощью Миннесотского опросника качества жизни (MLHFQ), рекомендованного для обследования пациентов с данной патологией. Опросник содержит 21 пункт, каждый из которых оценивается по шести балльной шкале Ликерта, представляющей различные степени влияния сердечной недостаточности на КЖ, связанное со здоровьем (HRQoL), от 0 (нет) до 5 (очень много), чем выше балл по шкале, тем хуже качество жизни. Согласно опроснику вычисляется общий балл (в диапазоне от 0 до 105, от лучшего до худшего), связанный со здоровьем, качество жизни, а также баллы по двум параметрам: физическому (8 пунктов диапазон 0-40) и эмоциональному (5 пунктов, диапазон 0-25). Остальные восемь пунктов (из общего числа 21) рассматриваются только для расчета общего балла.

Результаты.

Основную группу составили пациенты в возрасте от 34 до 86 лет (средний возраст – 55,5 лет), в том числе 20 мужчин и 14 женщин, контрольную группу – лица от 38 до 84 лет (средний возраст – 58,5 лет), в том числе 19 мужчин и 15 женщин. Причинами ХСН в основной группе были ИБС, АГ, ревматический порок сердца и идиопатическая дилатационная кардиомиопатия пациента, в контрольной группе - ИБС, АГ пациента и ревматические пороки. По степени тяжести ХСН (классификация NYHA) больные распределились следующим образом: в основной группе 14 больных – II ФК, 12 больных – III ФК, 8 больных – IV ФК, в контрольной группе 12 – II ФК, 12 – III ФК, 10 – IV ФК. Самооценка больных ХСН по Миннесотскому опроснику показала значительное снижение качества жизни пациентов в обеих группах. Если по сумме баллов этого опросника 0 баллов означает, что человек не имеет никаких проблем и ограничений (наилучшее качество жизни), а 105 баллов – это наихудшее качество жизни, в основной группе средний балл по опроснику составил – 73,7, а в сравниваемой группе – 73,1. В таблице №1 (Качество жизни больных ХСН по Миннесотскому опроснику) отражены показатели по 5 вопросам: отечность голеней, затруднения при подъеме вверх по лестнице, ограничения в питании и необходимость соблюдения диеты, ощущение нехватки воздуха, депрессия. По каждому вопросу больной оценивал свое состояние по 5- балльной шкале, где 0 баллов – нет проблем и ограничений, 5 баллов – максимальные ограничения и проблемы. Как видно из таблицы, по всем 5 пунктам выявлено сопоставимое в сравниваемых группах снижение качества жизни, то есть заметные ограничения и выраженные симптомы болезни.

Таблица 1 Качество жизни больных ХСН по Миннесотскому опроснику

№		Основная группа (n -34)	Контрольная группа (n -34)
1	Общий средний балл	73,7	73,1
2	Отечность стоп	4,10	4,32
3	Затруднения при подъеме вверх по лестнице	4,38	4,0
4	Ограничения в питании, необходимость соблюдения диеты	3,82	3,52
5	Ощущения нехватки воздуха	4,06	4,2
6	Депрессия	3,64	3,92

Анализ качества жизни при повторном опросе больных с интервалом в один месяц показал статистически значимую разницу в группах сравнения. У пациентов, которые находились в группе постоянного

медсестринского наблюдения и ухода, общий средний балл, характеризующий качество жизни, снизился с 73,6 до 58,4 ($p < 0.001$), отёчность голеней и стоп – с 4,1 балла до 2,15 балла, затруднения при подъеме вверх по лестнице – с 4,3 до 2,4 баллов, ограничения в питании, необходимость соблюдения диеты – с 3,8 до 2,08 баллов, одышка – с 4,06 до 2,2 баллов, депрессия – с 3,6 до 2,0 баллов. По всем этим показателям выявлены статистически значимые изменения по критерию Стьюдента ($p < 0.001$). В контрольной группе существенное изменение выявлено лишь по одному параметру, а именно по отёчности стоп – с 4,32 до 4,0 баллов, тогда как по другим сравниваемым показателям и по общему среднему баллу состояние больных осталось без заметного улучшения (Таблица №2.).

Таблица 2. Динамика качества жизни больных ХСН по данным Миннесотского опросника.

№		Основная группа		Контрольная группа	
		Исходный показатель (n -150)	Показатель через 1 месяц (n -140)	Исходный показатель (n -148)	Показатель через 1 месяц (n -135)
1	Общий средний балл	73,6	58,4*	73,1	72,3
2	Отёчность голеней	4,1	2,15*	4,32	4,0*
3	Затруднения при подъеме вверх по лестнице	4,3	2,4*	4,0	3,78
4	Ограничения в питании, необходимость соблюдения диеты	3,8	2,08*	3,52	3,21
5	Ощущение нехватки воздуха	4,06	2,2*	4,2	3,93
6	Депрессия	3,6	2,0*	3,92	3,6

Выводы

По результатам нашей работы можно сделать следующие выводы.

Качество жизни больных ХСН значительно ухудшается как по физическому самоощущению пациентов, так и по социально-психологическим аспектам.

При оптимизации ухода за пациентами ХСН со стороны медицинской сестры и клинического сестринского руководства и постоянной поддержке пациента можно добиться значительного улучшения качества жизни больных ХСН.

Таким образом, для достижения эффективной реабилитации и улучшения качества жизни больных ХСН, реадaptации их в семье, в социуме важным звеном в ведении этих пациентов является сестринское наблюдение. Возможно, для этой категории хронических больных с установленным диагнозом, стандартными протоколами лечения сестринский уход и наблюдение имеют даже более важное значение, чем курация врача. Все это предопределяет игнорирование немедикаментозной составляющей лечения и реабилитации и, соответственно, низкую эффективность программ наблюдения и лечения больных ХСН.

Литература

1. Chun S, Tu JV, Wijeyesundera HC, Austin PC, Wang X, Levy D, et al. Lifetime analysis of hospitalizations and survival of patients newly admitted with heart failure. *Circ Heart Fail* 2012; 5(4):414-21.
2. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Jr., Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 2013; 128(16):e240-327.
3. http://pharmnews.kz/ru/news/v-kazahstane-smernost-ot-ssz-po-prezhnemu-lidiruet_13091
4. <https://www.zakon.kz/4891742-v-kazahstane-pomolodeli-zabolevaniya.html>
5. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm MDickstein K, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА НА ЭТАПАХ ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ И ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

*Золотарева Д.М.,
обучающаяся 4 курса.
Научный руководитель
Касихина В.В.,
преподаватель,
ГФ АПОУ МЗ УР «РМК МЗ УР»*

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность моей работы состоит в том, что рассеянный склероз имеет тенденцию к распространению. По информации ВОЗ общее число больных в мире насчитывает около 150 миллионов человек, при этом инвалидность имеют около 75 тыс. человек. Рассеянный склероз обычно поражает лиц молодого возраста,

преимущественно женщин от 20 до 40 лет [5, с 12].

Роль фельдшера в диагностике рассеянного склероза как на этапе первичного обращения, так и в последующем при диспансерном наблюдении достаточно велика. Ведь чаще всего пациент впервые столкнувшийся с проявлениями данного заболевания, обращается за помощью именно к терапевту или к фельдшеру. Поэтому так важно уже на стадии первичного обращения именно фельдшеру на основании клинических данных, как можно точнее разглядеть, дифференцировать, предположить и вовремя направить пациента на консультацию к более узкому специалисту для опровержения или подтверждения диагноза. А в последующем, при диспансерном наблюдении, важно внимательно отслеживать динамику состояния данных пациентов совместно с неврологами.

Рассеянный склероз (далее РС) – хроническое прогрессирующее (аутоиммунное) дегенеративное заболевание центральной нервной системы, характеризующееся образованием очагов демиелинизации в головном и спинном мозге. По клинической картине РС характеризуется сочетанием различной очаговой симптоматики, (возможно сочетание очаговой и общемозговой симптоматики) с преимущественным ремитирующим течением [1,2,3,4,5,9].

Этиология и патогенез данного заболевания до конца не изучены. Существует множество теорий возникновения заболевания, но в последнее время мультифакторная теория получила наиболее широкое распространение. Она характеризуется сочетанием наличия генетически предрасположенных организмов при воздействии на них внешних триггерных факторов.

По информации профессора Шмидт Т.Е., когнитивные нарушения часто являются признаком начала необратимых изменений и, как следствие, начала обострений и прогрессирования заболевания, что даёт право относить данную информацию к набору диагностических признаков, даже при первичном обращении [6].

В связи с этим целью работы является изучение спектра и частоты когнитивных нарушений у больных РС на территории Удмуртской республики посредством проведения опроса среди больных рассеянным склерозом. А также подтверждение или опровержение теории, что «когнитивные нарушения являются признаком обострения».

Для этого посредством гугл-формы я создам опрос, аудиторией будут пациенты с РС из Удмуртии, затем размещу данный опрос в социальных сетях.

Объект: пациенты с рассеянным склерозом, преимущественно с ремитирующей формой течения болезни.

Предмет: некие когнитивные нарушения и анамнез пациента с РС.

Задачи выпускной квалификационной работы:

- 1) Изучить неврологический статус и собрать подробный анамнез больного РС.
- 2) Рассмотреть более подробно основные теории возникновения заболевания.
- 3) Выделить клинические симптомы заболевания.
- 4) Изучить и систематизировать информацию о проявлениях когнитивных нарушений у больных с РС на основе уже имеющихся данных из других источников и на основе проведенного опроса.
- 5) Разобраться в критериях диагностики и постановки диагноза РС.
- 6) Рассмотреть основные схемы лечения РС.
- 7) Изучить динамику заболеваемости РС на территории УР за 5 лет.
- 8) Изучить структуру заболеваемости РС в городе Глазов, среди населения прикрепленного к Взрослой поликлинике номер 2 «БУЗ УР ГМБ МЗ УР».

Моя гипотеза заключается в том, что когнитивные нарушения являются «результатом» уже случившегося обострения и, как следствие, их можно относить к набору диагностических признаков для постановки предварительного диагноза «РС?» на доврачебном этапе, если ранее подозрение на подобное заболевание еще не высказывалось.

Стадии заболевания.

Стадия обострения (атака) – совокупность жалоб пациента и объективной картины типичных для демиелинизирующего процесса в головном и спинном мозге, возникших в прошлом или имеющих в настоящее время. Причём, длительностью не менее 24 часов. При этом отсутствуют признаки инфекционного заболевания и нет повышения температуры тела. Обязательно жалобы, предъявляемые пациентом, должны быть подтверждены данными, полученными при объективном осмотре и исследовании неврологического статуса. Если обострение возникает впервые и больше не прогрессирует, целесообразнее говорить о «клинически изолированном синдроме» [1,2,3,5,6,9]

Стадия ремиссии – заметное улучшение состояния больного РС, характеризуется снижением выраженности или полного регресса симптомов заболевания, длящаяся более 24 часов. Причём, если улучшение состояния отмечается от 24 часов до 1 месяца, говорят о стойкой ремиссии. Но если в течение месяца происходит ухудшение состояния или появление новых симптомов, говорят о продолжении предыдущего обострения. Это расценивается как нестойкая ремиссия [1,2,3,5,6,9].

Прогрессирование – это постоянное нарастание неврологической симптоматики в течение 6 месяцев, без периодов стабилизации и улучшения состояния [1,2,3,4,5,6,9].

Клинические проявления рассеянного склероза

О РС говорят, как о болезни с тысячей лиц. Это обусловлено тем, что нет специфических (характерных только для этого заболевания) симптомов и синдромов [1,3,5,6].

Так как происходит множественное очаговое поражение ЦНС, клинические проявления будут варьировать в соответствии с местом возникновения очага. Именно поэтому у каждого пациента с РС может быть абсолютно различный набор симптомов и синдромов поражения ЦНС.

Рассмотрим более подробно о каких клинических проявлениях идет речь:

- Поражение зрительного нерва (ретробульбарный неврит) – пациенты жалуются на боли при движении глаз, снижение остроты зрения, появление скотом (обычно длятся от 2 до 4 недель), «туманность», «появление мушек», гемианопсию (выпадение полей зрения, виды представлены на рисунке 1.), кратковременную слепоту на 1 глаз. Чаще всего происходит одностороннее поражение [1,2,3,4,5,9].

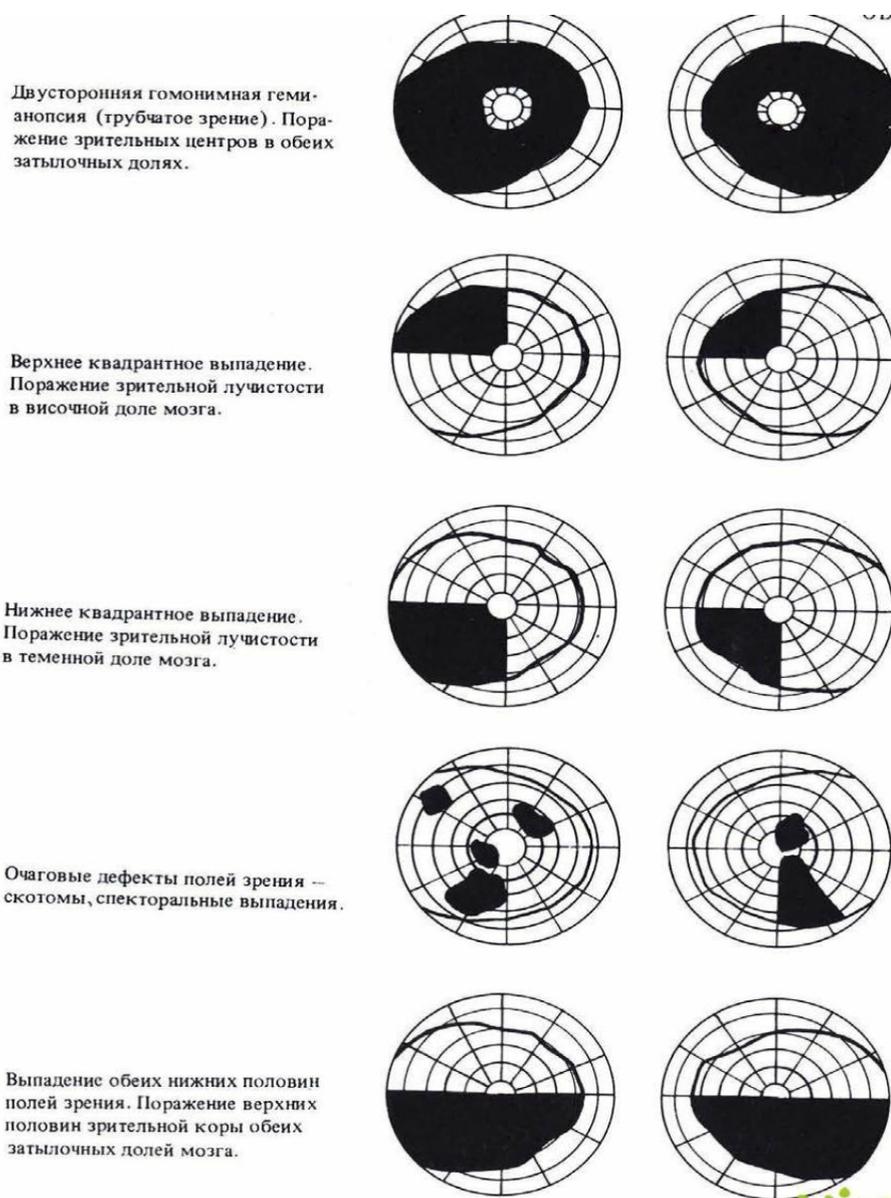


Рис. 1. Виды нарушения полей зрения

- Другие клинические проявления со стороны органов зрения (нистагм, стробизм, диплопия).
- Поражение мозжечка (статическая и динамическая мозжечковая атаксия, мимопадание и интенция при координаторных пробах (поза Ромберга, ПНП, ПКП) неустойчивость при ходьбе, головокружение, мегалография, «скандированная речь» (мозжечковая дизартрия), «петушиная походка» (рис.2) [4,5].
- Поражение спинного мозга (вялые парезы и параличи, сегментарные нарушения чувствительности (онемения, «ползание мурашек», изменение температурной и вибрационной чувствительности), симптом Лермитта, тазовые нарушения (недержание мочи и кала, задержка мочи, императивные позывы) [4,5,8].
- Поражение больших полушарий ГМ (чаще всего – центральный гемипарез, спастичность (гипертонус). Синдром хронической усталости, снижение памяти, концентрации и внимания, различные афазии, депрессия, речевые нарушения, нарушение концепции счёта и письма – мало подвержены вниманию врачей. Реже при РС наблюдается эпилептические припадки, острые нарушения поведения.) [4, с.368; 6].
- Также возможно появление таких жалоб, как: нарушение мелкой моторики, непереносимость

жары, душных помещений, головные боли и др.)

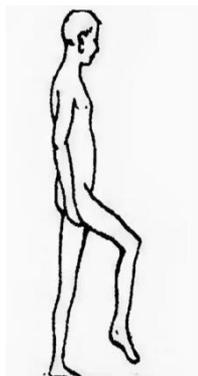


Рис. 2. «Петушиная походка»



Рис. 3. Строби́зм

ДИАГНОСТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ И ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Диагностика рассеянного склероза сложна и неоднозначна в связи с тем, что у каждого человека может быть любой, абсолютно не специфичный симптом [5,6].

Диагностика на этапе первичного обращения основывается на:

- 1) Данных анамнеза
- 2) Данных объективного обследования (неврологический осмотр)

И уже на основании информации, полученной при первичном приёме фельдшером, принимается решение о направлении пациента на консультацию к узкому специалисту (неврологу, офтальмологу).

Вот тут уже врач помимо эпикриза принимает во внимание следующее:

- Данные лабораторных исследований.
- Данные, полученные при инструментальных исследованиях (МРТ).

Предлагаю подробнее рассмотреть каждый из пунктов.

2.1. Данные анамнеза

При сборе анамнеза необходимо учитывать возраст пациента (чаще от 20 до 40 лет), но также встречаются случаи заболевания детей от 13 лет и пациентов старше 45 лет [5, с.16].

Пол пациента также имеет большое значение – среди заболевших чаще встречаются женщины молодого возраста (это также видно по структуре нашего опроса).

- Нужно тщательно провести сбор жалоб пациента, провести сортировку их на первостепенные и второстепенные (с чем пришёл и что ещё беспокоит).
- Необходимо узнать у пациента наличие в его жизни стрессовых факторов (профессия, семейная ситуация, отношение к своему состоянию, общий настрой, не было ли недавно каких-то психотравмирующих ситуаций (смерть близкого человека).
- Следует подробно узнать о перенесенных ранее заболеваниях (КЭ, ЛБ, герпес-инфекция, грипп, туберкулез и др). Для проведения дифференциальной диагностики и исключения последствий перенесенных ранее заболеваний (последствия перенесенной нейроинфекции).

• Обязательно расспросить пациента о возможно полученных ранее ЧМТ, ОНМК, эпилептических приступов.

- Выяснить наследственность (ОНМК, онкологические заболевания).
- Нужно узнать, состоит ли пациент на Д-учёте, имеет ли какие-то хронические заболевания.
- Узнать у пациента, с чем он связывает появление данных жалоб.
- Выяснить, сколько времени беспокоят пациента данные симптомы, не появились ли с течением времени новые, не исчезли ли старые.

• Тесно и наиболее доверительно установить контакт с пациентом.

2.2. Данные объективного обследования (неврологический осмотр).

Неврологический осмотр пациентов с подозрением на рассеянный склероз необходимо проводить тщательно, не упуская малейших деталей.

Необходимо оценить:

- Уже когда пациент входит в кабинет, оценить походку (не изменена; паретическая; хромает; спастическая).
- Какой рукой преимущественно производит действия (открывает дверь, раздевается) – на предмет выявления скрытых параличей и парезов.
- При разговоре выяснить – ориентируется ли в месте, пространстве и личности.
- Оценить манеру разговора – нет ли сложностей в подборе слов, дизартрии, афазии, дислексии, возможно наличие элементов скандированной речи.

- Оценить отношение пациента к своему состоянию.
- Путём проведения осмотра оценить состояние черепных нервов (Прозопарез, страбизм, нистагм, возможность поднять плечи, зажмурить глаза, положение языка, анизокорию.)
- Провести координаторные пробы (проба Ромберга, ПНП, ПКП)
- Оценить менингеальные знаки (симптомы Брудзинского и др.)
- Провести оценку чувствительности путём проведения штриховых движений на симметричных участках конечностей и туловища).
- Оценить состояние сухожильных рефлексов (симметричность, рефлексогенные зоны, оживление, вызывание, угасание).
- Оценить состояние периостальных, брюшных рефлексов.
- Проверить наличие патологических стопных рефлексов (Бабинского, Россолимо, Бехтерева и др.).
- Оценить мышечно-суставное чувство.
- Провести нейро - психологическое тестирование.

Для наглядности предлагаю рассмотреть краткий пример неврологического осмотра пациента с диагнозом «Рассеянный склероз, ремитирующее течение в виде центрального тетрапареза (легкого в руках, умеренного в ногах), выраженной мозжечковой атаксии, двусторонней пирамидной недостаточности, легких глазодвигательных нарушений, хронический цефалгический синдром. EDSS 5,5 баллов.»

Пациент Д. 33 лет. Повторно.

Жалобы повторяет. Боли по передней поверхности правого бедра, шаткость при ходьбе, частые падения (передвигается на дальние расстояния с помощью трости), слабость в нижних конечностях, нарушение речи, нарушение памяти (отмечает снижение памяти на числа), периодические головные боли в лобно-височной области больше справа, слабо купируемые НПВС (принимает ибупрофен 400 мг), нарушение подчёрка (стал более крупным, неразборчивым), в последнее время отмечает появление легкой слабости в правой руке. Пациент в стационар 2 н/о 1 РКБ планово не приглашен ввиду ухудшения обстановки по Covid-19. Неврологом ЦПС УР предложено провести инфузию тизабри на ДС.

Анамнез: считает себя больным с января 2017 года, когда обратился к терапевту по поводу болей в поясничной области с иррадиацией в правую ногу, головные боли – связывает с недавней вакцинацией против гриппа. Было проведено МРТ ПОП. Впоследствии в марте – рецидив – боли в пояснице с иррадиацией в правую ногу, онемение коленей, слабость в правой ноге, головные боли стреляющего характера, больше в правой половине головы. Обратился к участковому неврологу – получал лечение, консультирован терапевтом, лор-врачом, пролечен в лор отделении БУЗ УР «ГМБ МЗ УР» с диагнозом «хронический ринит». Впоследствии, в течение нескольких месяцев начал отмечать преходящее ухудшение зрения (затуманивание), нарушение речи по типу замедления, стал буквально «ходить по стенке» - в октябре 2017 года обратился к неврологу (был предположительно выставлен диагноз «Рассеянный склероз, обострение?»). Проведено МРТ ГМ, ШОП без контрастного усиления (множественное очаговое поражение вещества ГМ, мозжечка, хиазмы, зрительных нервов, спинного мозга на уровне С2 позвонка демиелинизирующего характера с диссеминацией в пространстве. Дифференцировать между последствиями острой демиелинизации и рассеянным склерозом.) В январе 2018 года проведено МРТ ГМ, ШОП, ГОП с контрастным усилением (многоочаговое поражение вещества ГМ, хиазмы, зрительных нервов и СМ на уровне ШОП И ГОП – демиелинизирующего характера с наличием диссеминации в пространстве и времени – МР-признак РС. Инвалид 2 группы по основному заболеванию – рассеянный склероз. Принимает тизабри, ибупрофен.

Объективно: кожа бледная, чистая. Зев спокойный. Конъюнктивы глаз физиологической окраски, влажные. Астеник. На ГК рубец торакотомия от 2004 г, рубец состоятелен, гиперемии нет, Одышки нет. При аускультации дыхание везикулярное, сухие хрипы по всем полям. Мягкий? систолический шум в 3 и 5 точке аускультации. Живот мягкий б/б. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Отёков нет. АД 110/70 110/70. Т – 36.7. Ps 72. SpO₂ 98%.

StatusNeurulogicus: в ясном сознании; в личности, времени и месте ориентирован правильно. Походка атактическая (старается придерживать за окружающие предметы); Раздевается, снимает и одевает обувь самостоятельно, больше левой рукой. Речь с элементами скандирования. Пациент эмоционально лабилен. При осмотре: черепные нервы: зрачки равные, реакция на свет живая. Сходящийся стробизм OS, установочный мелко размашистый горизонтальный нистагм в крайних отведениях больше справа. Диплопия при взгляде вправо. Частичный птоз левого верхнего века. Лицо симметрично. Глоточный рефлекс несколько снижен. Язык по средней линии. Не может завести руки за спину Рефлексы : СХР с рук оживлены D>S; СХР с ног D>S. Мышечная сила в верхних конечностях 4,5 б, в правой ноге 3 б, в левой ноге 4 б. Мышечный тонус в ногах повышен по пирамидному типу + двухсторонний симптом Бабинского, брюшные рефлексы не вызываются, ПКП, ПНП с мимопаданием и интенцией. В позе Ромберга атаксия вперед.

Ds: G 35.0 Рассеянный склероз, ремитирующее течение в виде центрального тетрапареза (легкого в руках, умеренного в ногах), выраженной мозжечковой атаксии, двусторонней пирамидной недостаточности, легких глазодвигательных нарушений, хронический цефалгический синдром. EDSS 5,5 баллов.

Сопутствующие диагнозы: Н 47.2 Частичная атрофия зрительного нерва нисходящего характера OU. ВПС: ДМЖП оперированный в 2004 году.

Результаты клинического осмотра необходимо трактовать в соответствие со следующими шкалами:

- шкала повреждения функциональных систем (ФС, FS) по J.F.Kurtzke,
- международные критерии Мак Дональда.

2.3. Данные лабораторных исследований.

Основным лабораторным исследованием при подозрении на РС является исследование цереброспинальной жидкости на тип синтеза олигоклональных антител и сопоставление с типом антител в сыворотке крови. Остальные же лабораторные методы применяются только для дифференциальной диагностики заболеваний сопровождающихся демиелинизацией [5, с.19] .

Применяются следующие исследования:

- Общий клинический анализ крови.
- Биохимический анализ крови (СРБ, фибриноген, РФ, белки и белковые фракции, глюкоза, электролиты, витамин В12, уровень витамина Д).
- Исследование функции щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ).
- Иммунологическое исследование крови (антитела к 2 спиральной ДНК, волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину, АНЦА – профиль и т.п).
- Исследование крови на сифилис и ВИЧ.
- Исследование крови к аквопорину – 4 (иск.оптиконевромиелит).
- Исследование ликвора на нейроинфекции (туберкулез, сифилис, герпес – вирусы и т.д).

Так как РС все-таки является диагнозом-исключением, то применяется большее количество различных лабораторных исследований. Помимо анализов необходимо также получить консультацию таких специалистов, как ревматолог (искл. ДЗСТ), офтальмолог (состояние зрительных нервов), терапевт, инфекционист (последствия нейроинфекции), уролог и т.д [5, с.19].

2.4. Инструментальные методы диагностики

2.4.1 МРТ - диагностика

Основным инструментальным методом диагностики, а также отслеживания динамики развития РС является магнитно-резонансная томография ГМ и спинного мозга с внутривенным контрастированием (гадолиамид) [1,2,3,5,6,9,10].

Типичным расположением «очагов» в головном мозге при РС являются – наличие гиперинтенсивных очагов в перивентрикулярном белом веществе, мозолистом теле – «феномен пальцев Доусона» (рис.5). Также очаги могут выявляться субкортикально, юстакортикально, в мозжечке, инфратенториально. Очаги могут быть множественные, мелкие, ововидные, с перифокальным отёком, чаще не симметричные, но в обоих полушариях мозга [5,10].

В спинном мозге очаги демиелинизации чаще выявляются в виде вытянутых или сливных гипо/гиперинтенсивных полос.

При введении контрастного препарата характерно узловое или кольцевидное накопление контрастного вещества, в зависимости от степени активности процесса.

Для проведения достоверной МРТ-диагностики необходимо по крайней мере наличие 3 из 4 критериев Мак Доналда от 2017 года:

- Не менее одного очага с контрастным усилением или, при отсутствии этого, 9 гиперинтенсивных очагов на T2-ВИ или FLAIR-изображениях.
- Не менее 1 субтенториального очага.
- Не менее 3 перивентрикулярных очагов «разбросанных» во времени. (При этом наличие очагов в СМ засчитывается за критерий «диссеминации в пространстве»).
- Не менее 1 очага юстакортикально.

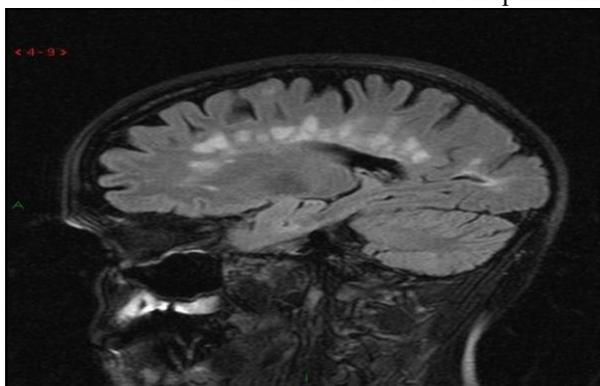


Рис.5. «Пальцы Доусона»

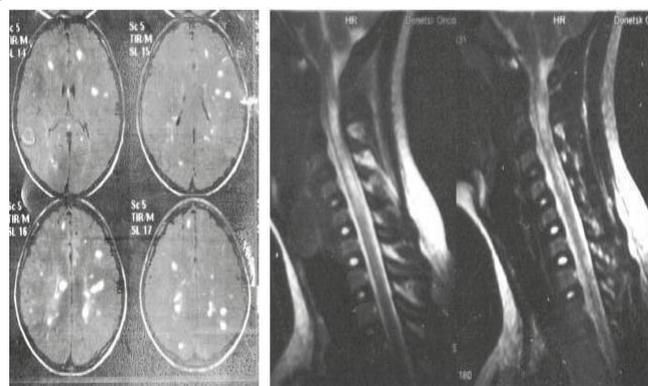


Рис.6, 7. Очаги демиелинизации в ГМ и СМ

2.4.2 Зрительные вызванные потенциалы

Вторым по значимости инструментальным исследованием являются – ЗВП. Чаще всего при рассеянном склерозе дебютом заболевания является ретробульбарный неврит, образование очагов на зрительном нерве, что чаще всего с течением времени приводит к частичной атрофии зрительного нерва.

При проведении данного исследования выявляется снижение амплитуды ответа на разном уровне

поражения. Подобную картину можно увидеть на исследовании у пациента с диагнозом «Рассеянный склероз» (Рис.8).

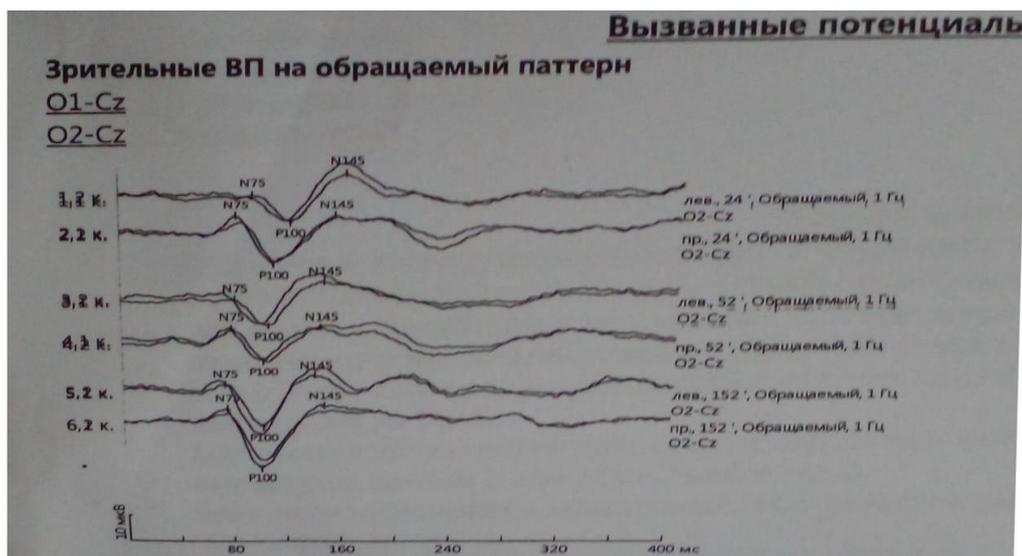


Рис.8 ЗВП. Снижение проведения амплитуды на преахизмальном уровне по демиелинизирующему типу справа.

2.4.3 Периметрия

Следующим исследованием используемым для диагностического поиска данного заболевания является – периметрия. Иногда в дебюте РС главными жалобами пациентов являются: так называемое «половинчатое зрение», слепота на один глаз и т.п. В таком случае важно дополнить ЗВП таким несложным исследованием, как периметрия.

Для наглядности предлагаю рассмотреть результат периметрии пациента с диагнозом «Рассеянный склероз». (Рис. 9)

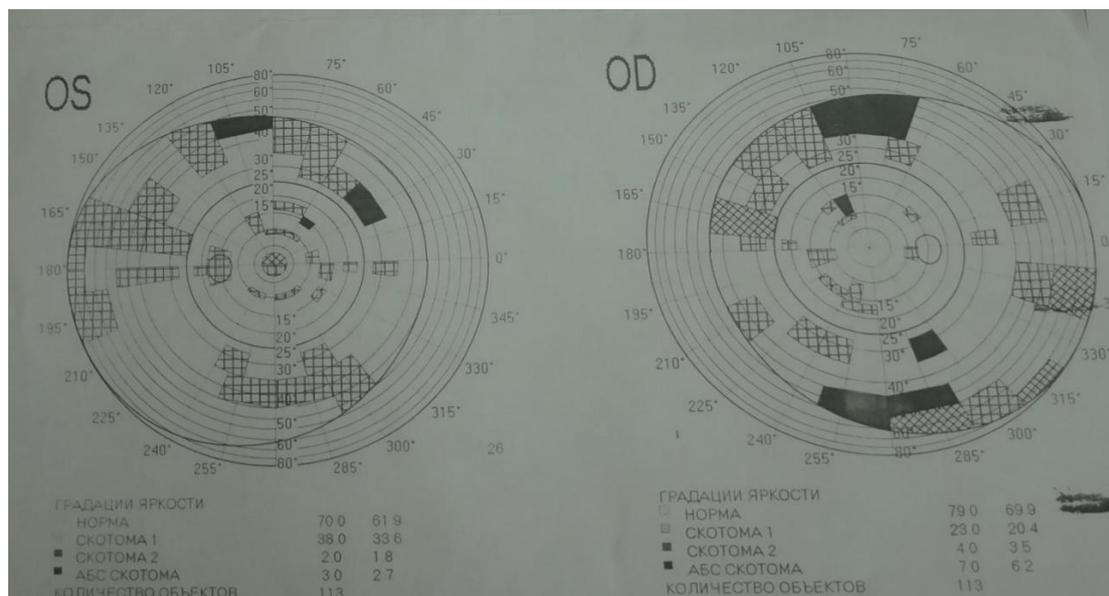


Рис.9. Периметрия (концентрическое сужение полей зрения в верхнем секторе до 35 градусов, множественные рассеянные скотомы – OD).

ГЛАВА 3. ЛЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Так как РС неизлечимое заболевание – не существует «волшебной пилюли», способной излечить заболевание. Лечение складывается из 3 основных составляющих и дополнительных методов лечения:

- Симптоматическая терапия.
- Препараты изменяющие течение рассеянного склероза.
- Снижение активности обострения.
- Дополнительные методы лечения.

Рассмотрим каждый из пунктов подробнее.

3.1. Симптоматическая терапия рассеянного склероза.

Симптоматическая терапия позволяет уменьшить клинические проявления заболевания. Она разнообразна и многочисленна, все зависит от симптомов, которые беспокоят пациента:

- Коррекция усталости (амантадин, семакс, пирацетам, кортексин, мексидол, цитофлавин)

- Коррекция депрессивного состояния (аминазин, amitриптилин)
- Тревожные расстройства (клоназепам, лоразепам)
- Коррекция когнитивных нарушений (галантамин, холина альфосцерат, семакс)
- Двигательные нарушения (тиоктовая кислота, холина альфосцерат)
- Спастичность (сирдалуд, толперизон, мидокалм, диспорт, реланиум)
- Болевой синдром (вальпроевая кислота, карбамазепин, amitриптилин)
- Проблемы с мочеиспусканием (прозерин, дессмопрессин, везикар)
- Гриппоподобный синдром (при применении ПИТРС) (ибупрофен)
- Аллергические реакции (хлоропирамин, лоратадин)
- Пароксизмальные состояния (клоназепам, финлепсин)
- Другие витаминные комплексы

Также применяются витамины группы В (комбилепен, магнелис В6).

3.2. ПУЛЬС-терапия

Пульс-терапия большими дозами глюкокортикостероидов является эталоном «гашения» обострения РС.

Применяются следующие препараты: дексаметазон, преднизолон, метилпреднизолон, солумедрол и т.п по особой схеме по убыванию [5,6,7,8].

Таблица 1. Схемы применения препаратов.

День лечения	Препарат	Доза	Путь введения
1 – 5	Метилпреднизолон (метипред, солумедрол)	1000 мг 1 раз Или 500 мг 2 раза Или 250 мг 4 раза	в/в капельно в 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия
6 – 8	Преднизолон	80 мг	внутри, однократно, утром
9 – 11		60 мг	
12 – 14		40 мг	
15 – 17		20 мг	
18 – 20		10 мг	

3.3. Препараты, изменяющие течение РС (ПИТРС)

Данная группа препаратов насчитывает большое количество наименований. Существуют препараты первой и второй линии; иммуномодуляторы и иммуносупрессоры и др. [5,6,7,8].

Таблица 2. Основные препараты

МНН	Торговое наименование
Первая линия	
Интерферон бета-1b	Бетаферон
	Инфибета
	Интерферон бета - 1b
Интерферон бета-1a для п/к введения	Ребиф
	Генфаксон
Интерферон бета-1a для в/м введения	Авоннекс
	СинноВекс
Интерферон бета-1a	Плегриди
Глатирамера ацетат 2b	Копаксон-Тева
	Аксоглатиран ФС
	Глатират
	Тимексон
Глатирамера ацетат 4b	Копаксон
Терифлуноמיד	Абаджио
Диметилфумарат	Текфидера
Вторая линия	

Натализумаб	Тизабри
Финголимонд	Гиления
	Несклер
Алемтузумаб	Лемтрада
Митоксантрон	Новантрон Онкантрон
Окрелизумаб	Окревус

3.4. Дополнительные методы лечения рассеянного склероза

Рассеянный склероз имеет множество квалификаций по тяжести протекания процесса (в том числе злокачественные формы) и поэтому дополнительные методы лечения часто являются «последним» инструментом в лечении данных пациентов.

Применяются следующие дополнительные методы лечения, используемые официальной медициной:

- Плазмаферез.
- Трансплантация стволовых клеток.

Также существует множество методов применяемых в среде пациентов (различные диеты, апитерапия, фитотерапевтические методы).

Рассмотрим подробнее методы применяемые в официальной практике.

3.4.1. Плазмаферез.

Плазмаферез – это экстракорпоральная процедура, при которой происходит забор крови из сосудистого русла, ее очистка (выделение из ее компонентов отдельных составляющих) и возвращение очищенной крови обратно в кровоток. (Рис.10).

При рассеянном склерозе чаще всего происходит выделение из кровотока иммуноглобулинов, иммунных комплексов и комплемента. Данную процедуру обычно применяют у пациентов не отвечающих на терапию ГКС и находящихся в развернутой стадии клинического и радиологического обострения.

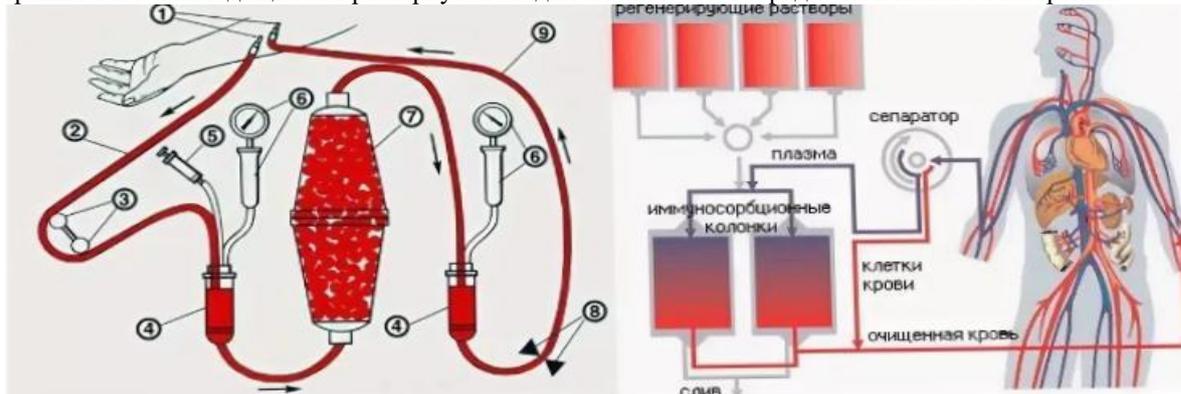


Рис.10. Плазмаферез крови

3.4.2 Трансплантация стволовых клеток.

Трансплантация стволовых клеток – это современный, мало применяемый, малоизученный метод лечения РС. Данный метод направлен на полное «уничтожение» собственного иммунитета, путем проведения коротких курсов высокодозной химиотерапии в стерильных боксированных условиях. Затем проведение процедуры трансплантации стволовых клеток, проведение поддерживающей терапии.

Данную процедуру в нашей стране проводят только в рамках клинических исследований, на базах крупных научных медицинских институтов, таких как, например, НМХЦ им. Н.И Пирогова. Число пациентов, прошедших данную процедуру, не превышает 100 человек.

ГЛАВА 4. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА НА ЭТАПАХ ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ И ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

В 2020/2021 учебном году мной была проведена небольшая исследовательская работа на тему «Рассеянный склероз: когнитивные нарушения как признак начала обострения», в ходе которой были получены следующие данные о пациентах с РС по всей России:

- подвержены заболеванию женщины в возрасте от 20 до 40 лет.
- основными причинами развития РС, по мнению пациентов, является – стресс и вирусные заболевания.
- большинство пациентов видело связь между появлением когнитивного дефицита и обострением (или изменением формы заболевания).

• когнитивные нарушения имеют место у пациентов с рассеянным склерозом, которые и можно было бы рассматривать как признак скорого прогрессирования.

• Спектр когнитивных нарушений у пациентов с рассеянным склерозом представлялся широким спектром различных симптомов, но чаще пациенты предъявляли жалобы на: трудности в подборе слов, дисграфию и дислексию, снижение памяти, концентрации внимания, быструю утомляемость при умственной

работе, сложности в формулировании мыслей, снижение трудоспособности, снижение памяти на текущие события, моторную афазию, трудности при счёте и чтении.

Также 8 ноября 2020 года в Москве прошла онлайн конференция «Болезни мозга: трансляционные, клинические и социальные аспекты». На заседании «Аутоиммунные и демиелинизирующие заболевания: достижения и нерешенные вопросы» была поднята проблема о когнитивных нарушениях при рассеянном склерозе, как признаке прогрессирования заболевания и о не серьезном подходе к данному аспекту среди практикующих врачей [6].

На конференции высказывались мнения о встречаемости подобных нарушений (амнестическая афазия, снижение эпизодической памяти, снижение скорости обработки информации и т.п.). Также в процессе проведения исследовательской работы одна из пациенток чётко провела параллель между началом клинического обострения (как раз выразившегося в снижении памяти на текущие события и трудности в подборе «бытовых» слов) и наличии у нее МРТ-признаков обострения. Тогда, по итогам работы стало понятно, что когнитивные нарушения можно правомерно считать признаком обострения заболевания.

В связи с этим у меня возник вопрос: а действительно ли можно рассматривать когнитивный дефицит как один из клинических симптомов дебюта РС на этапе первичного обращения к фельдшеру (терапевту) или подобный корковый дефицит сам по себе уже является «конечным продуктом» демиелинизации и нейродегенерации и поэтому является наиболее клинически значимым у пациентов уже состоящих на Д-учёте.

На этот раз я решила узнать, как складывается ситуация с РС в Удмуртской республике.

Также меня заинтересовала обстановка по РС в городе Глазове, а для того, чтобы сузить «ареал» статистического поиска, я взяла во внимание пациентов с данным заболеванием прикрепленных к Взрослой поликлинике номер 2 БУЗ УР «ГМБ МЗ УР».

Во-первых, для этого мной был составлен опрос, который был опубликован в социальной сети «ВКонтакте», в сообществе пациентов из УР, с рассеянным склерозом различной формой заболевания.

Целью данного опроса была необходимость узнать, какой пол превалирует среди пациентов с РС в Удмуртии, возрастные рамки, мнение пациентов о причине болезни, приверженность к лечению и наиболее используемый ПИТРС. Конечно, главной целью было узнать, являются ли проблемы с корковыми функциями признаком скорого прогресса или же результатом уже случившегося обострения, а также спектр когнитивных нарушений наших пациентов.

Мой опрос вызвал большой интерес у пациентов. Были опрошены 24 респондента (пациента с РС). В целом выявлено, что среди опрошенных наиболее подвержены заболеванию женщины в возрасте от 20 до 40 лет (91,7%), но и есть те, кому диагноз был выставлен в возрасте до 20 лет (8,3%). В опросе приняли участие большее количество пациентов из города Ижевск (62,5%), на втором месте – Сарапул (25%), на третьем месте в структуре проживания среди опрошенных пациентов оказался город Глазов (12,5%) (Приложение 6, рис 13).

Подвляющее большинство наших пациентов считает, что основная причина развития у них РС – стресс и вирусные заболевания (91,7%) (Приложение 6, рис 16).

Следующее, что я увидела в процессе анализа информации: наши пациенты привержены к лечению – в структуре использования методов терапии лидирующую позицию они отводят ПИТРС. Из дополнительных методов лечения используют процедуру плазмафереза 16,7%, особую диету 25%.

В структуре тех ПИТРС, которые принимают наши пациенты, первое место занимает окревус (38,1%), второе место - интерферон бета 1b (23,8%), третье место – интерферон бета 1a (14,2%) (Приложение 6, рис 18).

В структуре опрошенных пациенты с ремитирующей формой заболевания (62,5%) занимают лидирующую позицию. ППРС (29,2%) – 2 место, ВПРС (8,3%) – на третьем месте. (Приложение 6, рис 14).

В данной группе опрошенных большинство пациентов не видит связь между появлением когнитивного дефицита и обострением (или изменением формы заболевания) – 79,2% из числа опрошенных (Приложение 6, рис 21). Хотя, при личной беседе с пациентами многие как раз говорят об обратном.

Далее была проведена небольшая личная беседа с некоторыми из 24 респондентов. Несколько комментариев пациентов приведены ниже: (Пунктуация и орфография сохранены.)

Елена: «Бывает всё, что перечислили. «Когнитивный туман» – взял, забыл, пошёл снова. Или ну вот оно слово прям перед тобой предмет стоит, а название ты его не помнишь. Периодами это бывает, в обострение чаще всего.»

Иван: «Да, жёстко стал забывать всё, что связано с числами, вот, например, забыл день рождения матери! У нас днюхи в один день с ней.»

Андрей: «Я даже не знаю, как это объяснить. Тугоплавко так все как-то. Пытаешься объяснить на пальцах, ты понимаешь, о чем хочешь сказать, но тебе как будто слов не хватает что-ли. А ещё бывает: пришёл в магазин и забыл зачем. У меня, кстати, первичка.»

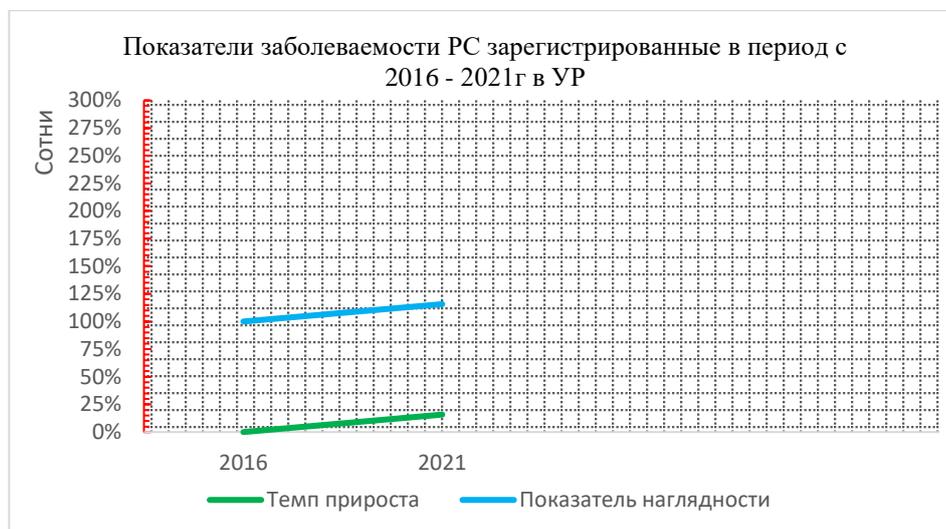
Наиболее клинически интересный случай «своеобразных» когнитивных нарушений, рассказанный девушкой с ремитирующей формой заболевания, с которыми она столкнулась именно в период дебюта РС можно увидеть в приложении 5.

Спектр когнитивных нарушений у пациентов с рассеянным склерозом также широк и разнообразен, но чаще наши пациенты предъявляют жалобы на: трудности в подборе слов, невозможность вспомнить знакомые «бытовые слова», «ухудшение памяти», «снижение критики», «невозможность найти подходящие слова».

Далее по информации, полученной от неврологов консультативной поликлиники 1 РКБ, а также в результате некоторого статистического поиска и расчета, мне удалось получить следующие данные.

Таблица 3. Заболеваемость РС зарегистрированная в период с 2016 – 2021 годы в УР (абсолютные показатели)

Год	В регистре по УР	Абсолютный прирост	Темп прироста	Темп роста	Показатель наглядности
2016	432	-	-	-	100%
2021	500	68	15,8%	115,7%	115,7%



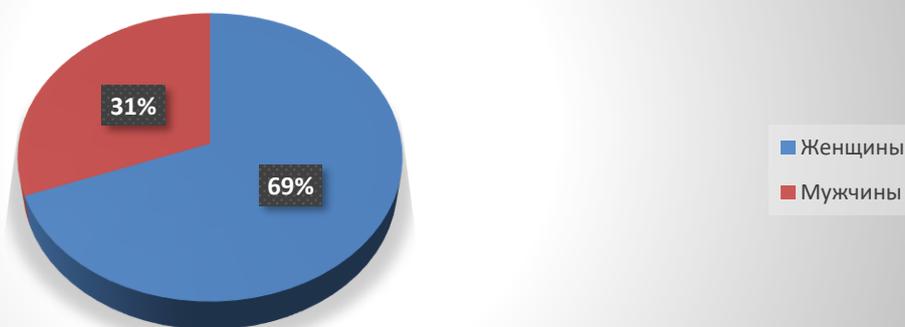
Исходя из вышесказанного, я пришла к следующим выводам: темп прироста заболеваемости рассеянным склерозом по Удмуртской республике на конец 2021 года остаётся довольно высоким (15,8%). А также на 15,7% увеличилось число пациентов, состоящих в регистре больных рассеянным склерозом по Удмуртской республике в 2021 году, по сравнению с числом пациентов, состоящих в регистре на конец 2016 года.

Следующий этап моей исследовательской работы заключался в том, чтобы проанализировать и обобщить статистическую информацию, касаемую заболевания, именно по городу Глазову и Глазовскому району, среди населения прикрепленного к поликлинике номер 2 БУЗ УР «ГМБ МЗ УР».

В результате анализа статистической информации, предоставленной мне отделом статистики Взрослой поликлиники номер 2 (БУЗ УР «ГМБ МЗ УР») были получены следующие данные:

- Общее количество пациентов, находящихся на диспансерном учете с диагнозом «G35.0» по состоянию на конец 2021 года, составило 39 человек (к поликлинике прикреплено 9,5 тыс населения города и района).
- Из них на учете состоят: женщин – 27; мужчин – 12 (по состоянию на конец 2021 года).
- Общая заболеваемость болезнями нервной системы, зарегистрированная в 2021 году по УР на 100 000 населения, – 5022,0.

Половая структура заболеваемости РС среди пациентов состоящих на Д - учете в поликлинике номер 2 города Глазов



Таким образом, в половой структуре заболеваемости РС среди пациентов состоящих на Д-учёте в поликлинике номер 2 г. Глазов, преобладает женский пол (69%) более чем в 2 раза, чем мужской пол (31%) по информации, полученной на конец 2021 года.

В целом среди прикрепленного населения г. Глазова и Глазовского района к поликлинике №2 БУЗ УР «ГМБ МЗ УР», заболеваемость РС составила 4,1% по данным на 2021 год.

Удельный вес пациентов с РС, состоящих на Д-учёте в поликлинике №2 г. Глазова в общем регистре

пациентов с РС по УР на 2021, составляет 7.8%. Это говорит о достаточно высокой заболеваемости РС на нашей территории.

Удельный вес РС среди всех болезней нервной системы зарегистрированных в УР в 2021, составил 9956,1‰.

Пообщавшись лично с пациентами с диагнозом «рассеянный склероз», разобравшись с их жалобами, анамнезом, а также получив мнения практикующих неврологов, терапевтов, проанализировав историю болезни пациента с диагнозом «Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, EDSS 5,5 баллов» и на основании статьи Мичковой Д. Р; Кубашевой К. А; Урбан М.А; Комиссаровой Н. В «Возрастные особенности рассеянного склероза на территории Удмуртской республики», я пришла к выводу, что когнитивные нарушения, в частности, элементы моторной мнестической афазии (как говорят пациенты, «я знаю, но вспомнить сейчас не могу»), снижение концентрации внимания, нарушение памяти на текущее и т.п, чаще всего являются результатом уже прошедшего обострения, т.е конечным «продуктом» демиелинизации и нейродегенерации, и говорят чаще всего о поражении теменно-височных долей.

Так как у пациентов на этапе первичного обращения чаще всего преобладают процессы воспалительной демиелинизации, а не нейродегенерации, то, всё-таки целесообразно говорить о клинике когнитивных нарушений не на этапе первичного обращения, а на этапе уже последующего диспансерного наблюдения для отслеживания скорости нейродегенерации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассеянный склероз – одно из социальнозначимых заболеваний, приводящих к быстрой инвалидизации пациентов в молодом возрасте.

Поэтому важнейшей проблемой является диагностика рассеянного склероза на этапе первичного обращения и последующее диспансерное наблюдение. Большая роль в этом отводится фельдшеру, который является первым звеном в диагностике данного заболевания на основании клинических данных, простейших лабораторных и инструментальных данных. Также уже после постановки диагноза, назначения ПИТРС бывает так, что под диспансерное наблюдение такие пациенты снова «отдаются» фельдшерам, в особенности в условиях малой укомплектованности поликлиник узкими специалистами.

В выпускной квалификационной работе были рассмотрены такие аспекты, как основная информация о заболевании, этиология и патогенез, типы течения и клиническая картина, основы инструментальной, лабораторной диагностики. А также основные методы лечения, применяемые препараты, дополнительные методы лечения. Также рассмотрены основные шкалы и критерии, применяемые для постановки диагноза. (Критерии МакДональда; шкала EDSS).

В ходе написания выпускной квалификационной работы был проведен опрос пациентов с РС из Удмуртии, изучены и систематизированы основные клинические проявления заболевания, степень и спектр когнитивных нарушений, значимость коркового дефицита. Был проведен неврологический осмотр и курация пациента с диагнозом «Рассеянный склероз, ремиттирующее течение EDSS 5,5 б» из г. Глазова, анализ предоставленной статистической информации.

Основной целью работы было изучение спектра и частоты когнитивных нарушений у больных РС на территории Удмуртской республики посредством проведения опроса среди больных рассеянным склерозом. А также подтверждение или опровержение теории, что «когнитивные нарушения являются признаком обострения».

Данная цель достигнута. В ходе опроса связь между появлением нарушений и скорым обострением видели не все наши пациенты, но в ходе личной беседы большинство пациентов все-таки отмечают когнитивный дефицит. Что подтвердилось на конкретных примерах, приведенных пациентами.

Но гипотеза, выдвинутая мною ранее, не нашла подтверждения.

В связи с этим, можно сделать вывод, что когнитивные нарушения не являются признаком обострения заболевания, а являются его результатом. И клиническую значимость они имеют только у пациентов, состоящих на диспансерном учёте (так называемых «пациентов со стажем»). Таким образом, когнитивные нарушения нельзя относить к набору диагностических признаков для постановки РС? на этапе первичного обращения.

Литература

1. Бортникова (Цыбалова) С.М. Нервные и психические болезни : учеб. Пособие / С.М. Бортникова (Цыбалова), Т.В. Зубахина, С.Г. Беседовский. – Изд.16 – е. – Ростов н/Д : Феникс, 2017. – 478 с. : ил. (Среднее медицинское образование)
2. Гинсберг Л. Неврология для врачей общей практики / Л. Гинсберг ; пер. с англ. – 2-е изд., доп. – М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. – 368 с. : ил.
3. Гусев Е.И. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. / Гусев Е.И., Завалищин И.А., Бойко А.Н Москва: Миклош, 2004. – 540 с.
4. Клиническая неврология учебник в трех томах . – Т. 1. / под редакцией. А.С. Никифорова, А.Н. Коновалова, Е.И. Гусева. – М. : Медицина, 2002 – 704 с: ил.
5. Клинические рекомендации по рассеянному склерозу G. 35.0 от 2018 года (пересмотр каждые 3 года) – 129 с.
6. Материалы международной конференции «Болезни мозга: трансляционные, клинические и социальные аспекты», заседание 2: Аутоиммунные и демиелинизирующие заболевания: достижения и нерешенные вопросы, от 18 – 19 ноября 2020 года, г.Москва.
7. Материалы международной конференции « Школа нервно-мышечных болезней имени Б.М. Гехта » ,

4 цикл лекций : Патогенез прогрессии у пациентов с рассеянным склерозом. Общность и различия у пациентов с первичной и вторичной прогрессией, от 8 апреля 2021 года, г.Москва.

8. Материалы международной конференции « Школа нервно-мышечных болезней имени Б.М. Гехта» , 4 цикл лекций : Демиелинизирующие заболевания центральной и периферической нервной системы, болевые синдромы, от 8 апреля 2021 года, г.Москва.

9. Неврология: национальное руководство / под редакцией. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. (Серия «Национальные руководства»). –1892 с.

10. Осборн А.Г Лучевая диагностика. Головной мозг. / А.Г. Осборн, К.Л. Зальцман, М.Д. Заверин: перев. с англ. – М: Издательство Панфилова, 2018, - 1216 с. : илл.

ИЗУЧЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Иванова А.А.,
обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Юдакова М.И.,
преподаватель,
ГБПОУ «СМК им. Н.Ляпиной», г. Самара*

Артериальная гипертензия – одна из частых причин потери трудоспособности, инвалидизации и смерти пациентов, страдающих заболеваниями сердечно сосудистой системы. Согласно статистике, артериальная гипертензия в 56% случаев приводит к развитию инфаркта миокарда и инсультам. Сердечно-сосудистые заболевания всегда лидируют по количеству летальных исходов. Инсульт наравне с инфарктом можно назвать эпидемией 21 века.

Приверженность (комплаентность) пациентов к проводимой фармакотерапии играет ключевую роль в достижении эффективной терапии артериальной гипертензии и её осложнений, что определяет актуальность проблемы. В 1979 г. Haynes R.B., Sackett D.L. предложили под приверженностью к лечению (комплаентностью) понимать степень соответствия поведения пациента лечебным рекомендациям (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни).

Несмотря на большое количество применяемых на сегодняшний день гипотензивных препаратов, эффективный контроль гипертензии остаётся актуальной проблемой не только в России, но и во всем мире. Контроль над уровнем артериального давления по-прежнему проблематичен и не превышает 30 % в популяции, проживающей в Европе, несмотря на распространенность и доступность эффективных гипотензивных препаратов. Низкая приверженность к лечению — одна из причин трудности достижения целевого артериального давления.

В настоящее время успех медикаментозной терапии как при вновь выявленном заболевании, так и среди пациентов с давно установленным диагнозом, напрямую зависит именно от приверженности к лечению.

Цель исследования: определить причины низкой приверженности пациентов с артериальной гипертензией к медикаментозному лечению и разработать рекомендации по ее повышению.

Объект исследования: пациенты с артериальной гипертензией.

Предмет исследования: комплаентность (приверженность) к терапии пациентов с артериальной гипертензией.

Методы исследования: анкетирование, аналитический, статистический, математический.

Исследование проводилось на базе кардиологического отделения ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина (анкетирование пациентов с артериальной гипертензией о приверженности в лечении).

Считается, что низкая приверженность является существенно повышает вероятность развития осложнений основного заболевания, ведет к снижению качества жизни больных. Достижения в лечении гипертонической болезни в клинической практике часто не реализуются из-за проблемы невыполнения лечебных рекомендаций пациентами. При выявлении главных причин низкой приверженности лечению можно улучшить выполнение больными назначений и повысить приверженность пациентов лечению и улучшить конечные результаты.

Нами было проведено анкетирование 20 пациентов (100%) с артериальной гипертензией о приверженности в лечении.

Соблюдение пациентами рекомендаций по медикаментозной гипотензивной терапии оценивалось по тесту Мориски-Грина, а также по анкете для выявления причин низкой приверженности (комплаентности к гипотензивной терапии) [1].

Тест Мориски-Грина. Считается, что больной следует назначениям, если отвечает «нет» не менее чем на 3 из 4 вопросов:

1. Забывали ли Вы когда-либо принять препараты? (нет/да);
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (нет/да);
3. Не пропускаете ли Вы приём препаратов, если чувствуете себя хорошо? (нет/да);
4. Если Вы чувствуете себя плохо после приёма лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? (нет/да).

Соблюдали рекомендации только 45% больных. Часть пациентов (30%), особенно с впервые выявленным заболеванием, в течение года периодически прекращали приём гипотензивных препаратов, 10% самостоятельно изменяли лечение по совету знакомых.

На приверженность к приёму гипотензивных средств влияли:

- Особенности течения заболевания.

Больные с третьей степенью повышения АД регулярнее принимали гипотензивных средства. Больные, у которых подъем АД не сопровождается неприятными ощущениями, отличались меньшей приверженностью к постоянному лечению. Если при гипотензивной терапии ухудшалось самочувствие (артериальная гипотензия, нарушение поведения и мышления), то часть пациентов отказывалась от постоянного приёма лекарств. Больные артериальной гипертензией с коморбидной патологией – ИБС, ХСН, сахарный диабет, более привержены терапии.

- Особенности терапии.

Склонность к приёму медикаментозной терапии был выше при приёме препаратов 1 раз в сутки, при приёме фиксированных комбинаций препаратов. Одним из факторов, влияющих на соблюдение рекомендаций (принимали нерегулярно) была высокая стоимость лекарства (20%). Причиной несоблюдения рекомендаций, особенно регулярности приёма гипотензивных препаратов, являлась «забывчивость» больного (пропуск очередной дозы, приём в неправильное время или приём несоответствующей дозы – 30%). Меньшее число смен препаратов повышал комплаентность (если терапия менялась 2 раза – 25%). Отмечалась связь между соблюдением рекомендаций и побочными эффектами гипотензивных средств. Блокаторы рецепторов ангиотензина (сартаны) обладали лучшей переносимостью, из-за побочных эффектов отказывались от ингибиторов АПФ 25% больных (кашель), β-блокаторов — 20% (брадикардия, бронхоспазм) и антагонистов кальция — 10% (отеки на ногах).

Некоторые больные не соблюдали рекомендации из-за невозможности следовать советам, направленным на коррекцию образа жизни (40%), которые рассматриваются больными как неудобными или недостижимыми (снижение веса, ограничение потребления поваренной соли, увеличение физической активности).

Выводы.

Приверженность пациентов к проводимой фармакотерапии играет важную роль в достижении эффективной терапии артериальной гипертензии и ее осложнений.

Факторы, ассоциирующиеся с продолжением гипотензивной терапии, – высокая степень повышения АД, наличие сопутствующих коморбидных состояний (ИБС, ХСН, сахарный диабет), приём препаратов 1 раз в сутки, применение фиксированных комбинированных гипотензивных средств, меньшее число смен препаратов

Снижение приверженности к лечению отмечалось при наличии побочных действий гипотензивных средств, их высокая стоимость, ухудшение самочувствия (артериальная гипотензия), забывчивость, частая смена препаратов.

Отмечалась низкая приверженность к изменению образа жизни: снижению веса, физической нагрузке, ограничению поваренной соли.

Для повышения приверженности к лечению остеоартроза необходимо соблюдать следующие рекомендации:

1. Для повышения приверженности к лечению, необходимо повышение информированности пациентов:
 - о сути и последствиях прекращения гипотензивной терапии,
 - о необходимости постоянного приёма гипотензивных средств,
 - о возможных побочных действиях гипотензивных средств и необходимости смены препарата;
 - о вовлечении пациентов в образовательные программы «Школы артериальной гипертензии».
 - улучшении схемы дозирования медикаментов – применение комбинированных лекарственных средств.

2. При экономических проблемах пациентов рекомендация менее дорогих дженериков.

3. Необходимо улучшение взаимодействия между медицинскими работниками и пациентами – переход от авторитарной модели поведения по отношению к больному к сотрудничеству с ним при обсуждении лечения.

Литература

1. Мачильская О.В. Факторы, определяющие приверженность к лечению больных артериальной гипертензией. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2018. 55-65с.
2. Кузнецова Ю. И. Анализ приверженности к лечению амбулаторных больных артериальной гипертензией. Бюллетень медицинских интернет-конференций. Выпуск № 3/ том 3/2017.54с.
3. Оганов Р. Г., Гиляревский С. Р., Агеев Ф. Т. и др. Как улучшить приверженность к лечению пациента с артериальной гипертензией. Здоровье Украины, №9, 2018г. -47–49с.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ИНСУЛЬТАХ

*Илендеева А.А.,
Выпускница.
Научный руководитель
Агеева Е.Н.,
преподаватель,
ГАПОУ «НМК», г. Нижнекамск*

Головной мозг — главный отдел центральной нервной системы, который отвечает за все процессы, происходящие в организме. Нарушения функционирования головного мозга ведут к нарушениям работы всего организма, а нередко и к его гибели. И в этой работе хотелось бы остановиться на проблеме одного из тяжелейших и опасных поражений центральной нервной системы – инсульте и деятельности медицинской сестры в организации ухода за пациентами при инсультах.

В настоящее время реабилитация пациентов, перенесших ОНМК – важная медицинская и социальная проблема. Это объясняется возросшей частотой сосудистых поражений головного мозга и его осложнений. В России ежегодно регистрируется более 450 тысяч ОНМК, заболеваемость инсультом в Российской Федерации составляет 2,5-3 случая на 1000 населения в год. Летальность в остром периоде заболевания до 35%. В экономически развитых странах смертность от инсульта занимает 2-3 место в структуре общей смертности [1, с.27].

55% больных к 3 году после перенесенного инсульта не удовлетворены качеством своей жизни. И лишь 20% могут вернуться к прежней работе. Инсульт — это не только медицинская, но и социально значимая проблема.

Виды и стадии инсульта

При малейшем подозрении на инсульт, например, если человек беспричинно споткнулся несколько раз или буквально на несколько секунд потерял сознание, воспользуйтесь правилом «УЗП»: [1, с.37].

Попросите человека УЛЫБНУТЬСЯ. После инсульта улыбка не будет симметричной, уголки губ будут на разном уровне. Так происходит потому, что после удара нарушается проводимость нервных окончаний и сокращение мышц, как правило, с одной стороны тела.

ЗАГОВОРИТЬ. Пусть произнесет нейтральное предложение из нескольких слов. Например: «Сегодня сильный мороз. Наверное, вечером пойдет снег». Если произошел инсульт, человеку трудно будет построить фразу, отчетливо произнести звонкие согласные.

ПОДНЯТЬ РУКИ. После инсульта больной не сможет их поднять симметрично, синхронно и на одинаковую высоту. Одна рука будет «отставать».

Если сомнения остаются, предложите больному высунуть язык. При инсульте он обычно отклоняется в сторону. Если у пострадавшего человека присутствует хотя бы один признак инсульта – срочно вызывайте скорую медицинскую помощь! При этом максимально точно перечислите все симптомы.

Причины, способствующие развитию инсульта.

Инсульты характеризуются многообразием причин, вызывающих заболевание. Доказано, что этиология инсульта у женщин и мужчин в некоторых случаях различается.

Причины инсульта женщин (рис. 4), в основном, лежат в плоскости патофизиологии фертильного периода и менопаузы, у мужчин они чаще обусловлены профессиональными рисками и вредными привычками.

Причины, способствующие развитию инсульта: заболевания сердца, высокое содержание холестерина в крови, тромбоз, нарушение свертывания крови, лишний вес, малоподвижный образ жизни, пол, возраст, сахарный диабет, курение, гипертоническая болезнь, стресс, частое употребление алкоголя, атеросклероз, транзиторные ишемические атаки.

Возраст. С возрастом увеличивается риск развития инсульта, что связано с ростом числа факторов риска инсульта и прогрессирующими изменениями в сердечно – сосудистой системе по мере старения.

Риск возникновения инсульта увеличивается с возрастом (табл. 1). Если в возрастной группе от 45 до 54 лет инсульт возникает ежегодно только у 1 из 1000 людей, то в возрасте от 65 до 74 лет – 1 из 100 человек. Начиная с 55-летнего возраста через каждое десятилетие риск инсульта примерно удваивается.

Таблица 1

Ежегодный риск развития инсульта в зависимости от возраста

Возраст, лет	Частота инсульта
10-14	У 1 из 30 тыс. человек
15-34	У 1 из 10 тыс. человек
35-44	У 1 из 50 тыс. человек
45-54	У 1 из 1000 человек
55-64	У 1 из 300 человек
65-74	У 1 из 100 человек
75-84	У 1 из 50 человек
84 и старше	У 1 из 30 человек

При инсульте происходит внезапное нарушение функций головного либо, реже, спинного мозга вследствие неадекватного кровоснабжения. Головной мозг крайне чувствителен к недостатку кислорода (ишемии). При нарушении кровоснабжения головного мозга и, как следствие, снижении доставки кислорода его клетки перестают адекватно функционировать. На этом этапе появляются первые симптомы нарушений работы центральной нервной системы. Если в течение нескольких минут не происходит восстановление кровоснабжения, начинается повреждение клеток головного мозга — развивается инсульт.

Наиболее значимыми факторами риска развития инсульта являются артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, дислипидемия, атеросклероз, вызывавшие ежегодно высокую заболеваемость (2,5-3,2%), смертность (0,23-0,37%) и летальность (9,2-13,6%), АД, возраст.

Особенности деятельности медицинской сестры в организации ухода за пациентами при инсультах.

Деятельность медицинской сестры в организации ухода за пациентами предполагает системный подход в организации работы палатной медицинской сестры, который позволяет пациенту получить полноценный уход, а медицинской сестре удовлетворение от своей работы.

Это также научный метод профессионального решения проблем пациента. Он направлен на укрепление, сохранение здоровья и предотвращение заболеваний, планирование и оказание помощи во время болезни и реабилитации с учётом всех составляющих здоровья для обеспечения максимальной физической, психической и социальной независимости человека. Цель – так организовать сестринскую помощь, включить в план своей работы такие мероприятия и так выполнить их, чтобы, несмотря на болезнь, человек и его семья могли реализовать себя, повысить качество жизни.

Есть часть пациентов, у которых после инсульта происходит частичное (а порою и полное) самостоятельное восстановление поврежденных функций. Скорость и степень этого восстановления зависят от ряда факторов: период заболевания (давность инсульта), размеры и место очага поражения. Восстановление нарушенных функций происходит в первые 3-5 месяцев от начала заболевания. Именно в это время восстановительные мероприятия должны проводиться в максимальном объеме – тогда от них будет максимальная польза.

Кстати, очень важно и то, насколько активно сам пациент участвует в реабилитационном процессе, насколько он осознает важность и необходимость восстановительных мероприятий и прикладывает усилия для достижения максимального эффекта.

У больных, перенесших инсульт, основной причиной потери трудоспособности являются нарушения движений и речи, то реабилитационные мероприятия направлены на устранение этих дефектов. В поликлиниках, диспансерах, реабилитационных центрах и санаториях больным проводятся курсы массажа, лечебной гимнастики, физиопроцедур, логопедических занятий [2, с.141].

Существуют эффективные методы восстановления, которые рекомендованы практически всем «инсультникам». Они являются фундаментальными в реабилитационный период: массаж, психологическая и социальная реабилитация, восстановление речи и памяти, ЛФК.

При нарушениях артикуляции, связанных с расстройством речевой мускулатуры, выполняют гимнастику мышц языка, щек, губ, глотки и зева, массаж артикуляционных мышц.

Раннее восстановительное лечение улучшает прогноз, препятствует инвалидизации, снижает риск рецидива. Организм эффективнее мобилизует силы для борьбы с вторичными нарушениями (гипостатическая пневмония, тромбоз глубоких вен, формирование контрактур в суставах, возникновение пролежней).

Основные цели постинсультной реабилитации – дальнейшая активация пациента, развитие двигательной функции, восстановление движений в конечностях, преодоление синкинезий (содружественных движений), преодоление повышенного мышечного тонуса, снижение спастичности, тренировка ходьбы и походки, восстановление устойчивости вертикальной позы.

Восстановление моторики и двигательных функций – одно из основных направлений реабилитации. К концу острого периода у большинства пациентов наблюдается ослабление двигательной активности разной степени тяжести, вплоть до полного прекращения. Если у больного отсутствуют общие противопоказания к проведению ранней реабилитации, назначают избирательный массаж, антиспастические уклады конечностей, пассивные упражнения.

Больных с выраженным парезом нижней конечности обучают имитации ходьбы в положении лежа или сидя, затем – самостоятельно садиться и подниматься с постели. Упражнения постепенно усложняют. Вначале пациент учится стоять с посторонней помощью, потом самостоятельно, в дальнейшем постепенно переходит к ходьбе. Сначала больного учат ходить вдоль шведской стенки, затем – с помощью дополнительных приспособлений, а после – без опоры. Для улучшения устойчивости вертикальной позы применяют упражнения на координацию движений, баланс-терапию.

Питание:

1. В начальном периоде реабилитации важно соблюдать условия механического и химического щажения в приготовлении пищи для постинсультного больного. То есть еда должна быть тёплой, жидкой или кашецеобразной, без использования специй.

2. Нередко пациенты какое-то время неспособны самостоятельно принимать пищу, либо имеются различного рода нарушения употребления пищи. Ухаживающий за больным, в зависимости от степени утраты пациентом функций самостоятельного обслуживания, должен помогать в приеме пищи: поддерживать столовые приборы, при необходимости покормить пациента.

3. Рацион следует обогатить фруктами, овощами и мясом, которые так необходимы для восстановления пораженных мозговых структур.

Профилактические мероприятия способны значительно снизить риск возникновения пролежней у пациентов, перенесших инсульт:

1. Общий массаж тонизирует мышцы тела и усиливает кровообращение, препятствуя застою крови.

2. Своевременные гигиенические процедуры. Если использование ванны или душа затруднительно, необходимо несколько раз в день обтирать больного.

3. Специалисты рекомендуют подкладывать под участки тела, испытывающие максимальное давление, мягкие или надувные валики. Они снижают напряжение и препятствуют сдавлению тканей.

4. Превосходно разгружает мышцы специальная функциональная кровать, разработанная для лежачих пациентов.

При задержке мочеиспускания катетеризуют мочевой пузырь и следят за его своевременным опорожнением. При задержке дефекации дают препараты, стимулирующие кишечную моторику (Бисакодил, Гутталакс, Изафенин), при необходимости раз в 2-3 дня ставят очистительную клизму [2, с.140].

В восстановительном периоде на парализованные конечности назначают тепловые процедуры, электростимуляцию. При расстройствах речи с больными занимается логопед [2, с.140].

Современные медицинские технологии расширяют возможности врачей, медицинских сестер, а вспомогательные принадлежности упрощают уход за пациентами. Вспомогательные средства для создания определенного положения больного в постели – это, прежде всего, средства, позволяющие уменьшить нагрузку на определенные части тела лежащего больного.

Для создания условий безопасной жизнедеятельности и достойного качества жизни, бытовая среда должна быть оборудована соответствующими дефициту самообслуживания конкретного подопечного средствами малой реабилитации.

К средствам малой реабилитации относят: опорная рамка, кроватиный тросик, подколенный валик, скользящие коврики, противопролежневые матрасы и др.

Методика сестринского ухода за пациентами при инсультах

Медицинская сестра чаще является лишь выполняющим обязанности персоналом. Обычно даёт назначения, прописывает необходимые процедуры лечащий врач или консилиум. Но помимо поручений доктора, средний медицинский персонал имеет свои поручения и обязанности, независимо от предписаний.

Медицинская сестра не только участвует в реабилитации пациента, в восстановлении утраченных функций, но и осуществляет уход за больным, тем самым помогая улучшить качество его жизни. Поэтому медсестра является неотъемлемым участником в жизни пациента, на момент болезни и восстановления.

Реабилитация и уход представляет собой процесс, в ходе которого пациент учится жить с ущербом, который был нанесен его здоровью инсультом.

Главная цель реабилитации состоит в том, чтобы помочь пациенту стать как можно более активным и независимым.

Реабилитация помогает постинсультным больным приобрести снова навыки, которые теряются, когда часть мозга подвергается повреждению. Среди этих навыков могут быть координация движений и самообслуживание, а также различные бытовые навыки.

Реабилитация и уход выживших после инсульта также включает в себя изучение новых способов выполнения различных действий, обходя или компенсируя инвалидность.

В обязанности медсестры во время сестринского процесса при инсульте входят: составление индивидуального сестринского плана по ведению больного; первичная оценка общего состояния пострадавшего и риска развития патологий; мониторинг состояния пациента и развития осложнений, если таковые имеются.

Во время нахождения пациента в стационаре, деятельность МС при инсульте состоит из следующих манипуляций: грамотного обучения родственников пациента уходу за пациентом, организации правильного сестринского процесса, осуществления полноценного ухода при заболеваниях, приводящих к частичному или полному параличу, внимательного общения с пациентом и его родственниками.

Осуществляя сестринский процесс при инсульте, медицинская сестра собирает следующие данные: диагностированную причину возникновения инсульта у пациента; самые распространенные осложнения при ишемическом инсульте и как их избежать; основы первичной реабилитационной помощи; назначенные пациенту обследования и как к ним готовиться; клинические проявления осложнений и нарушений мозгового кровообращения; как правильно ухаживать за пациентами, страдающими нарушениями опорно-двигательного аппарата, сознания, речи и чувствительности; другие сопутствующие данные.

На протяжении всего периода лечения средний медицинский персонал выполняет назначения врача, которые заключаются в следующем:

- в постановке капельниц с лекарством, внутримышечных и внутривенных инъекций;

- важно контролировать приём и таблетированных препаратов, так как многие пациенты с инсультом находятся в стационаре с парезом конечностей той или иной степени. То есть самостоятельно принять препарат они не смогут. Также не исключена легкая заторможенность и степень сознания «оглушение». Физических причин невозможности принять лекарство нет, но есть ментальные расстройства.

Атеросклеротическая деменция (на фоне физиологических признаков старения) может сыграть злую шутку на кратковременной памяти.

Помимо контроля лекарственной терапии, медсестра отвечает за динамические данные: ежедневно контролируются физиологические отправления (стул, диурез); 2 раза в сутки измеряется температура тела и артериальное давление. При нестабильном состоянии пациента артериальное давление измеряется на обеих руках каждые 3 часа, так как о возможном повторном инсульте или возможном постинсультном инфаркте в первую очередь может сообщить повышенное нестабильное давление крови [2, с.203], контролируются пульс на магистральных артериях, его расхождение с частотой сердечных сокращений, частота дыхательных движений.

Профилактика пролежней занимает в работе медсестры особое место. Этому нужно уделять должное внимание и не пренебрегать. Целесообразно придерживаться следующего: [2, с.283].

Профилактика тромбоза глубоких вен. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей и связанная с ним тромбоэмболия легочной артерии представляют серьезную проблему ухода при ОНМК. Больные с ОНМК относятся чаще всего к группе высокого риска, что делает профилактику тромбоза обязательной. У лежачих больных замедляется скорость кровотока по сосудам, что способствует повышению свертываемости крови и развитию тромбоза вен ног. Чаще такое происходит в парализованной конечности.

Медицинская сестра должна: забинтовать большую ногу эластичным бинтом, если у больного есть варикозное расширение вен, проводить ручной массаж (поглаживание и разминание) от стопы к бедру придать вынужденное положение в постели (лежа на спине, приподнять ноги на 30°-40° с помощью подушек и валиков).

При нарушении дыхания. Медсестра обеспечивает проходимость дыхательных путей путем предупреждения обструкции – это является приоритетной задачей у больных с геморрагическим инсультом, находящихся в коме и при рвоте.

При нарушении психики. Любые психические нарушения сопровождаются нарушениями памяти, внимания, эмоциональной неустойчивостью, утратой контроля над психической деятельностью. Психоэмоциональные расстройства могут существенно нарушать мотивации и адекватность поведения больного, значительно затрудняя тем самым процесс реабилитации. Медицинская сестра должна: объяснить природу нарушений родственникам; по согласованию с врачом ограничить общение пациента при выраженной эмоциональной лабильности и утомляемости; при необходимости многократно повторять инструкции и отвечать на вопросы пациента; подключить к лечению и реабилитации лиц, вызывающих положительные эмоции; не торопить пациента; при нарушении познавательных функций напоминать пациенту о времени, месте, значимых лицах; мотивировать пациента к выздоровлению.

Действия медсестры по восстановлению навыков самообслуживания: оценить уровень функциональной зависимости; обсудить с врачом объем двигательной активности и самообслуживания; обеспечить больного приспособлениями, облегчающими самообслуживания; заполнить дефицит собственными действиями в разумных пределах, не вызывая смущения и беспомощности; организовать комплекс трудотерапии с ежедневными занятиями пациента; контролировать состояние пациента, избегая развития переутомления; проводить индивидуальные беседы с больным.

Большое внимание уделяют психотерапевтическим занятиям как с больными, так и с родственниками, консультированию членов семьи.

Если по каким-то причинам больной с острым инсультом не был госпитализирован, медицинская сестра должна организовать и научить родственников как обеспечить безопасное нахождение больного дома, тщательное выполнения врачебных назначений, осуществлять мероприятия по уходу за пациентом и обучение родственников навыкам ухода за лежачим пациентом.

Уход за пациентом и профилактика возможных осложнений должны быть начаты с первых часов после инсульта и включать все мероприятия, связанные с беспомощным состоянием пациента, ограничительным режимом и важнейшим компонентами лечения больных инсультом.

Организация исследования

На базе «ГАУЗ НЦРМБ» неврологического отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения с ПриИТ (ПСЦ) города Нижнекамска, расположенного по адресу Ахтубинская 13а, было проведено исследование среди пациентов.

Первичный сосудистый центр работает в составе стационара ГАУЗ «НЦРМБ» с 2008 года и предназначен для оказания квалифицированной и специализированной, экстренной медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения. Отделение развернуто на 60 коек, из них 12 реанимационных и 48 неврологических коек для больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

Центр рассчитан на обслуживание больных Нижнекамска, Нижнекамского района, г. Заинска и Заинского района. На территории отделения расположено 12 палат общего пребывания на 4 койко-места с раковинной, все палаты оснащены системой подачи кислорода и вакуума, имеются палаты повышенной комфортности на 2 койки с санузлом (раковина, унитаз). Имеется 1 палата для участников и ветеранов ВОВ на 2 койко-места.

Работа проводилась с пациентами, находящимися на лечении после перенесенного нарушения мозгового кровообращения. На момент исследования на стационарном лечении находилось 26 человек с острым нарушением мозгового кровообращения.

Из них: 23 человека утратили способность к самообслуживанию, питались с помощью ложки или поильника (15 человек); им установлен назогастральный зонд; установлен мочевого катетер; нарушена речь у большинства пациентов.

Находясь в стационаре, пациенты проходят реабилитацию после перенесенного инсульта. Они восстанавливают утраченные навыки, развивают мелкую моторику: учатся заново общаться, одеваться, кушать,

выполнять простые действия (включать свет, открывать двери, включать кран, нажимать на кнопки, плести косы и т.д.). Для этого в кабинете «Эрготерапии» имеются специальные приспособления для восстановления утраченных навыков.

Цель работы эрготерапевта – максимальная бытовая и социальная адаптация пациента.

К задачам эрготерапии относят: оценку функциональных возможностей пациента при первом осмотре и в последующем в динамике; постепенное восстановление привычной ежедневной активности; разработку мелкой моторики; подбор специальной техники, облегчающей жизнь пациента (рис.1, рис.2, рис.3, рис.4, рис.5).

Ключевую роль в комплексной медицинской реабилитации играет медицинская сестра. Задачами медицинской сестры являются: подготовить пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования по назначению врача; выполнять назначения врача по лечению, уходу и профилактике осложнений; выявлять проблемы пациента и грамотно их решать; обучать пациентов основам гигиены; грамотно оказывать помощь при неотложных состояниях данной патологии; оказывать психологическую помощь пациентам и их родственникам, убедить родственников в необходимости их участия в реабилитационно-восстановительных мероприятиях; давать грамотные советы относительно диеты и двигательной активности.



Рис.1. Стенд для развития мелкой моторики



Рис.2. Стенд для развития мелкой моторики



Рис.3. Стенд для развития мелкой моторики



Рис.4. Специальная ложка, адаптированная для инвалидов



Рис.5. Специальная расческа для волос с длинной ручкой

Полное восстановление после инсульта происходит лишь у 10% пациентов, имеются умеренные и тяжелые нарушения функций, пациентам необходим специальный сестринский уход – 40% пациентов (рис.1).

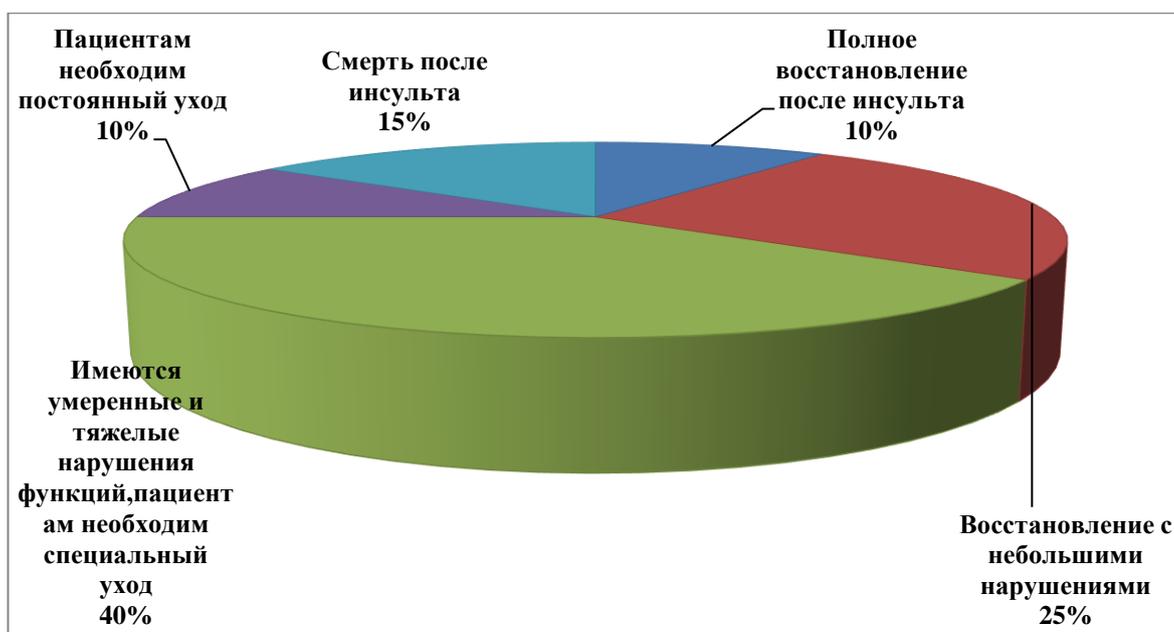


Рис. 1 Статистика эффективности реабилитационных мероприятий после перенесенного инсульта

Медицинская сестра помогает пациентам в восстановлении утраченных функций: двигательные навыки, восстановление речи, навыки самообслуживания, при пролежнях, при тромбозе, при различных болях и т.д. Деятельность медицинской сестры направлена именно на решение этих проблем (табл.2).

Таблица 2

Методика по решению проблем пациента

№ п/п	Проблема пациента в первое время после инсульта	Деятельность медсестры по решению проблемы
1.	Нарушение дыхания	-удаление съемных зубных протезов; -регулярная санация ротоглотки или трахеостомы; -контроль положения пациента и изменение положения тела; -проведение пассивной дыхательной гимнастики.
2.	Нарушение глотания.	В бессознательном положении и при отсутствии глотательного рефлекса, кормление выполняется через назогастральный зонд.
3.	Расстройства терморегуляции	-контролирует температуру тела пациента и фиксирует данные в «температурном листе»; -контролирует температуру воздуха в палате (температура колеблется в пределах 18-20 °С; -проводит проветривание палаты каждые 2 часа; -не допускает использование перин и толстых одеял на постели больного.
4.	Боль и отек в парализованных конечностях	-исключить свисание конечностей, -применять пневматическую компрессию или бинтование специальными бинтами, -поддерживать достаточный объем пассивных движений, -периодически придавать парализованным конечностям приподнятое положение.
5.	Тромбоз глубоких вен	-забинтовать больную ногу эластичным бинтом, если у больного есть варикозное расширение вен, -проводить ручной массаж (поглаживание и разминание) от стопы к бедру, -придать вынужденное положение в постели (лежа на спине, приподнять ноги на 30°-40° с помощью подушек и валиков).
6.	Пролежни	-ежедневно и по мере загрязнения менять постельное белье; -обрабатывать спину камфорным спиртом и делать массаж; -менять положение пациента каждые 2 часа в постели.
7.	Восстановление двигательных навыков пациентов.	-проводит с больным занятия по указанию врача лечебной физкультуры в вечернее время и выходные дни;
8.	Восстановление речи.	Медсестра занимается с пациентом по указанию логопеда.
9.	Восстановлению	Беседа с пациентами и их родственниками по обучению навыкам

навыков самообслуживания	самообслуживания.
--------------------------	-------------------

Также пациентам назначается диета, соответствующая рекомендациям лечебного стола 10.

Таким образом, сестринский уход действительно направлен на восстановление здоровья и снижение риска развития осложнений, которые могут возникнуть при инсульте.

Проведя беседы с родственниками выяснилось, что большинство родственников пациентов не умеет осуществлять уход за тяжелобольным пациентом и нуждаются в обучении. Обучение должна проводить медицинская сестра. При выписке пациента родственника охватывает страх того, что ему предстоит ухаживать за лежачим больным самостоятельно, не имея при этом специальных навыков. Большинство опрошенных просто не в состоянии оплачивать услуги квалифицированной сиделки. Таким образом, были разработаны памятки для родственников.

Памятка для родственников

Восстановление организма после перенесенного инсульта (рис. 6) может занимать месяцы или даже годы. В семье, где больному оказывают постоянную, своевременную и правильную помощь (в том числе и моральную), гораздо быстрее и качественнее восстанавливаются функции организма.



Рис. 6 Восстановление организма после перенесенного инсульта

Важно создать у больного мотивацию на выздоровление и правильно ухаживать за ним!

Квартиру нужно сделать более удобной:

- установите брусья, поручни, перекладины в ванной, душе при необходимости – по квартире;
- установите в ванной сиденье со спинкой, снабдите головку душа ручным захватом;
- возле кровати поставьте кресло с высокой спинкой, прикроватный столик;
- держите пластиковый мочеприемник у кровати больного, чтобы он мог пользоваться им ночью;
- оставляйте на ночь в комнате больного ночник;
- обеспечьте свободное передвижение больного по квартире;
- используйте радиотелефон или телефон с громкой связью, которыми мог бы пользоваться больной, либо установите какой-либо сигнал для связи с вами (колокольчик, мигающий свет).

Прием лекарств:

- больному могут быть назначены несколько видов лекарственных препаратов, каждый препарат следует принимать только в соответствии с прилагаемой инструкцией;
- держите необходимые в течение дня таблетки (в нужной дозировке) в распределительном лотке;
- узнайте у врача, каких продуктов или напитков больному следует избегать во время приема лекарств;
- в течение суток контролируйте цифры артериального давления больного, данные записывайте (ведите дневник).

Соблюдение здорового образа жизни:

- готовьте больному пищу с низким содержанием жира и холестерина, включайте сырые овощи и фрукты, овощные и фруктовые соки;
- поддержите больного, помогите прекратить курить и принимать алкоголь;
- следите, чтобы больной достаточно время находился на свежем воздухе, а в случае восстановления ходьбы – ежедневно совершал прогулки, постепенно увеличивая их продолжительность, определите распорядок дня;
- ограничьте число посетителей, так как близкий Вам человек, особенно на первых порах, может очень быстро устать;
- при развитии постинсультной депрессии больной может отказываться от приема лекарств, от выполнения физических упражнений; может проявлять раздражительность по отношению к другим людям.

Помощь семьи в преодолении депрессии может заключаться в одобрении любого вида активного

времяпровождения и участия в занятиях, требующих умственной активности.

Восстановление навыков самообслуживания

Раздевание

- Пациент сидит на стуле, поставив обе ступни на пол;
- Парализованная рука свободно висит между коленей;
- Здоровой рукой он стягивает через голову верхнюю часть одежды (например, пуловер);
- Первой из рукава извлекается здоровая рука;
- Затем с ее помощью рукав снимается и с парализованной руки (рис 7).



Рис.7 Восстановление навыков раздевания

Мытье здоровой руки с помощью парализованной руки

- Больной берет в парализованную руку губку, опираясь здоровой рукой о раковину или стол.
- Помощник направляет движения парализованной руки во время мытья; поддерживает парализованную руку за локоть; выводит плечо парализованной руки вперед. Полотенце для вытирания перекидывается через парализованную руку самим больным или помощником (рис.8).



Рис.8 Мытье здоровой руки с помощью парализованной руки

Одевание майки

Больной: помещает майку на бедро здоровой ноги глубоким вырезом ворота вниз, а парализованную руку зажимает между коленями для подавления нежелательных содружественных движений (патологических синкинезий). При помощи здоровой руки одевает майку на парализованную руку до уровня ее локтя; затем просовывает здоровую руку в соответствующее рукавное отверстие и при помощи здоровой руки одевает майку через голову. При одевании майки через голову туловище остается в положении легкого сгибания, затем больной разгибается и выпрямляет майку.

Помощник направляет парализованную руку пациента в рукав и помогает при одевании майки через голову (рис.9).



Рис.9 Одевание майки
Прием пищи

Больной сидит в удобной позе за столом, парализованная рука вытянута вперед и лежит на столе. Помощник направляет движения больного.

Больному нужен простой и хорошо сконструированный стол; покрытие его не должно быть скользким (рис.10).

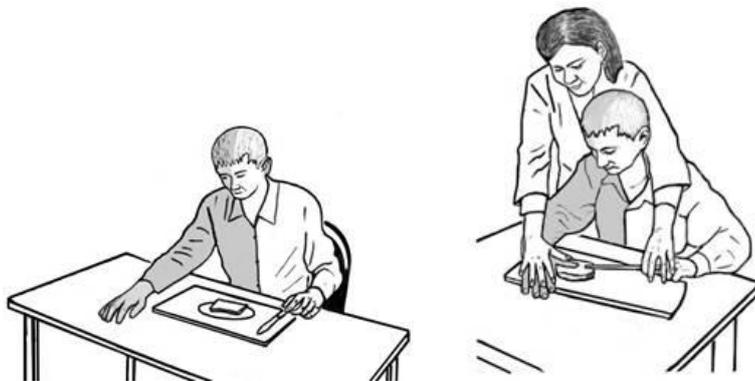


Рис.10 Прием пищи

Литература

1. Бахтина, И.С, А.Г. Бойко, ЭМ. Овсянников "Сестринское дело менеджмент и лидерство" // Методическое пособие для медицинских сестер - Санкт-Петербург-2012 - с. 196
2. Джон КэмМА, Томас Ф. Люшер, Патрик В. Серруис, Болезни сердца и сосудов//Медицинская литература. -М.: Кардиология/ Терапия.2011. -59с.
3. Данилов, В.П., Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики .2014. -248 с.
4. Добровольский, В.К. и др. Лечебная физкультура в реабилитации постинсультных больных. — Спб: Медицина, 2006. — 144 с.
5. Епифанов, В. А. Реабилитация в неврологии [Текст] /Епифанов, В.А. Епифанов, А.В. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 416 с.
6. Жизнь после инсульта [Текст]: руководство / под ред. В. И. Скворцовой; РГМУ, НИИ Инсульта РГМУ, НАБИ, ОРБИ. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 208 с.
7. Инсульт. /Под ред. Скворцова, В.И. — М.: Качество жизни, 2009. — 78с.
8. Кадыков, А.С., Реабилитация после инсульта. — М: «Миклош», 2003. — 176 с.
9. Карреро, Л., Инсульт. Программа реабилитации: Медицинская литература//2013. -160 с.
10. Косицкий, Г.И., Цивилизация и сердце/Виноградов, А.: Медицинская литература. 1977. -184с.
11. Лоренцо, К. Инсульт. Программа реабилитации//Медицинская литература. – М.: Кардиология.2000. – 160с.
12. Манвелов, Л., Кадыков А. Инсульт//Книга по медицине. – М./2004. -192с.
13. Мухина, С. В., И.И. Тарновская "Теоретические основы сестринского дела" М. 2016 с.180
14. Молчанов, Н.С., Сердечно-сосудистые нарушения в молодом возрасте// Медицинская литература. -М.: Кардиология.1967. -52с.
15. Неврология [Текст]: нац. рук. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт; АСМОК. – крат. изд. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с.
16. Рыжков, В., Инсульт. Срочная реабилитация. Клиника, критерии диагностики и экспертизы. Тактика ведения и реабилитация: Спец Лит//2016. - 160 с.
17. Романовский, В.Е., Клинический справочник фельдшера: Учебное пособие//Ростов н/Д.: «Феникс»,

2000. -640 с.

18. Стаховская, Л.В. Инсульт / Котов С.В.: Руководство для врачей// -М.: Неврология.2013. – 750 с.
19. Фадеев, П.А. Инсульт: Справочное пособие//2008-568 с
20. Хосе, М. Вальдуэза, Стефан Й.Шрайбер, Йенс-Эрик Рёль, РандольфКлингебиль, Нейросонология и нейровизуализация при инсульте: Перевод с английского//М.: «МЕДпресс-информ», 2012. – 987.
21. Гипертония и инсульт [Электронный ресурс]. - Режим доступа:http://www.gipertonia.info/art_dav/gipertoniya-i-insult/.
22. Деятельность медицинской сестры в организации ухода за пациентами при инсультах [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://revolution.allbest.ru/medicine/00769309_0.html
23. Здоровый образ жизни после инсульта [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.google.com/search?q>
24. Ишемический инсульт [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.kp.ru/guide/ishemicheskii-insul-t-golovnogo-mozga.html>
25. Лопушняк, А.С. Здоровый образ жизни после инсульта [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://stanzdorovei.ru/zdoroviiie-obraz/zdorovyj-obraz-zhizni-posle-insulta.html>
26. Мамонов, С. Все о медицине [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://medside.ru/insult>
27. Мамонов, С. Все о медицине [Электронный ресурс]. - Режим доступа:<http://medside.ru/?s=заболевания+сердца>
28. Образ жизни после инсульта [Электронный ресурс]. - Режим доступа:<http://heal-cardio.ru/2015/08/28/obraz-zhizni-posle-insulta/>
29. Последствия инсульта [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.neuroplus.ru/bolezni/insult/posledstviya-insulta.html>
30. Статистика инсульта [Электронный ресурс]. - Режим доступа:<http://szgmu.ru/rus/m/457/>

ЗНАЧИМОСТЬ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В САМОСТОЯТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Кекенадзе П.В.,
Тулебаева А.Е.,*

обучающиеся 2 курса СД «Сестринского дела» прикладной бакалавр.

Научные руководители

*Дементиевская Н.В., Шамсутдиова Э.М., преподаватели специальных дисциплин,
АВМК имени героя Советского Союза М.Маметовой , г. Актобе, Казахстан*

Актуальность

Неотъемлемые приоритеты социально-экономического развития государства в целом основаны на ценностях поддержания здоровья и создания благополучных условий для всего сообщества. В Стратегии «Казахстан-2050» ключевым направлением является здоровье нации – основа нашего успешного будущего.

[1] В связи с ростом потребностей современного поколения необходимы преобразовательные реформы в системе здравоохранения, открывающие пути и возможности изменения ситуации, как источника претворения новых подходов улучшения стратегических задач. Обновление направлений развития системы здравоохранения в целом предопределяет и изменения характера оказания первичной медико-социальной помощи.

[2] Во многих международных странах по результатам данных, около 80% всех проблем, касающихся здоровья, стараются решить на этапе первичного звена здравоохранения.

[3] На сегодняшний день модель первичной медицинской помощи предусматривает широкое участие медсестер. Такой растущий спрос сестринской практики в мире сближает деятельности медицинской сестры и врача с делегированием части врачебных полномочий медицинским сестрам. Модель медицинской сестры – пассивного помощника врача уходит в прошлое, уступая место модели медицинской сестры – помощника пациента.

[4] Нужно обратить внимание на сестринский персонал, перейти к пониманию необходимости создания новых возможностей и условий для усовершенствования медицинских сестер в профессиональном развитии, повышения уровня компетентности, ведь именно они оказывают комплекс услуг, направленных на социально-психологические потребности пациента и семьи, участвуют в санитарном просвещении населения, пропаганде здорового образа жизни.

Совершенствование деятельности медсестер станет причиной для пересмотра лечебной тактики врачей в сторону повышения её эффективности, а значит, увеличения производительности.

[5] Развитие сестринской практики, применение новых организационных технологий в сфере ухода чрезвычайно важны для выздоровления пациента.

[6,7] Учитывая вышеизложенное, представляется актуальным изучение значимости участия медицинской сестры в самостоятельном приёме на уровне первичного звена здравоохранения, повышающее не только качество медицинской помощи, но и качество жизни населения.

Цель работы: изучить значимость участия медицинской сестры в самостоятельном приёме хронических больных.

Задачи: 1. Проанализировать готовность средних медицинских работников г. Актобе к ведению

самостоятельного приёма в сестринской практике на уровне ПМСП. 2. Оценить удовлетворенности пациентов работой медицинских сестер ведущих самостоятельный приём и медицинских сестер врачебного участка.

Научная новизна:

В рамках исследования впервые:

1. Проанализирована готовность средних медицинских работников к ведению самостоятельного приёма хронических больных.

2. Оценена удовлетворенность пациентов работой медицинских сестер ведущих самостоятельный приём и медицинских сестер врачебного участка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящая работа является комплексным медико-статистическим исследованием. Для достижения цели и решения поставленных задач разработана комплексная программа исследования, состоящая из двух этапов (таблица 1). Выбор объектов исследования определялся в соответствии с поставленными задачами и этапами работы.

Таблица 1 – Программа исследования

№	Этапы	Методы исследования	Материалы и объем исследования
	1	2	3
1	Изучить готовность средних медицинских работников ПМСП города Актобе к самостоятельному выполнению медицинских компетенций.	Исследование случай-контроль, путем анкетирования	«Анкета изучения роли медицинской сестры при оказании медико-социальной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях». В основную группу вошли средние медицинские работники, ведущие самостоятельный прием 57 человек, и 57 медицинских сестер ведущих прием совместно с участковым врачом, размер выборки составил 114 человек.
2	Оценить удовлетворенность пациентов работой медицинских сестер ведущих самостоятельный прием и медицинских сестер врачебного участка.	Одномоментное поперечное исследование. Социологический, аналитический, статистический.	«Анкета для пациентов» Проанкетировано 63 пациента.

На первом этапе была изучена готовность средних медицинских работников ПМСП города Актобе к самостоятельному выполнению медицинских компетенций. Было проведено исследование случай-контроль путем анкетирования. Нами была разработана анкета на основе анализа литературных данных.

В анкету были включены закрытые вопросы на казахском или русском языке, опросы проводились индивидуально. Все анкетные данные кодировались, конфиденциальность соблюдалась. В целом заполнение анкет занимало 10-15 минут.

Исследование проведено в городе Актобе с 1 июня по 30 августа 2021 года. Население города Актобе на 1 июня 2021 года составило 512 тысяч 452 человека. В городе Актобе работают 46 медицинских учреждений ПМСП. Для получения репрезентативной выборки нами были случайным образом отобраны учреждения. В исследование вошли 3 учреждения ПМСП города Актобе: ГП 3, ГП 4 и ГП 1.

Данные ПМСП оказывают доврачебную или квалифицированную медицинскую помощь без круглосуточного медицинского наблюдения, проводят профилактические, диагностические, лечебные мероприятия, также экспертизу временной нетрудоспособности, в данных учреждениях семейные медицинские сестры ведут отдельный самостоятельный прием от врача.

Дизайн исследования случай-контроль.

В основную группу вошли все средние медицинские работники, ведущие самостоятельный приём с участковым врачом в медицинских центрах: ГП 1,3,4, размер выборки составил 57 человек, вошедших в контрольную группу.

Критерием включения в группу было ведение самостоятельного приёма средним медицинским персоналом. Единицей наблюдения был средний медицинский работник. Каждому участнику исследования присваивался идентификационный номер.

Для определения готовности среднего медицинского персонала ПМСП к ведению самостоятельного приёма, принятия самостоятельности и ответственности была разработана анкета. Структура опросника включала в себя 11 вопросов. Опросник содержал вопросы, касающиеся социально-демографического статуса, объема и характера работы, готовности самостоятельного выполнения тех или иных медицинских услуг. Вопросы были открытого и закрытого типа. Анкета была взята с сайта ВОЗ. Анкета составлена на русском языке,

затем переведена на казахский, после чего обратно с казахского языка переведена на русский. Анкетирование проводилось анонимно.

На втором этапе оценивалась удовлетворённость пациентов работой медицинских сестер, ведущих самостоятельный приём, и медицинских сестер врачебного участка, готовность населения к тому, что медицинская сестра ведет самостоятельный приём определенной категории пациентов, готовность пациентов к получению данного вида медицинской помощи.

Дизайн исследования – одномоментное поперечное исследование. Период наблюдения – с 01 июня 2021 по 31 августа 2021 года.

Было проведено выборочное анкетирование населения с использованием анкет, разработанных для населения. Структура опросника включала в себя 10 вопросов. Опросник содержал вопросы, касающиеся уровня удовлетворенности качества оказания медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемых населению в лечебных учреждениях на уровне первичного звена здравоохранения ВОП и медицинскими сестрами. Вопросы были открытого и закрытого типа. Для ответа на вопрос нужно было внимательно ознакомиться со всеми вариантами ответов и выбрать тот, который, на их взгляд, являлся верным.

Для прохождения процедуры валидации сначала анкета была составлена на русском языке, затем переведена на казахский, после чего обратно с казахского языка переведена на русский. Анкетирование проводилось анонимно, каждому участнику исследования присваивался идентификационный номер. Анкета для пациентов взята с сайта ВОЗ.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Готовность средних медицинских работников к самостоятельному выполнению инновационных медицинских компетенций

Роль среднего медицинского работника в пропаганде формирования здорового образа жизни среди населения является одной из самых главных составляющих в работе среднего медицинского персонала первичного звена здравоохранения.

Во многих странах мира растет спрос на сестринский персонал, так как их практика гибко реагирует на демографические, экономические и социальные перемены. В результате этого сестринская деятельность превратилась в ключевой компонент медицинского обслуживания в любых условиях. Сфера деятельности медицинских сестер включает оказание широкого спектра услуг в рамках ПМСП и участие в проведении высокотехнологичных научных исследований.

Еще в 60-е годы комитет экспертов ВОЗ по сестринскому делу определил его как "практику человеческих взаимоотношений", считал, что медсестра 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.

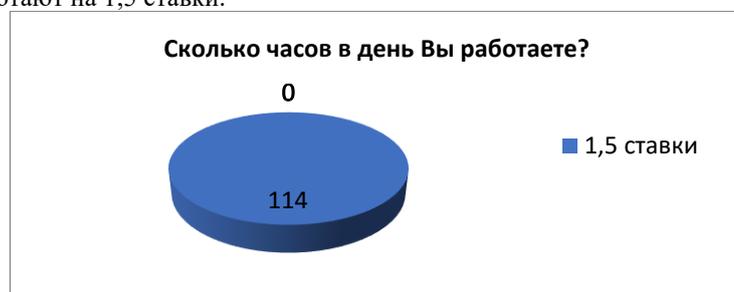
Медицинская сестра совместно с больным и с его родственниками, а не только с врачом, намечает мероприятия, которые необходимо провести для достижения конкретно поставленной цели.

Одной из основных функций социально-ориентированных медсестер является самостоятельный сестринский приём пациентов, в ходе которого собирается первичный анамнез (жалобы, уровень артериального давления, температура тела и другое), антропометрические данные пациента, составляется социальный паспорт семьи, определяются критерии неблагополучия в семье. Являясь координатором маршрута пациента, медсестра принимает решение о дальнейшем движении пациента, а сама приступает к работе со следующим.

Для определения готовности средних медицинских работников к самостоятельному выполнению медицинских компетенций, нами было проведено исследование случай-контроль, путём анкетирования.

Результаты анкетирования:

1 вопрос. На вопрос, сколько часов (ставка) Вы работаете, 114 респондентов, то есть 100%, ответили, что работают на 1,5 ставки.

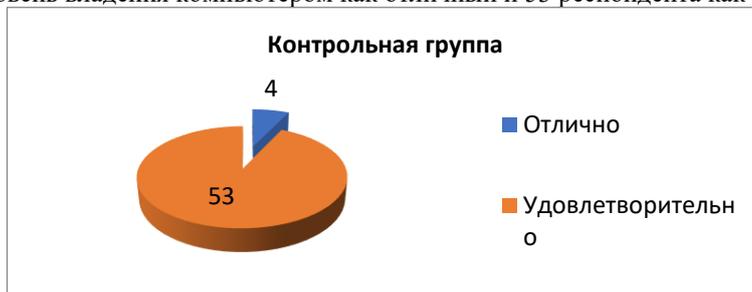


2 вопрос. Уровень владения компьютером.

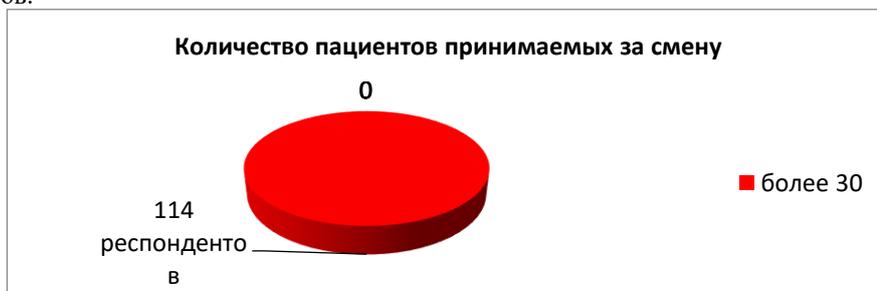
26 респондентов оценили свои навыки по владению компьютером как хорошие, 10 человек считают, что владеют компьютером свободно и 19 человек владеют компьютером удовлетворительно.



Из контрольной группы респонденты ответили на вопрос следующим образом: 4 респондента оценивают свой уровень владения компьютером как отличный и 53 респондента как удовлетворительный.



3 вопрос. Ответ на вопрос, каково среднее количество пациентов, обслуживаемых Вами во время рабочей смены, распределился так: 100% респондентов из обеих групп обслуживают за смену более 30 пациентов.



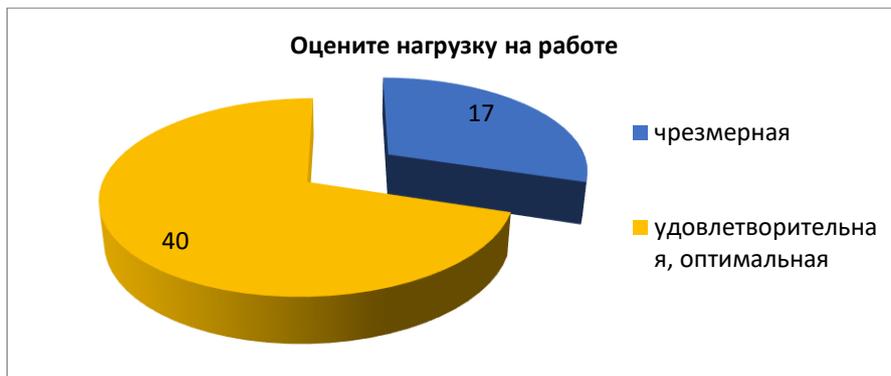
4 вопрос: сколько времени в среднем Вы уделяете каждому пациенту на приеме. Ответы респондентов распределились следующим образом: 39 респондентов уделяют каждому пациенту от 11 до 20 минут, 14 человек уделяют каждому пациенту до 10 минут, 4 респондента на каждого пациента уделяют более 30 минут.



Респонденты контрольной группы на вопрос о времени, затрачиваемом на приём 1 пациента, ответили следующим образом: 51 респондент – до 10 минут и 6 респондентов – от 11 до 20 минут.



Вопрос 5: Вы считаете, что Ваша нагрузка на работе: недостаточная, чрезмерная, удовлетворительная оптимальная, затрудняюсь ответить. На данный вопрос респонденты ответили так: 40 человек считают свою загруженность на рабочем месте удовлетворительной, оптимальной, а 17 респондентов считают свою загруженность чрезмерной.



На 5 вопрос 52 респондента контрольной группы считают нагрузку на работе чрезмерной и 5 респондентов удовлетворительной.



Вопрос 6: Ваши впечатления от Вашей работы? Ответы представлены ниже:.



Свои впечатления о работе респонденты оценили так: 31 тестируемый считает свою работу интересной, 11 человек любят свою работу, 13 человек считают требования по работе чрезмерно завышенными и 2 респондентам работа не нравится.

В контрольной группе 12 респондентов находят свою работу интересной, 10 респондентов любят свою профессию, 35 респондентов отмечают очень завышенные требования.



Вопрос 7. Что бы Вы внесли в программу обучения медицинских сестер?

- 1 . больше обращать внимание на практические навыки,
2. больше обучать компьютерной грамотности,
3. совершенствовать коммуникативные навыки,
4. ввести в программу основы доказательной медицины,
5. пересмотреть программу подготовки и переподготовки, используя международный опыт и международные требования медсестёр разного уровня. Ответы на этот вопрос распределились следующим образом:



26 респондентов хотели внести в обучение медицинских сестер обучение коммуникативным навыкам, 15 респондентов хотели увеличить обучение сестринскому консультированию и обучению пациентов, 13 человек хотели внести в обучение международный опыт и международные требования к медсёстрам, 3 респондента предлагают обучать компьютерной грамотности с учётом современных медицинских программ.

Респонденты контрольной группы ответили так: 53 опрошенных хотели обновить свои знания по клинике, реабилитации некоторых заболеваний, 10 респондентов отметили недостаточные знания в коммуникации с пациентами, 11 респондентов затруднились ответить на этот вопрос.



Вопрос 8: Как вы думаете, какие виды работ Вы бы могли выполнять самостоятельно (наиболее частые ответы занесены в таблицу):

1	Патронаж здоровых детей до 1 года на дому
2	Активный патронаж диспансерных больных с хроническими заболеваниями на дому
3	Самостоятельный прием по медико-социальным вопросам
4	Выписка рецептов больным, состоящих на «Д» учёте
5	Проведение бесед с населением по вопросам пропаганды и формирования здорового образа жизни
6	Проведение скрининга
7	Обучение пациентов в школах здоровья
8	Иммунопрофилактика

Отвечая на этот вопрос респонденты указали те виды медицинских услуг, которые они могли бы выполнять самостоятельно без участия врача.

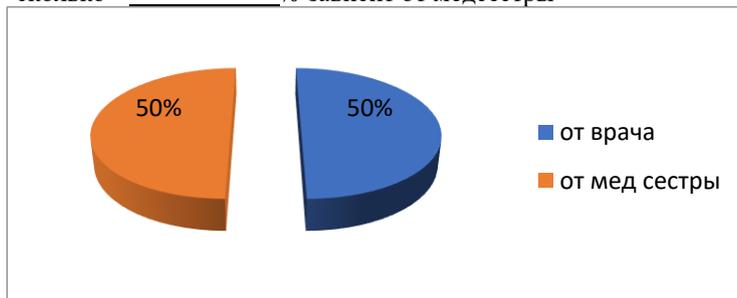
У респондентов контрольной группы наиболее частые ответы были такими:

1	Измерение артериального давления
2	Термометрия
3	Подсчет пульса
4	Выписка рецептов больным
5	Подсчет ЧДД
6	Патронаж здоровых детей до 1 года на дому
7	Выписка направлений в лабораторию по указанию врача
8	Выписка направлений для проведения медицинских манипуляций по указанию врача

Вопрос 9. Какова роль врача и роль медицинской сестры в оказании медицинской помощи пациенту?

-сколько _____% зависит от врача,

-сколько _____% зависит от медсестры

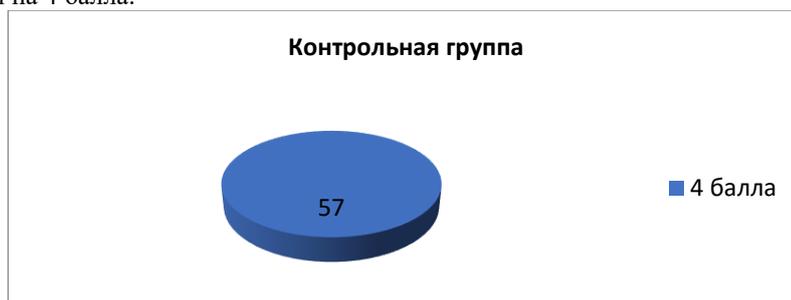


Опрошенные респонденты из обеих групп считают, что качество оказания медицинской помощи пациенту зависит как от врача, так и от медицинской сестры в равной степени, 50% на 50%.
 Вопрос 10. Оцените свою готовность к самостоятельному приёму по 5-балльной шкале.



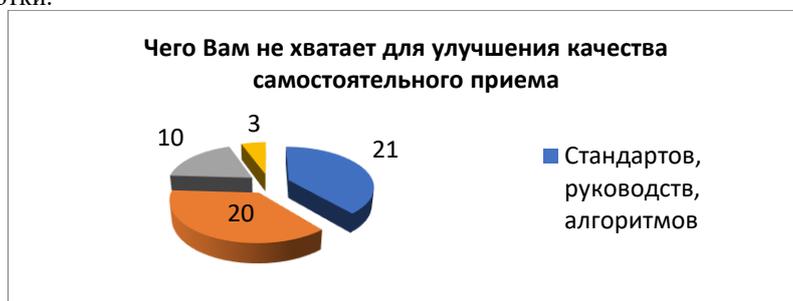
40 респондентов оценивают свою готовность к самостоятельному приёму больных на 5 баллов, 12 респондентов – на 4 балла и на 3 балла оценивают свои возможности 5 респондентов.

Все респонденты из контрольной группы (57 человек) свою готовность к самостоятельному приёму оценили на 4 балла.



Вопрос 11. Чего Вам не хватает для улучшения качества проведения самостоятельного приёма?

Для улучшения качества проведения самостоятельного приема 21 респондент отмечает отсутствие чётко прописанных профессиональных навыков, стандартов, руководств. 20 респондентов отмечают недостаточное владение коммуникативными навыками. 10 респондентов отмечают нехватку знаний в клинике, реабилитации некоторых заболеваний. И 3 респондента считают самостоятельный приём несовершенной системой, требующей доработки.



Для ведения самостоятельного приёма 24 респондентам из контрольной группы не хватает коммуникативных навыков, 33 респондентам не хватает профессиональных компетенций.



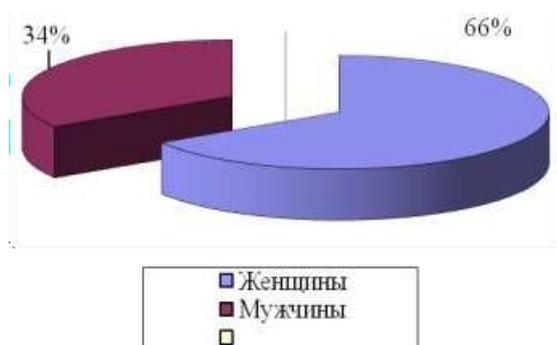
Выводы. Из полученных данных становится понятно, что медицинские сёстры, ведущие самостоятельный приём, больше времени уделяют на общение с пациентом: от 11 до 20 минут. Сравните: участковые медицинские сестры уделяют 10 минут. Уровень готовности самостоятельно вести прием также больше у медицинских сестер ВОП. Компетенции, которые медсестра ВОП выполняет самостоятельно, более расширены по сравнению со стандартными манипуляциями участковой медицинской сестры. Скорее всего, это связано с тем, что медицинские сёстры, участвующие в традиционном приёме, не обучены стандартам по оказанию самостоятельной сестринской помощи. Возможно, это также связано с недостаточной законодательной базой практики самостоятельного приёма медицинских сестёр, консерватизмом взглядов медицинских работников на необходимость изменения своей деятельности.

Сравнительная оценка удовлетворённости пациентов работой медицинских сестёр, ведущих самостоятельный приём, и медицинских сестёр врачебного участка.

Оценка удовлетворённости пациентов работой медсестёр самостоятельного приёма и врачебного участка, как одного из факторов повышения качества сестринской помощи, проводилась путём использования социологического метода.

В ходе социологического исследования была разработана анкета, включающая 16 пунктов. При ответах на вопросы получена информация, касающаяся удовлетворённости пациентов: внешним видом медицинских сестер, их профессионализмом, моральными качествами, организацией рабочего времени персонала и др..

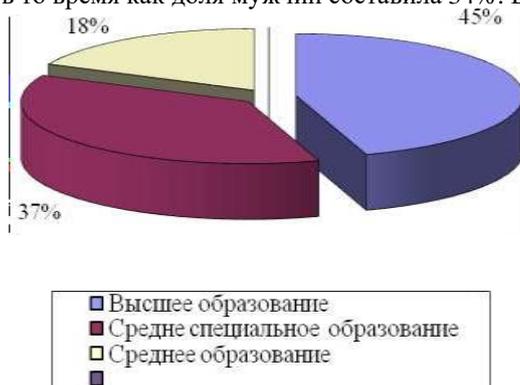
Проведено анонимное анкетирование 64 пациентов, обращавшихся за помощью к медицинской сестре



на самостоятельном приёме и врачебном участке.

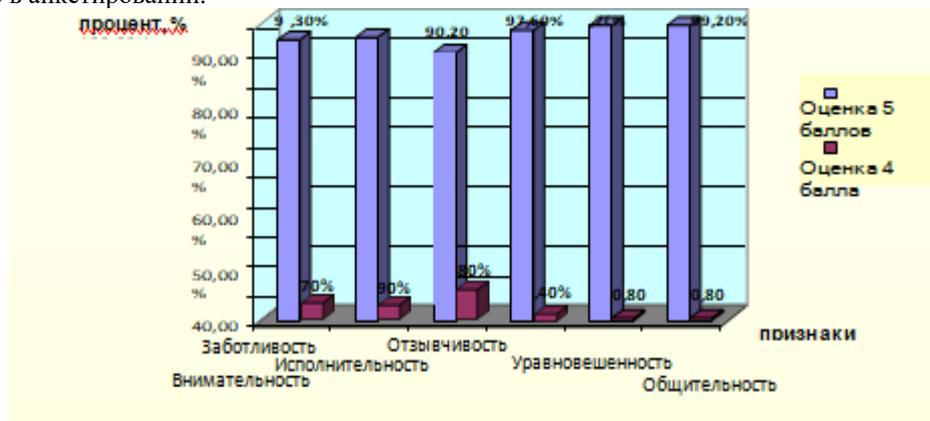
Распределение респондентов по половому составу

Состав респондентов с учётом их половой принадлежности представлен преимущественно женщинами (66%), в то время как доля мужчин составила 34%. Возраст варьировал от 30 до 60 лет.

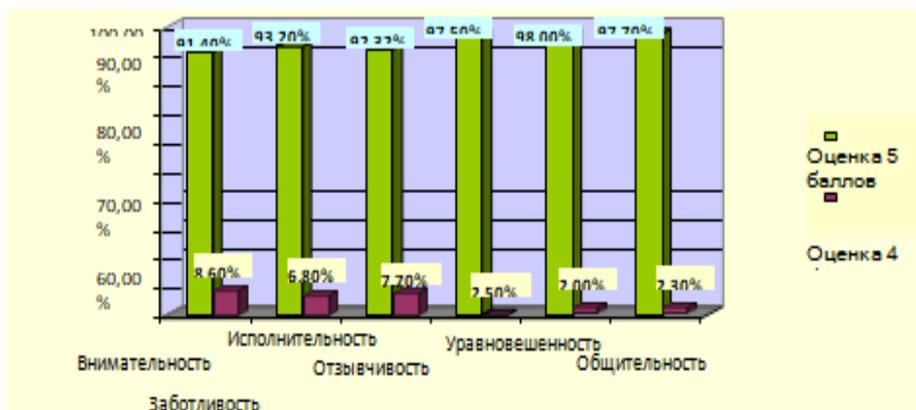


Анализ структуры обслуживаемого населения по уровню образованности.

По уровню образованности респонденты распределились следующим образом: 45% – имеют высшее образование; 37% – среднее специальное образование; 18% – среднее образование. Учащиеся школ не принимали участие в анкетировании.



Качества, которыми обладает медсестра самостоятельного приёма, по мнению респондентов, (по 5-балльной шкале): значительная часть респондентов оценила внимательность на 5 баллов – 94,3%, на 4 балла – 5,7%; 5 баллов большинство респондентов отдали заботливости (95,1%); исполнительности – 90,2%; отзывчивости – 97,6%; уравновешенности – 99,2%; общительности – 99,2%.



Качества, которыми обладает медсестра врачебного участка, по мнению респондентов (по 5-балльной шкале): значительная часть респондентов оценила внимательность на 5 баллов – 91,4%, меньшая 8,6% – на 4 балла; 5-балльную оценку большинство респондентов отдали заботливости (93,2%); исполнительности – 92,3%; отзывчивости – 97,5%; уравновешенности – 98%; общительности – 97,7%.

Оценки респондентов, касающиеся отношения медсестёр к пациентам, распределились следующим образом: медсестра общеврачебной практики доброжелательная – так считают 96,8%; внимательная – 96,8%; равнодушная – 2,4%. Медсестра врачебного участка доброжелательная – так считают 95%; внимательная – 95,2%; равнодушная – 3,8%; Уровень профессионализма у медсестры общеврачебной практики оценили как высокий – 95,1%, а медсестры врачебного участка – 89,4% респондентов; средний уровень медсестры общеврачебной практики – 4,9%; медсестры врачебного участка – 11,6%; воздержавшихся от ответа респондентов нет.

Анализируя удовлетворительность населения работой медицинских сестёр общеврачебной практики и врачебного участка, предпочтение было отдано деятельности медицинской сестры общеврачебной практики – 80%; медсестре врачебного участка – 57%; не удовлетворены деятельностью медсестры общеврачебной практики – 15%; медсестры врачебного участка – 33%; затруднились с ответами – 5%.

Полученные результаты указывают на то, что пациенты в большей степени отдают предпочтение деятельности медсестры общеврачебной практики.

Делая вывод по результатам социологического опроса, в целом можно говорить, что медсестры общей практики практически по всем критериям превосходят врачебные участки, это доказывает их несомненную актуальность и полезность и открывает новые перспективы в лечении больных и профилактике заболеваний.

Практические рекомендации.

Комплексный анализ результатов исследования дал возможность разработать мероприятия по оптимизации работы среднего медицинского персонала.

В качестве мер по изменению ситуации предлагается:

1. Проводить балльную оценку удовлетворённости пациентами сестринской помощью, ежеквартально анализировать выявленные при этом проблемы и разрабатывать план мероприятий по их устранению.
2. По результатам этой оценки сотрудников, достигших наивысших результатов в своей деятельности, материально стимулировать.
3. С целью психологической разгрузки организовать работу комнаты психологической разгрузки.
4. Организовывать периодическое обучение сестринского персонала, проводить мастер-классы по обмену опытом, обучение молодых специалистов, решение ситуационных задач, тестирование.

Все это способствует профессиональному росту и повышению качества медицинской помощи в больнице.

ВЫВОДЫ

На сегодняшний день в Казахстане проводится активная целенаправленная работа по восстановлению значимости сестринской профессии. Это предусмотрено Программой развития сестринского дела в Республике Казахстан. Принципиально новые условия первичной медико-профилактической помощи населению медицинской сестрой кардинальным образом изменили требования к качеству работы медсестры общей практики и врачебного участка. Расширенные функции медицинской сестры общеврачебной практики и внедрение современных технологий в её работу требуют пересмотра как содержания, так и методов оказания первичной медико-профилактической помощи.

На сегодняшний день назрела необходимость чётко определиться с видами деятельности и функциями медсестры общей практики и врачебного участка.

Специфика работы медицинской сестры общеврачебной практики в Радужнинской городской больнице заключается в том, что она выполняет программу по защите и укреплению здоровья семьи, оценивает результаты проводимых профилактических мероприятий.

Таким образом, медсестра общеврачебной практики – это равноправный участник наряду с врачом общей практики, всех видов лечебно-профилактической работы на участке. В соответствии с мировыми стандартами медсестра общей практики относится к пациенту, как к индивидуальной личности; умеет выявлять его проблемы, в том числе внутрисемейные, с последующей координацией медицинской помощи в течение всей

жизни.

Результаты проведенного исследования, направленного на анализ объема деятельности медицинских сестер общей практики и врачебного участка, позволили установить следующие тенденции:

1. Медицинская сестра играет значительную роль в системе общественного здоровья, именно она является первым, последним и наиболее постоянным медицинским работником, находящимся в контакте с пациентом.

2. Именно медицинская сестра знает о своём больном всё, начиная с семейной ситуации до условий проживания в доме; она осуществляет инъекции, процедуры, измерение физиологических показателей, взятие биологических материалов для исследования, снятие электрокардиограммы, проведение физиотерапевтических процедур.

3. Оценка больными работы медицинских сестёр общеврачебной практики и врачебного участка показывают, что пациенты больше предпочитают отдавать деятельности медицинской сестры общей практики (80%), нежели деятельности медсестры врачебного участка (57%). Среди респондентов в 2 раза чаще констатируется неудовлетворенность деятельностью медсестёр врачебного участка – 30%, неудовлетворённость деятельностью медсестёр общеврачебной практики составила 15%. Данный отрицательный баланс вызван, очевидно, неправильной организацией на врачебном участке рабочего дня медицинской сестры и использованием времени, отведенном на патронаж пациентов.

Литература

1. Konradsdottir E., Svavarsdottir E.K. How effective is short-term educational and support intervention for families of an adolescent with type I diabetes? *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*.-2020.-21 (4):295-304.

2. Исакова А.М., Сакен Г.Е., Кулмаханова Н.Б, Тілек М.Т. Удовлетворенность населения новой ролью медицинских сестер в поликлиниках города Астаны. Международная научно-практическая конференция молодых ученых «Наука и здоровье», посвященная 75 - летию Президента Ассоциации оториноларингологов Республики Казахстан, Академика НАН РК, доктора медицинских наук, профессора Талебаева Райса Каженовича.-22 апреля 2020. – Семей.- С.87.

3. Osterbrink J., Hufnagel M., Kutschar P., Mitterlehner B., Kruger C., Bauer Z. Aschauer W., Weichbold M. Sirsch E., Drebenstedt C., Perrar K.M., Ewers A. Die Schmerzsituation von Bewohnern in der stationären Altenhilfe. Ergebnisse einer Studie in Münster. *Schmerz* .-2020 Feb.- 26 (1):27-35

4. Исакова А.М. Особенности профессиональных качеств у медицинских сестер/ Сборник статей I Международной (71 Всероссийской)

научно-практической конференции молодых учёных и студентов

«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения».-13-15 апреля, 2020.- Екатеринбург.- Т.2.-С. 1219-1223.

5. Jennifer Nicola M. Rea, Ashley Carvalho, Susan E. McNerlan, H. Denis Alexander, Irene Maeve Rea. Genes and life-style factors in BELFAST nonagenarians: Nature, Nurture and Narrative. *Biogerontology*.-2021.- 16:587– 597.

6. Исакова А.М., Абзалова Р.А., Шалгумбаева Г.М., Юодайте- Рачкаускаене А., Ахметова А.К., Сундеева Е.А., Кулуспаев Е.С. Внедрение новых сестринских технологий в Республике Казахстан //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -Т.24. -№3.- 2020.-С.182-186.

7. A.M. Iskakova, M.B. Beysengazina, A.A. Altynbekova, E.S. Bachevskaya. The Doctors' Opinion About The Main Advantages and Disadvantages of the Independent Nursing Appointment//Materials of the international scientific-practical conference "The europe and the turkic

world:science, engineering and technology".-June 15-17.-2021.-Side, Turkey.- P.186-188.

8. Исакова А.М., Р.А. Абзалова, Г. Е.Сакен, А.Н. Ыбраева. Анализ мнения населения об оказании медицинских услуг врачами и медицинскими сестрами на уровне первичного звена здравоохранения. Материалы международной конференции молодых ученых и студентов «Мир науки и молодежь: новые пути развития».-12 апреля, 2021.- Караганда.- С.406.

9. Assel Maratbekovna Iskakova, Roza Abzalovna Abzalova, Dinara Maratbekovna Beisebekova. Analysis of Medical and Social Technologies

in Nursing at the Level of Primary Health Care//Biology and Medicine. (Aligarh) ISSN: 0974-8369 BLM, an open access journal Vol. 7:4.-2021.- BM-125-15, 5 pages. <http://www.biolmedonline.com>

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Куенбаева Я.М.,

обучающаяся 3 курса.

Научный руководитель: Коточигова Е.М.,

ГАПОУ СО «БМК», г. Балаково

Артериальная гипертензия встречается примерно у 85% пациентов с сахарным диабетом, и наличие этих двух заболеванийотягощает течение каждого из них. Нельзя также не учитывать и тот факт, что артериальная гипертензия является фактором риска развития новых случаев сахарного диабета.

Особенности течения артериальной гипертензии при сахарном диабете:

сочетание артериальной гипертензии с поражением органов-мишеней, осложняющим течение патологического процесса (микроальбуминурия, кровоизлияния в сетчатку и стекловидное тело, гипертрофия

левого желудочка, нарушение функции сердца, сниженная эластичность и увеличенная жесткость сосудов вследствие проградентного развития атеросклероза);

сочетание с другими факторами риска развития и прогрессии сердечно-сосудистой патологии: ожирением, гиперлипидемией, гиперурикемией, эндотелиальной дисфункцией и др.;

гиперинсулинемия и ИР, характерные для сахарного диабета второго типа, способствуют активизации симпатического тонуса;

частое нарушение суточного профиля артериального давления в виде недостаточного снижения артериального давления в ночные часы;

при сахарном диабете чаще регистрируется склонность к ортостатической гипотензии, что обусловлено развитием вегетативной нейропатии и затрудняет выбор терапии;

частота регистрации изолированной систолической артериальной гипертензии превышает значения общей популяции;

высокая частота выявления натрий-объемзависимого характера артериальной гипертензии.

Таким образом, существует несомненная связь между сахарным диабетом, артериальной гипертензией и осложнениями, повышающими риск негативных сердечно-сосудистых исходов. Многочисленные исследования по контролю гликемии свидетельствуют, что изолированный контроль уровня глюкозы не способен в достаточной степени уменьшить сердечно – сосудистые исходы, поэтому комплексная терапия сахарного диабета должна включать воздействия на различные компоненты или управляемые факторы риска, к которым относится и сахарный диабет.

Целевые значения артериального давления при сахарном диабете составляют 130/80 мм.рт. ст., а при наличии нарушений функции почек или даже микроальбуминурии – менее 130/80 мм. рт. ст.

Стратегические направления гипотензивной терапии при сахарном диабете и артериальной гипертензии, включают общепринятые:

- постоянную гипотензивную терапию, отказ от курсового лечения, ухудшающего течение артериальной гипертензии;

- предпочтение отдается препаратам 24-часовой продолжительности действия, что позволяет контролировать артериальное давление в ранние утренние часы, вызывать плавное и мягкое снижение уровня артериального давления;

- необходимость учитывать влияние гипотензивной терапии на качество жизни.

При выявлении артериальной гипертензии на первом этапе рекомендуется в течение 3 месяцев модификация стиля жизни, направленная на снижение массы тела и ограничение соли в рационе питания. Эти рекомендации основаны на доказательности снижения уровня артериального давления при регрессии массы тела и частом выявлении «соль чувствительной» артериальной гипертензии при сахарном диабете.

Доказано, что ограничение соли до 5-6 г в сутки обосновано при нормальном артериальном давлении, а при артериальной гипертензии количество потребляемой соли не должно превышать 3 г в сутки. Рекомендация по ограничению потребления

соли при сахарном диабете основана на доказательствах повышенной чувствительности, поэтому является облигатной, так как ограничение соли повышает эффективность гипотензивной терапии.

Снижение массы тела является эффективным методом снижения артериального давления и достижения компенсации при сахарном диабете, что доказано многочисленными исследованиями и является несомненной и труднодостижимой целью.

При не достижении целевых уровней артериального давления иницируется медикаментозная терапия.

При сочетании сахарного диабета и артериальной гипертензии назначаются различные классы гипотензивных препаратов:

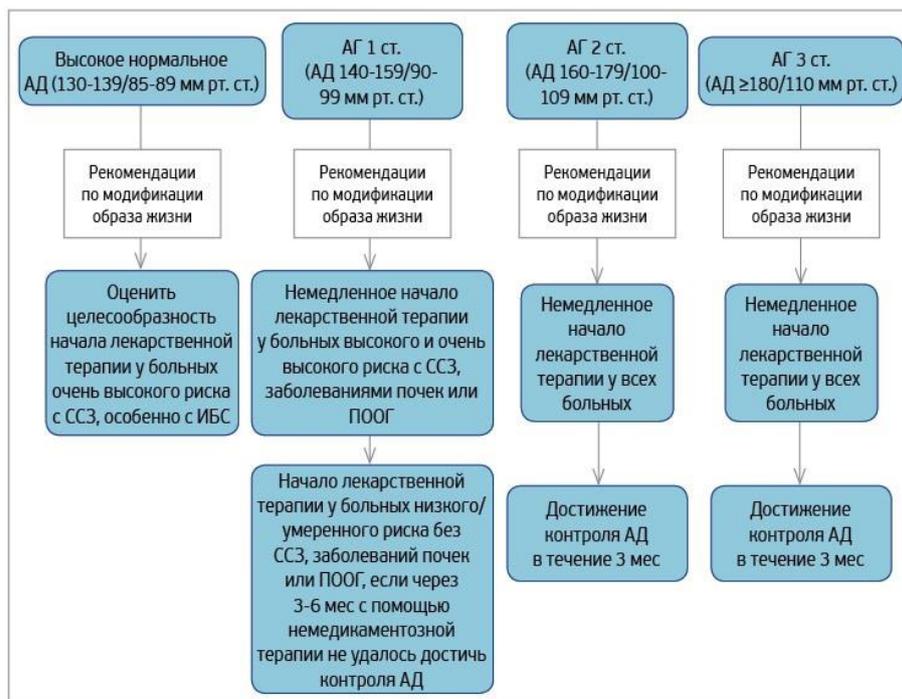


Рис. 2. Старт антигипертензивной терапии при различных значениях офисного АД

Примечание: ПООГ – поражение органов-мишеней, опосредованное гипертензией.

- при отсутствии альбуминурии – любой гипотензивный препарат, исключая α – блокаторы;
- оптимальными препаратами выбора являются ингибиторы ангиотензин – превращающего фермента (ИАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина II, предпочтение которым отдается в связи с доказанностью снижения риска прогрессии нефропатии и сердечно – сосудистой летальности и позитивного влияния на ИР;
- старт с β – блокаторов рекомендуется при ИБС (стенокардии);
- комбинация β – блокаторов и ИАПФ предпочтительна после инфаркта миокарда;
- комбинация ИАПФ и диуретика предпочтительна при сердечной недостаточности;
- комбинация β – блокаторов и тиазидного диуретика требует дополнительного внимания в связи с возможностью ухудшения метаболического контроля сахарного диабета.

ИАПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина II.

ИАПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина II метаболически нейтральны, что ведёт к снижению вновь выявленного сахарного диабета у лиц с факторами риска. К группе ИАПФ относится каптоприл, применяется в дозировке 50-150 мг 2 раза в сутки. Валсартан – препарат группы антагонисты рецепторов ангиотензина II, применяется в дозировке 80-320 мг в сутки 1-2 раза.

Диуретики.

Из группы диуретиков при сахарном диабете и артериальной гипертензии показаны тиазидные и тиазидоподобные, что обусловлено высокой солевой чувствительностью и объем-зависимым характером артериальной гипертензии. Оптимальным считается использование диуретиков в комбинации с ИАПФ или бета-блокаторами. Малые дозы тиазидных диуретиков не вызывают выраженных изменений углеводного, липидного, электролитного обмена и нарушений метаболизма мочевой кислоты. Однако предпочтительнее использование тиазидоподобных диуретиков, что объясняется их выраженным органопротективным эффектом, возможностью использования при нефропатии и оптимальной переносимостью. К тиазидным диуретикам относится гидрохлортиазид применяется в суточной дозе 12,5-50 мг. Тиазидоподобный диуретик – клопамид, применяется 10-20 мг в сутки.

Бета – адреноблокаторы.

При наличии признаков сердечной недостаточности, лечении ИБС и в остром постинфарктном периоде. Доказано, что отмена бета – адреноблокаторов при сахарном диабете у лиц с ишемической болезнью сердца в остром постинфарктном периоде приводит к возрастанию риска смерти в 2 раза. При сахарном диабете имеет значение возможность снижения порога чувствительности к гипогликемии, что требует особого внимания к пациенту, особенно в начале лечения. Атенолол применяется в суточной дозировке 25-100 мг в 1-2 приема. Конкор применяется в суточной дозировке 5-20 мг в 1-2 приема.

Альфа – адреноблокаторы.

Альфа – адреноблокаторы не оптимальны при сахарном диабете, несмотря на благоприятное метаболическое влияние на гликемию, ИР и липидный профиль, так как повышают риск сердечно – сосудистой недостаточности и часто вызывают коллапсы. К препаратам данной группы относится празозин, применяется в суточной дозе 1-20 мг 2-3 раза, длительность действия 4-6 часов.

Блокаторы кальциевых каналов.

Блокаторы кальциевых каналов метаболически нейтральны. Предпочтение следует отдавать препаратам дигидропиридинового ряда длительного действия, которые показаны для профилактики инсульта при изолированной систолической артериальной гипертензии. Препараты короткого действия не рекомендуется назначать при нестабильной стенокардии, в остром периоде инфаркта миокарда, при наличии сердечной недостаточности, что обусловлено возрастанием риска общей и сердечно – сосудистой смертности. Нифедипин применяется в дозировке 30-40 мг в 3-4 приема.

Препараты центрального действия.

Среди препаратов центрального действия следует отметить группу селективных блокаторов имидазолиновых рецепторов подтипа I, которые в последние годы получают всё более широкое распространение. Это обусловлено получением данных о преимуществах препаратов этой группы, включающих не только блокаду симпатической нервной системы, но и благоприятное метаболическое действие на углеводный обмен, активацию липолиза. Моксонидин является препаратом центрального действия, применяется в суточной дозировке 0,2-0,4 мг в сутки в 1-2 приема.

Комбинированная терапия.

Актуальность использования комбинированной терапии обусловлена тем, что в развитии артериальной гипертензии принимают участие несколько различных патогенетических механизмов и блокада различных факторов, влияющих на повышение артериального давления, может обеспечивать оптимальный гипотензивный эффект при использовании минимальных дозировок лекарственных средств.



Рис. 3. Стратегия фармакотерапии у больных с неосложненной АГ (ESH/ESC, 2018)

Примечания. ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина; АК – антагонисты кальция.

Низкодозированные фиксированные комбинации гипотензивных препаратов позволяют обеспечить минимизацию побочных эффектов, уменьшить количество и кратность принимаемых таблеток и, следовательно, оптимизировать качество жизни.

Преимущества комбинированной терапии:

- возможность воздействия на несколько патогенетических механизмов, большая эффективность (синергизм действия) и достижение более быстрого эффекта;
- возможность минимизации доз лекарственных средств и количества таблеток (при использовании фиксированных комбинаций) и улучшение приверженности лечения;
- возможность ослабления побочных эффектов отдельных препаратов.[1]

Энап-комбинированный препарат, и АПФ + диуретик (эналаприл + гидрохлортиазид) применяется в дозировке 10-40 мг в сутки в 1-2 приема.

Лориста Н-комбинированный препарат, антагонисты рецепторов ангиотензина + диуретик (лозартан + гидрохлортиазид) применяется в дозировке 50-100 мг в сутки в 1-2 приема.

Престанс-комбинированный препарат, и АПФ + антагонист кальция (периндоприл А + амлодипин), применяется в дозировке 5-20 мг в сутки в 1 приём.

Логимакс-комбинированный препарат, бета-адреноблокатор + антагонист кальция (метопролол + фелодипин), применяется в суточной дозировке 55 мг в 1 приём.

Тенорик-комбинированный препарат, бета-адреноблокатор + диуретик (атенолол + хлорталидон), применяется в суточной дозировке 50-100 мг в 1-2 приема.

Таким образом, больные артериальной гипертензией, страдающие сахарным диабетом, относятся к группе высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Профилактика развития сердечно-сосудистых осложнений у этой группы больных требует комплексной фармакотерапии, включающей лекарственные средства, доказавшие свою эффективность в отношении сердечно-сосудистого риска и не ухудшающие течение сахарного диабета.[2]

Литература

1. Т.В. Мохорт Учебно – методическое пособие. Артериальная гипертензия и сахарный диабет: современное состояние проблемы. Минск 2017 (с.5)
2. Российский кардиологический журнал №2/2018. (с.76)

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Линник Д.Р.,

Шатерникова В.А.,

обучающиеся 2 курса СД «Сестринского дела» прикладной бакалавр.

Научные руководители:

Дементиевская Н.В., Шамсутдинова Э.М.,

преподаватели специальных дисциплин,

АВМК имени героя Советского Союза М.Маметовой, г. Актобе, Казахстан

Бронхиальная астма – это хроническое рецидивирующее заболевание дыхательных путей с преимущественным поражением бронхов и проявляющиеся приступами удушья или астматическим статусом вследствие спазма гладкой мускулатуры, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов.

Классификация:

Наибольшее практическое значение имеют классификации бронхиальной астмы по:

- Этиологии (аллергическая и неаллергическая),
- Тяжести течения;
- Особенности проявления бронхиальной обструкции.

Критерии степени тяжести:

Степень 1: лёгкая интермиттирующая (эпизодическая) бронхиальная астма. Симптомы (кашель, одышка, свистящие хрипы) отмечают реже 1 раза в неделю. Ночные приступы не чаще 2 раз в месяц. В межприступный период симптомы отсутствуют, функция лёгких нормальная.

Степень 2: лёгкая персистирующая бронхиальная астма. Симптомы возникают 1 раз в неделю или чаще, но не ежедневно. Ночные приступы чаще 2 раз в месяц. Обострения могут нарушать нормальную активность и сон.

Степень 3: персистирующая бронхиальная астма средней степени тяжести. Симптомы возникают ежедневно, обострения нарушают активность и сон, снижают качество жизни. Ночные приступы возникают чаще 1 раза в неделю. Больные не могут обойтись без ежедневного приёма β_2 -адреномиметиков короткого действия.

Степень 4: тяжёлая персистирующая бронхиальная астма. Постоянные симптомы в течение дня. Обострения и нарушения сна частые. Проявления болезни ограничивают физическую активность.

Необходимо отметить, что определить степень тяжести бронхиальной астмы по этим показателям можно только до начала лечения. Если пациент уже получает необходимую терапию, следует учитывать её объём. Если у пациента клиническая картина соответствует степени 2, но при этом он получает лечение, соответствующее степени 4, у него диагностируют бронхиальную астму тяжёлого течения.

Фазы течения бронхиальной астмы:

- Обострение.
- Стихающее обострение;
- Ремиссия.

Этиология:

1. Инфекционные факторы – бактерии, вирусы, грибы, гельминты.

2. Неинфекционные:

- Медикаменты – а/б, витамины, аспирин;
- Растения – амброзия, тополиный пух;
- Животные – шерсть животных, их перхоть, перья;
- Насекомые – укусы пчёл, змей;
- Бытовые – пыль книжная, цветочные растения;
- Пром. химия – клей, краска, ацетон;
- Продукты питания – шоколад, орехи, рыба;
- Косметика – крем, духи.

Клиника:

Приступ чаще начинается с предвестников за несколько часов или минут до приступа: появляется заложенность носа, обильное слизистое отделяемое, чихание, кашель. Затрудненное отхождение мокроты, одышка, головная боль, изменение настроения. Иногда приступ начинается ночью, больной просыпается от чувства стеснения в груди.

Во время приступа больной принимает вынужденное положение – ортопноэ (сидит на краю кровати, опираясь руками). При этом плечи подняты и сдвинуты вперёд. Голова втянута в плечи. Грудная клетка расширена, она как бы застывает в состоянии вдоха. Межреберные промежутки расширены, над и подключичные ямки сглажены.

Одышка экспираторная, вдох сильный, быстрый и глубокий. Выдох – судорожный, трудный. В дыхании участвуют все мышцы плечевого пояса и брюшная стенка. Дыхание шумное, на расстоянии слышны свистящие хрипы.

Приступ часто сопровождается повышением температуры до 38,0. У большинства больных в момент приступа мокрота отсутствует, и только после его купирования начинает отходить в небольшом количестве.

Длительность приступа – от 15 мин до 3 часов.

Перкуторно: коробочный звук.

Аускультативно: дыхание ослаблено, сухие хрипы.

КАК: СОЭ повышена, эозинофилия.

ОА Мокроты: эозинофилы, спирали Куршмана (слепки из бронхов), кристаллы Шарко-Лейдена (продукты распада эозинофилов).

Рентген лёгких – часто эмфизема.

Спирография – ЖЁЛ снижена.

Лечение.

В терапии заболевания практикуется патогенетический подход: назначаемые препараты должны не только эффективно купировать возникающие симптомы, но и влиять на предотвращение их развития.

Вмежприступе:

Цель – поддержание нормального качества жизни и физ активности.

Тактика – выявление и устранение факторов обострений, обучение пациента. Назначение базисной

терапии. Обязательно составляют план лечения и диспансерного учёта.

Немедикаментозная терапия.

- Исключить или ограничить контакт с аллергеном.
- Пациентам с «аспириновой» астмой запретить прием ацетилсалициловой кислоты.
- Запретить прием В-блокаторов.
- Исключить курение, проф. вредность, психическую и физическую нагрузку.
- ЛФК, физиотерапию, массаж, определяет только врач.
- СКЛ – климатотерапия с мягким сухим климатом без резких смен погоды или приморские курорты.

Лекарственная терапия. Состоит из 2 видов – при приступе и базисной терапии.

• Ингаляционные кортикостероиды – будесонид, флутиказон. Применяют как противовоспалительные средства в течение длительного времени. Доза индивидуальна зависит от состояния больного т степени тяжести БА.

• В2 адреномиметики – формотерол, салметерол. Для предупреждения ночных приступов.

• Теофиллины пролонгированного действия – теогард, теопэк – уменьшают частоту ночных приступов.

Ступенчатый подход:

Количество и частоту приема ЛС увеличивают (ступень вверх), если течение заболевания ухудшается, и уменьшают (ступень вниз), если хорошо контролируется.

Критериями неудовлетворительного контроля над симптомами предложено считать:

- 1) эпизоды кашля, свистящего или затрудненного дыхания возникают более 3 раз в неделю;
- 2) увеличивается потребность в использовании препаратов для облегчения симптомов;
- 3) увеличивается разброс в показателях ПСВ.

В настоящее время наиболее эффективными препаратами для контроля заболевания являются ИГКС.

Ступенчатый подход к долговременному контролю над бронхиальной астмой

Степень тяжести	Препараты базисной терапии	Другие варианты терапии
Ступень 1. Интермиттирующая БА	Не требуется	—
Ступень 2. Легкая персистирующая БА	ИГКС (≈ 500 мкг беклометазона дипропионата или его эквивалент)	Теофиллины медленного высвобождения или кромоны или антагонисты лейкотриенов
Ступень 3. Персистирующая БА средней тяжести	ИГКС (200–1000 мкг беклометазона дипропионата или эквивалент) совместно с ингаляционными β_2 -агонистами длительного действия	ИГКС (500–1000 мкг беклометазона дипропионата или эквивалент) совместно с теофиллинами медленного высвобождения или ингаляционными ГКС (500–1000 мкг беклометазона дипропионата или эквивалент) совместно с пероральными ингаляционными β_2 -агонистами длительного действия, или ингаляционные ГК в более высокой дозе (> 1000 мкг беклометазона дипропионата или эквивалент), или ингаляционные ГК (500–1000 мкг беклометазона дипропионата или его эквивалент) совместно с антагонистами лейкотриенов
Ступень 4. Тяжелая персистирующая БА	ИГКС (> 1000 мкг беклометазона дипропионата или эквивалент) + ингаляционные β_2 -агонисты длительного действия + при необходимости несколько из нижеперечисленных: — теофиллины медленного высвобождения; — антагонисты лейкотриенов; — пероральные β_2 -агонисты длительного действия; — пероральные ГК	

Рекомендации по применению ИГКС:

1. ИГКС следует рекомендовать тем больным, у которых обычная потребность в применении β_2 -агонистов короткого действия составляет 2-3 раза в день и больше.
2. ИГКС могут позволить сократить применение системных ГК у больных с ГКС-зависимой БА.

3. Контроль над БА быстрее достигается при назначении более высоких доз ИГКС.
4. Все препараты группы ИГКС в эквивалентных дозах достаточно эффективны.
5. Доказана эффективность ИГКС при назначении их 2 раза в день. При увеличении приема до 4 раз в сутки эффективность повышается незначительно при тех же дозах.
6. Снижение доз ИГКС следует осуществлять постепенно уменьшая дозу на 25-50%, после того как состояние остается устойчивым в течение 3 мес.

Основные пути доставки лекарственных средств в дыхательные пути:

- дозированные аэрозольные ингаляторы (ДАИ): обычные, «легкое дыхание», в комбинации со спейсером;

- дозированные порошковые ингаляторы: одноразовые, мультидозовые резервуарные, мультидозовые блистерные;

- небулайзеры: ультразвуковые, струйные.

Практически все аэрозольгенераторы имеют как свои преимущества, так и недостатки:

- необходимость координации вдоха и начала ингаляции;

- портативность;

- заправка лекарственных средств в процессе использования;

- стоимость;

- обучение технике ингалирования;

- необходимость сильного инспираторного потока и др.аэрозолей.

Комбинированная терапия способна значительно улучшить функцию дыхания, уменьшить число ночных приступов, снизить потребность в β_2 -агонистах короткого действия.

Добавление β_2 -агонистов длительного действия более эффективно, чем увеличение ГКС в 2 раза.

Наиболее частое применение находят 2 препарата - сальметерол и формотерол.

При использовании комбинированной терапии повышается эффективность препаратов в более низких дозах ИГКС. Соединение препаратов в одном ингаляторе облегчает пациенту выполнение техники ингалирования.

Системные стероиды при БА обычно применяют при обострении заболевания перорально или внутривенно (значительно реже), высокими дозами. Препараты подбираются индивидуально таким образом, чтобы не просто оказывать быстрый эффект, купируя уже развивающийся приступ, но и уменьшать количество этих приступов в будущем, в идеале полностью избавляя от них пациента. Поэтому самим пациентам рекомендуется строго следовать рекомендациям врача и проходить курсы комплексного лечения, а не просто использовать ингаляторы для быстрого «снятия» приступа. Недопустим контроль БА только системными ГК!

Показания к госпитализации.

- Принадлежность к группе риска высокой смертности.

- Астматический статус.

- Тяжелое обострение.

- Неэффективность лечения или повторный приступ.

- Проведение аллерген-специфической иммунотерапии.

Врачебные ошибки при терапии БА:

- недооценка степени тяжести на предшествующих этапах;

- неправильный подбор системы доставки для ИГКС;

- в ряде случаев имеет место неправильный диагноз БА, где респираторные симптомы являются следствием другой патологии.

Перед врачом стоит задача контролировать БА меньшими дозами ГК, как системными, так и ингаляционными. При назначении антибактериальной терапии следует повторно уточнить аллергологический анамнез.

Экспертиза трудоспособности: ориентировочные сроки нетрудоспособности при БА в зависимости от тяжести: БА легкой степени - 12-18 дней, средней степени - 30-60 дней, тяжелой степени - 85-90 дней, медико-санитарная экспертиза (МСЭ).

Обучение больного.

Проведение бесед о природе заболевания, мерах профилактики обострений, методах лечения в период обострений и ремиссий, необходимости своевременного и правильного применения противоастматических средств, обучение самоконтролю.

Психотерапия бронхиальной астмы (применяемая совместно с медикаментозной терапией).

Практически все изучавшие бронхиальную астму обращали внимание на роль психотравмирующих обстоятельств в её формировании и обострении. Для многих пациентов весьма полезна рациональная психотерапия с фиксацией на важности фактора эмоционального равновесия, уверенности в обратимости приступа. Для этого используются релаксация, функциональная разрядка, десенсибилизация и биологическая обратная связь, гипноз, групповая психотерапия, семейная психотерапия, долгосрочная индивидуальная психотерапия, аутотренинг. Однако эффект психотерапевтических вмешательств тем выше, чем раньше (до появления необратимых патофизиологических изменений) начато лечение.

Прогноз:

- При БА любой степени тяжести прогрессирование нарушений функций бр.легочной системы

происходит быстрее, чем у здоровых.

- При легком течении и адекватной терапии прогноз достаточно благоприятный. При отсутствии своевременной терапии заболевание перейдет в тяжелую форму.
- При тяжелой и среднетяжелой форме прогноз зависит от адекватности лечения и наличия осложнений.
- Причины летальных исходов – тяжелые осложнения и несвоевременность оказания помощи при обострениях.

Литература

1. Намазова Л. С. Бронхиальная астма // ПФ. 2006. №2
2. Емельянов А. В. Современная терапия бронхиальной астмы // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2010. №2

ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПОВЫШЕНИИ МОТИВАЦИИ МОЛОДЕЖИ ВЕСТИ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

*Мищенко Т.С.,
обучающаяся 4 курса.
Научные руководители:
Архипова О.Н., Барина Ю.Ю.,
преподаватели
ГБПОУ «СМГК», г. Сызрань*

Здоровье – это первая и важнейшая потребность человека, определяющая его способность к труду и обеспечивающая гармоническое развитие личности. Оно определяется важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека. Охрана здоровья студентов традиционно является одной из важнейших социальных задач общества.

Успешная подготовка высококвалифицированных кадров тесно связана с укреплением и охраной здоровья, повышением работоспособности подростковой и студенческой молодежи. И лишь в последнее время, во многом благодаря государству, началась пропаганда здорового образа жизни.

Цель исследования: определить роль медицинского работника в повышении мотивации населения вести здоровый образ жизни.

Задачи исследования:

- 1) Изучить теоретические основы формирования здорового образа жизни.
- 2) Выявить состояние здоровья и образ жизни подростков в средней общеобразовательной школе и колледже.
- 3) Разработать программу, направленную на формирование здорового образа жизни подростков в общеобразовательной школе № 34 г. Сызрань, ГБПОУ «СМГК».

Объект исследования — состояние здоровья и образ жизни подростков в общеобразовательной школе №34 г.Сызрань, и ГБПОУ «СМГК». Предмет исследования – выявление факторов, влияющих на формирование здорового образа жизни и определение путей формирования здорового образа жизни школьников. Методы исследования: теоретический, статистический, практический.

Практическая значимость: программа, направленная на формирование здорового образа жизни подростков в общеобразовательной школе и колледже может применяться в программах при профилактике вредных привычек и пропаганде здорового образа жизни.

Давно известно, что здоровье человека на 10-20% зависит от наследственности, 10-20% - от состояния окружающей среды, 8-12% - от уровня здравоохранения и 50-70% - от образа жизни. Что же такое здоровый образ жизни? Под ним понимается индивидуальная система поведения человека, обеспечивающая ему физическое, духовное и социальное благополучие в реальной окружающей среде (природной, техногенной и социальной) и активное долголетие.

Для сохранения и укрепления своего здоровья каждый человек должен создать свой образ жизни, свою индивидуальную систему поведения, которая наилучшим образом обеспечит ему достижение физического, духовного и социального благополучия.

Для того чтобы сформировать систему здорового образа жизни, необходимо знать факторы, которые положительно влияют на здоровье. Это соблюдение режима дня, рациональное питание, закаливание, занятия физической культурой и спортом, хорошие взаимоотношения с окружающими людьми. Следует учитывать также и факторы, отрицательно влияющие на здоровье: курение, употребление алкоголя и наркотиков, эмоциональная и психическая напряженность при общении с окружающими, неблагоприятная экологическая обстановка в местах проживания.

Здоровый образ жизни – это цельная, логически взаимосвязанная, продуманная и спланированная система поведения человека, которую он соблюдает не по принуждению, а с удовольствием и уверен, что она даст положительные результаты в деле сохранения и укрепления здоровья.

Пропаганда здорового образа жизни является компонентом первичной и вторичной профилактики заболеваний.

В первичной профилактике пропаганда здорового образа жизни (далее – ЗОЖ) может быть направлена на изменение образа жизни, общественных норм поведения больших групп населения или на обеспечение

профилактического обслуживания лиц, подвергающихся особому риску заболевания (стратегия повышенного риска). Во вторичной профилактике пропаганда ЗОЖ направлена на предупреждение рецидивов и прогрессирования болезни у тех, у кого она уже есть.

Медицинские работники первичного звена почти 30% рабочего времени должны отводить на профилактические мероприятия и гигиеническое воспитание, а именно:

- 1) оказание помощи в оптимизации семейного уклада, режима труда, отдыха, питания;
- 2) работа по нормализации в семье психологического микроклимата и интимных отношений;
- 3) борьба с имеющимися вредными привычками;
- 4) борьба с самолечением, привлечение к уходу за больными здоровых членов семьи, заострение внимания на проблемах санитарии и гигиены.

Практическая часть исследовательской работы проведена с использованием статистических данных, полученных в ходе анкетирования обучающихся ГБОУ СОШ № 34, ГБПОУ «СМГК».

Данная работа была проведена в рамках работы региональной инновационной площадки (далее – РИП) в сфере образования «Разработка и апробация организационных механизмов наставничества через систему профессионального волонтерства в форме «студент-студент».

Первоначально в ходе нашего исследования была поставлена цель: выявить ориентацию обучающихся на здоровый образ жизни, отношение к вредным привычкам, наличие комфортных психологических условий в образовательных организациях. Для этого обучающимся предложено ответить на вопросы анкеты.

В исследовании принимали участие выборочно 20 учащихся школы с 9 по 11 классы, 50 обучающихся колледжа 1 курса.

Первый вопрос был относительно субъективной оценки уровня своего здоровья.

Из всех опрошенных 45% оценили уровень своего здоровья как хороший, 30% – удовлетворительный, 18% – отличный, 5% – плохой и 3% – очень плохой. Из этого сделали вывод, что в среднем у обучающихся «хороший» уровень здоровья, хотя некоторые из них испытывают проблемы.

Задачей следующего вопроса было определение знаний обучающихся о факторах, влияющих на уровень здоровья. Предложили список основных и более значимых определяющих здоровый образ жизни. Так, приоритетными факторами стали занятие спортом, правильный режим дня, отказ от вредных привычек и правильное питание – их выбрали больше половины опрошенных. Немаловажным фактором стала и наследственность, такой ответ дали 20% юношей и 23% девушек.

По мнению обучающихся, экология оказывает на здоровье меньшее влияние, чем остальные факторы, этот вариант выбрали 10% юношей и 12% девушек. Еще меньшее число опрошенных выбрало варианты деятельность системы здравоохранения и другое.

Из вышесказанного следует вывод: большинство обучающихся считает, что их собственное здоровье в их же руках и зависит в основном от выбранных привычек, питания, режима дня и занятий спортом. Также из результатов анкетирования стало понятно, что девушки уделяют большее значение здоровью, чем юноши.

На теории обучающиеся хорошо осведомлены о составляющих здорового образа жизни, однако сами они принимают мало действий по укреплению здоровья, особенно это касается рационального питания и режима дня. Респонденты уделяют мало времени физической культуре и спорту, что в дальнейшем сказывается на избыточном весе и плохом иммунитете.

Так на вопрос «Как часто вы занимаетесь физкультурой и спортом?» только 10% ответили, что ежедневно, 30% – 2-3 раза в неделю, 40% – изредка, несколько раз в месяц, и 20% вообще не занимаются спортом.

Отдельное внимание мы уделили вредным привычкам. В анкете были предоставлены вопросы относительно отношения к курению, алкоголизму и наркомании, осведомленности об их влиянии на здоровье.

Так, на вопрос «Курите ли вы?» положительно ответили 40% опрошенных, 15% периодически в компании балуются, 10% недавно бросили, 25% в настоящее время не курят, однако пробовали и знакомы лично с этой пагубной привычкой и 10% никогда не пробовали и не выкурили ни одной сигареты за свою жизнь.

Из этого следует вывод: проблема курения очень актуальна в наше время, и нужно прикладывать больше усилий для борьбы с этой пагубной привычкой.

Хотя статистика курения так печальна, большинство обучающихся осознаёт вред этой привычки, возможные последствия и хочет бросить курение в ближайшее время.

Так на вопрос «Стоит ли отказаться от курения, чтобы быть здоровым?» 80% опрошенных ответили положительно, 10% отрицательно и 10% не задумываются об этом вообще.

Однако нелегко бороться с вредной привычкой, раз так расходятся реальные статистические данные с желанием обучающихся. Проблема алкоголизма и наркомании не менее актуальна. Знания обучающихся об их вреде на хорошем уровне.

Обучающиеся в полной мере осознают страшные последствия злоупотребления алкоголем и приёма наркотиков. Некоторые из них сталкивались с проблемой алкоголизма и употребления наркотиков на негативном примере друзей или знакомых.

И напоследок задали открытый вопрос относительно того, какой образ жизни, на их взгляд, является привлекательным, престижным? Практически единогласно все ответили, что хотят вести здоровый образ жизни.

Таким образом, научные данные свидетельствуют о том, что у большинства людей при соблюдении ими гигиенических правил есть возможность жить до 100 лет и более.

К сожалению, многие люди не соблюдают самых простейших, обоснованных наукой норм здорового образа жизни.

Одни становятся жертвами малоподвижности (гиподинамии), вызывающей преждевременное старение; другие излишествуют в еде с почти неизбежным в этих случаях развитием ожирения, склероза сосудов, а у некоторых – сахарного диабета; третьи не умеют отдыхать, отвлекаться от производственных и бытовых забот, вечно беспокожны, нервны, страдают бессонницей, что в конечном итоге приводит к многочисленным заболеваниям внутренних органов. Некоторые люди, поддаваясь пагубной привычке к курению и алкоголю, активно укорачивают свою жизнь.

Из результатов исследования стало очевидно, что обучающиеся прекрасно осознают, что их здоровье зависит от них самих и большинство считает здоровый образ жизни привлекательным и престижным.

Однако они предпринимают мало действий для укрепления здоровья: мало двигаются, неправильно питаются, не закалывают свой организм, многие не могут отказаться от вредных привычек. Обучающимся следует продумать свои жизненные задачи и цели, выделив тем самым время для укрепления своего здоровья.

Рекомендации по выработке личных качеств, необходимых для ведения здорового образа жизни:

- иметь четко сформулированную цель жизни и обладать психологической устойчивостью в различных жизненных ситуациях;
- знать формы своего поведения, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья;
- стремиться быть хозяином своей жизни; верить в то, что образ жизни, который вы ведете, даст положительные результаты;
- выработать у себя положительное отношение к жизни, воспринимать каждый день как маленькую жизнь, уметь радоваться жизни;
- постоянно соблюдать режим двигательной активности, так как нет никаких других средств, которые бы заменили движение;
- соблюдать правила и гигиену питания;
- соблюдать режим труда и отдыха, выполнять правила личной гигиены;
- быть оптимистом, двигаясь по пути укрепления здоровья, ставить перед собой достижимые цели, не драматизировать неудачи, помнить, что совершенство в принципе недостижимая вещь;
- радоваться успехам во всех человеческих начинаниях – успех порождает успех. Чтобы чувствовать себя хорошо, нужно добиваться разумными путями гармонии здоровья. Здоровье – это та вершина, которую каждый должен покорить сам!

Литература

1. Буре Р.С. Воспитатель и дети: учебник для студентов вузов / Р.С. Буре, Л.Ф. Островская. – 2-е изд. – М.: Ювента, 2016. – с. 268.
2. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье / И.И. Брехман. – М.: Физкультура и спорт, 2016. – с. 212.
3. Виноградов Д.А. Физическая культура и здоровый образ жизни / Д.А. Виноградов. – М.: Просвещение, 2017. – с.118.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Елена Е.А.,
обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Сиденко Н.В.,
преподаватель
ГБПОУ «Белореченский
медицинский колледж», г. Белореченск*

Сахарный диабет – это хроническое заболевание, в основе которого лежит абсолютная или относительная недостаточность инсулина. Он может поразить человека с раннего возраста до глубокой старости, в любой точке мира, независимо от цвета кожи, социального статуса. Распространенность сахарного диабета среди населения различных стран колеблется от 2 до 4%. В настоящее время в мире насчитывается около 120 млн. больных сахарным диабетом. В настоящее время, по статистическим данным, в Белореченском районе за 2016-2017 год насчитывается более 368 заболевших, в 2015 – 190, их количество неуклонно растет. Сахарный диабет представляет собой нарушение обмена веществ, вследствие недостаточного образования собственного инсулина (диабета первого типа или тип I), или нарушения его действия на ткани (диабет второго типа или тип II). Инсулин вырабатывается в так называемых бета-клетках, расположенных по всей железе небольшими группами, которые называются "островками Лангерганса". У взрослого здорового человека имеется приблизительно 1 миллион таких островков, общий суммарный вес которых составляет 1-2 г. Наряду с бета-клетками, в островках поджелудочной железы располагаются и, так называемые, альфа-клетки, вырабатывающие гормон глюкагон, который действует в организме противоположно инсулину.[3, 15] Последствия сахарного диабета являются причиной высокой смертности больных и серьезно угрожают жизни пациента. Согласно данным Международной федерации диабета смертность при данной патологии на 2017 год достигла 3,8 миллионов, что представляет более 6% общемировой смертности. Одной из наиболее частых причин, приводящих к летальному исходу, является развитие острых осложнений. Например, смертность при кетоацидотической коме

(декомпенсированная форма сахарного диабета) составляет 5-15%. Летальность при развитии гиперосмолярной комы (осложнение при сахарном диабете, при котором возникает серьезное нарушение метаболизм) составляет около 30%, а при запоздалой диагностике и наличии тяжелой сопутствующей патологии погибает 60-70% пациентов. А при развитии гипогликемической комы погибает 3-4% больных сахарным диабетом.

Основными причинами возникновения сахарного диабета первого типа являются:

- 1) вирусная инфекция (вирус эпидемического паротита, вирус Коксаки, цитомегаловирус, вирус врожденной краснухи, вирус гепатита);
- 2) генетическая предрасположенность;
- 3) аутоиммунные нарушения (частое сочетание сахарного диабета с другими аутоиммунными заболеваниями: аутоиммунный тиреоидит, диффузный токсический зоб, болезнь Аддисона, пернициозная анемия). [8, 25]

Основными причинами возникновения сахарного диабета второго типа являются:

- 1) наследственная предрасположенность;
- 2) ожирение (особенно центральный или абдоминальный его тип, то есть накопление жировой ткани в области живота и бедер, объем живота при этом типе ожирения больше объема бедер);
- 3) возраст (степень нарушения толерантности к глюкозе постоянно увеличивается с возрастом);
- 4) гиподинамия (снижение работы мышц приводит к увеличению уровня глюкозы в организме). [6, 48]

В клинической картине диабета принято различать две группы симптомов: основные и второстепенные.

К основным симптомам относятся:

- 1) полиурия – усиленное выделение мочи, вызванное повышением осмотического давления мочи за счет растворенной в ней глюкозы (в норме глюкоза в моче отсутствует). Проявляется учащенным обильным мочеиспусканием, в том числе и в ночное время;
- 2) полидипсия (постоянная неутолимая жажда) – обусловлена значительными потерями воды с мочой и повышением осмотического давления крови;
- 3) полифагия – постоянный неутолимый голод. Этот симптом вызван нарушением обмена веществ при диабете, а именно неспособностью клеток поглощать и перерабатывать глюкозу в отсутствие инсулина (голод среди изобилия);
- 4) похудение (особенно характерно для диабета первого типа) – частый симптом диабета, который развивается, несмотря на повышенный аппетит больных. Похудение обусловлено повышением катаболизмом белков и жиров из-за выключения глюкозы из энергетического обмена клеток [12; 10].

Основные симптомы наиболее характерны для диабета первого типа. Они развиваются остро. Пациенты, как правило, могут точно назвать дату или период их проявления.

К вторичным симптомам относятся малоспецифичные клинические знаки, развивающиеся медленно на протяжении долгого времени. Эти симптомы характерны для диабета как первого, так и второго типа:

- 1) зуд кожи и слизистых оболочек;
- 2) сухость во рту;
- 3) общая мышечная слабость;
- 4) головная боль;
- 5) воспалительные поражения кожи, трудно поддающиеся лечению;
- 6) нарушение зрения;

Наличие ацетона в моче при диабете первого типа. Ацетон является результатом сжигания жировых запасов. [11, 34]

К острым состояниям, которые могут встретиться на догоспитальном этапе, следует отнести диабетический кетоацидоз и кетоацидотическую кому, а также гипогликемию и гипогликемическую кому. Гиперосмолярная некетоацидотическая кома и лактацидоз в детском возрасте встречаются крайне редко, хотя состояние гиперосмолярности играет большую роль в развитии кетоацидотической комы. [2, 34]

Диагностика диабета первого и второго типа облегчается присутствием основных симптомов: полиурии, полифагии, похудения. Однако основным методом диагностики является определение концентрации глюкозы в крови. Для определения выраженности декомпенсации углеводного обмена используются глюкозотолератный тест. Самый распространенный специфический тест на обнаружение сахарного диабета – выявление концентрации глюкозы в артериальной крови. Тест проводится при помощи глюкометра или специальных тест-полосок. [10, 59]

Забор крови производится несколько раз:

- 1) натощак – норма глюкозы 3,5-5,5 ммоль/литр;
- 2) после приема пищи – уровень глюкозы не должен превышать 11,2 ммоль/литр.

Также проводится глюкозотолератный тест, другое его название – тест с нагрузкой. Пациент натощак выпивает раствор глюкозы, а через час проводится определение уровня глюкозы в крови. Еще через один час производится контрольный замер, уровень глюкозы не должен превышать 7,8 ммоль/литр. Если показатель выше, то можно говорить о нарушении толерантности к глюкозе, что в дальнейшем может обернуться сахарным диабетом.

Также лабораторная диагностика сахарного диабета включает в себя суточный анализ мочи на глюкозу. В моче здорового человека глюкоза отсутствует. В некоторых случаях проводится дополнительный анализ мочи на определение уровня ацетона. Если анализ определит повышенный уровень продуктов распада (ацетона), то это

свидетельствует о тяжелом состоянии пациента.

Повышение сахара в крови может быть обнаружено совершенно случайно при общем анализе крови. Если концентрация повышена незначительно, то подобное состояние называется предиабетом. В таком случае необходимо обратиться к врачу и получить соответствующие рекомендации, чтобы не допустить развития диабета.

Выполнение рекомендаций эндокринолога, самоконтроль и лечение при сахарном диабете проводятся пожизненно и позволяют существенно замедлить или избежать осложненных вариантов течения заболевания. Однако при погрешностях в диете и невыполнении врачебных назначений возможны осложнения. На догоспитальном этапе фельдшер должен выяснить впервые ли это возникшее состояние или человек уже знает о своей патологии. Если у пациента проявились осложнения, необходим опрос очевидцев или родственников, и объективная оценка состояния больного. На основании данных анамнеза (характерны «большие» симптомы сахарного диабета – полидипсия, полифагия, полиурия, кожный зуд), данных объективного обследования (отсутствие сознания, сухость кожных покровов и слизистых, сниженный тургор кожи, следы расчесов, запах ацетона изо рта, патологическое дыхание Куссмауля, артериальная гипотония, умеренная болезненность живота во всех отделах, сниженный тонус глазных яблок) и данных глюкометрии выставляется предположительный диагноз и необходимо приступить к оказанию неотложной помощи. Неотложная помощь на догоспитальном этапе сводится к постановке периферического катетера с целью введения NaCl 0,9% - 1000мл в/в струйно течение первого часа. В дальнейшем 500мл в час.[4, 69] Проводится с целью восстановления ОЦК в следствии обезвоживания и для снижения концентрации глюкозы в крови. Далее при отсутствии сознания необходима постановка дыхательной трубки. Проводится с целью поддержания жизненно важных функций, в частности дыхания. Затем проводится повторная глюкометрия (26 ммоль/л), с целью оценки эффективности проводимой терапии. Результатом проведенной терапии является снижение уровня глюкозы в крови и повышение АД. Транспортировка под контролем за жизненно важными функциями осуществлялась на носилках. Во время транспортировки продолжаем начатую инфузионную терапию и наблюдение за больным.[7, 43]

Необходимо отметить, что кроме гипергликемических состояний возможно развитие гипогликемических состояний.

Гипогликемическая кома развивается вследствие резкого снижения уровня глюкозы в крови (ниже 3–3,5 ммоль/л) и выраженного энергетического дефицита в головном мозге.

Провоцирующие факторы:

- передозировка инсулина,
- пропуск или неадекватный прием пищи,
- повышенная физическая нагрузка,
- избыточный прием алкоголя,
- прием лекарственных средств (β-блокаторы, салицилаты, сульфаниламиды, фенилбутазон, анаболические стероиды, препараты кальция, тетрациклин, литий карбонат, пиридоксин, ингибиторы MAO, клофибрат).

Симптомы гипогликемии делятся на ранние (холодный пот, особенно на лбу, бледность кожи, сильный приступообразный голод, дрожь в руках, раздражительность, слабость, головная боль, головокружение, онемение губ), промежуточные (неадекватное поведение, агрессивность, сердцебиение, плохая координация движений, двоение в глазах, спутанность сознания) и поздние (потеря сознания, судороги).[5, 57]

Диагностические критерии.

1. Внезапное развитие, обычно на протяжении нескольких минут, реже часов.
2. Наличие характерных симптомов гипогликемии.
3. Гликемия ниже 3–3,5 ммоль/л.

Следует помнить, что отсутствие симптомов не исключает гипогликемии и у пациентов с сахарным диабетом симптомы гипогликемии могут быть при нормальной концентрации глюкозы в крови.

Возможные ошибки терапии и диагностики на догоспитальном этапе:

1. Инсулинотерапия на догоспитальном этапе без возможности определения уровня гликемии и ее контроля.
2. Акцент в лечении на интенсивную инсулинотерапию при отсутствии эффективной регидратации.
3. Введение недостаточного объема жидкостей.
4. Введение гипотонических растворов, особенно в начале лечения. Это может привести к отеку головного мозга и к внутрисосудистому гемолизу.
5. Применение форсированного диуреза вместо регидратации. Применение диуретиков одновременно с введением жидкостей только замедлит восстановление водного баланса, а при гиперосмолярной коме назначение мочегонных средств категорически противопоказано.
6. Начало терапии с введения бикарбоната натрия может привести к смерти больного. Доказано, что адекватная инсулинотерапия в большинстве случаев помогает устранить ацидоз. Коррекция ацидоза бикарбонатом натрия сопряжена с исключительно большим риском осложнений. Введение щелочей усиливает гипокалиемию, нарушает диссоциацию оксигемоглобина; углекислота, образующаяся при введении бикарбоната, усиливает внутриклеточный ацидоз (хотя рН крови при этом может повышаться); парадоксальный ацидоз наблюдается и в спинномозговой жидкости, что может способствовать отеку мозга; не исключено развитие «рикошетного» алкалоза. Быстрое введение бикарбоната натрия (струйное) может вызвать смерть в

результате быстрого развития гипокалиемии.

7. Введение раствора бикарбоната натрия без дополнительного введения препаратов калия, что обуславливает резко выраженную гипокалиемию, которая и становится причиной смерти больных.

8. Отмена или неназначение инсулина при диабетическом кетоацидозе (ДКА) больному, который не в состоянии принимать пищу.

9. Подкожное введение инсулина больным в диабетической коме, у которых всасывание инсулина нарушено вследствие нарушения микроциркуляции.

10. Внутривенно струйное введение инсулина. Период полураспада инсулина при внутривенном введении составляет 3–5 мин, и лишь первые 15–20 мин концентрация его в крови поддерживается на достаточном уровне, и поэтому такой путь введения неэффективен.

11. 3–4-кратное назначение инсулина короткого действия (ИКД) подкожно (на начальных этапах ДКА, когда состояние средней тяжести и нет потери сознания, возможно назначение инсулина подкожно). Эффективная продолжительность действия ИКД составляет 4–5 ч, особенно в условиях кетоацидоза. Поэтому ИКД надо назначать не менее 5–6 раз в сутки без ночного перерыва.

12. Применение для борьбы с коллапсом симпатотонических препаратов. Они, во-первых, являются контринсулиновыми гормонами и, во-вторых, у больных диабетом их стимулирующее влияние на секрецию глюкагона выражено значительно сильнее, чем у здоровых лиц.

13. Неправильная диагностика ДКА. При ДКА нередко встречается так называемый «диабетический псевдоперитонит», который симулирует симптомы «острого живота» – напряжение и болезненность брюшной стенки, уменьшение или исчезновение перистальтических шумов, иногда повышение сывороточной амилазы. Одновременное обнаружение лейкоцитоза может навести на ошибочный диагноз и больной попадает в инфекционное («кишечная инфекция») или хирургическое («острый живот») отделения. Во всех случаях «острого живота» или диспепсических явлений у больного сахарным диабетом необходимо определение гликемии и кетонурии.

14. Неизмерение гликемии любому больному, находящемуся в бессознательном состоянии, нередко приводит к постановке ошибочных диагнозов – «нарушение мозгового кровообращения», «кома неясной этиологии», в то время как у пациента имеется острая диабетическая декомпенсация обмена веществ.[1, 26]

У пациентов, находящихся в коматозном состоянии неизвестного генеза, всегда необходимо исследовать гликемию. Если достоверно известно, что у пациента сахарный диабет и в то же время трудно дифференцировать гипо- или гипергликемический генез коматозного состояния, рекомендуется внутривенно струйное введение глюкозы в дозе 20–40–60 мл 40% раствора в целях дифференциальной диагностики и оказания экстренной помощи при гипогликемической коме. В случае гипогликемии это значительно улучшит симптоматику и таким образом позволит дифференцировать эти два состояния. В случае гипергликемической комы такое количество глюкозы на состоянии пациента практически не скажется.

Во всех случаях, когда невозможно измерение гликемии немедленно эмпирически надо ввести высококонцентрированную глюкозу. Экстренно некупируемая гипогликемия может быть смертельна.

Базисными препаратами для пациентов в коме при отсутствии возможности уточнения диагноза и скорой госпитализации считаются тиамин 100 мг в/в, глюкоза 40% 60 мл и налоксон 0,4–2 мг в/в. Эта комбинация эффективна и безопасна во многих случаях.[9, 36]

Ранняя диагностика и адекватность лечения этого заболевания – самые главные задачи, так как и гипер- и гипогликемия служат пусковым моментом многих патологических механизмов, способствующих развитию тяжелых сосудистых осложнений.

Литература

1. Александров А.А. Сахарный диабет. 2014.
2. Аметов А.С. Факторы риска сахарного диабета. Роль ожирения. 2016.
3. Аметов А.С. Инсулиннезависимый сахарный диабет. Основы патогенеза и терапии. 2015 .
4. Балаболкин М.И. Современные средства и подходы к лечению сахарного диабета. 2013 .
5. Васюкова Е.А. Клиническая характеристика гипогликемий у больных с инсулинозависимым сахарным диабетом.
6. Воронцов А.В. Диабетическая нефропатия: патогенез и лечение. 2016 .
7. Галстян Г.Р. Хронические осложнения сахарного диабета. Клиника, лечение. 2017 .
8. Генес В.С. Этиология, патогенез и подходы к патогенетической терапии инсулиннезависимого сахарного диабета.2013 .
9. Дедов И.Д. Основные принципы терапии сахарного диабета 2 типа. Сахарный диабет. 2014.
10. Ефимов А.С. Клиническаядиабетология. 2015.
11. Жарова Е.И. Сахарный диабет. 2015.
12. Жуплатов С.Б. Особенности гемодинамики при сахарном диабете. 2013.

ЗНАЧИМОСТЬ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ КАЧЕСТВЕННОГО СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Пеникер .Е.К.,

Верченко.К.А.,

обучающиеся 2 курса СД «Сестринского дела» прикладной бакалавр.

Научные руководители:

Дементиевская Н.В.,

Ешниязова Г.Н.,

преподаватели специальных дисциплин

АВМК имени героя Советского Союза М.Маметовой , г. Актобе, Казахстан

«Эффективность вмешательства медицинских сестер в консультирование и реабилитацию больных после перенесенного инфаркта миокарда».

Актуальность исследования

Показатели смертности во всём мире ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний превышают показатели смертности от других причин. В Республике Казахстан основными причинами от ССЗ зарегистрирована ишемическая болезнь сердца, а именно инфаркт миокарда и аритмии, хроническая сердечная недостаточность и острое нарушение мозгового кровообращения. В связи с высокой заболеваемостью и смертностью от ССЗ в РК, внедрены интервенционные и кардиохирургические методы лечения больных и в том числе современные хирургические способы терапии нарушений ритма и проводимости. В последние годы в ряде регионов страны открыты современные кардиологические центры. Актуальной проблемой является организация и проведение действенной реабилитации сердечно-сосудистых заболеваний.

Сердечная реабилитация – это «Скоординированная совокупность действий, необходимых для благоприятного воздействия на основную причину сердечно-сосудистых заболеваний, а также для обеспечения наилучших физических, психических и социальных условий с тем, чтобы пациенты могли своими силами сохранить или возобновить оптимальное функционирование в своем сообществе и благодаря улучшению образа жизни в отношении здоровья, вялотекущего заболевания или регрессирования заболевания» [3].

Термин «кардиореабилитация» широко распространен и охватывает процессы, описанные в этом определении, но сам по себе является устаревшим и потенциально вводящим в заблуждение термином. Он был установлен в то время, когда пациентов госпитализировали на длительные периоды после перенесенного инфаркта миокарда или кардиохирургических операций, им рекомендовалось отдыхать в течение нескольких месяцев и они нуждались в тщательном контроле реабилитации на основе физических упражнений, чтобы они могли вернуться к нормальной деятельности. Большинство пациентов с ИБС больше не нуждаются в реабилитации в традиционном смысле этого слова, но они получают пользу от целостного, личностно-ориентированного подхода к своему лечению, который передает знания и понимание их состояния и его последствий, а также дает пожизненные навыки, чтобы помочь в самостоятельном управлении этим долгосрочным состоянием. Таким образом, программы кардиореабилитации рассматриваются как эффективное средство вторичной профилактики.

Цели исследования:

- Изучить возможность управления факторами риска, связанными с образом жизни больных перенесших инфаркт миокарда.

- Изучить принципы физической и медикаментозной реабилитации больных.

- Изучить значимость предоставления консультирования (пациентам и лицам, осуществляющим уход).

Задачи:

- Определить наиболее оптимальные стратегии снижения суммарного сердечно-сосудистого риска заболеваемости.

- Определить наиболее оптимальные стратегии предотвращения последующих сердечно-сосудистых осложнений, количества госпитализаций и смертности.

- Разработать рекомендации для консультирования больных и их близких родственников по профилактике инфаркта миокарда и по снижению риска возникновения повторного инфаркта миокарда.

Объект исследования: пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, лица, осуществляющие уход за больными.

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры.

Методы исследования:

- Изучение литературы.

- Беседа, консультирование.

- Анкетирование.

- Анализ.

- Сравнение.

Гипотеза: Эффективность выздоровления и улучшение качества жизни пациентов зависит от оказания квалифицированной медицинской помощи, выполнения всех рекомендаций на всех ее этапах.

1 УПРАВЛЕНИЕ ФАКТОРАМИ РИСКА, СВЯЗАННЫМИ С ОБРАЗОМ ЖИЗНИ

1.1 Определение факторов риска

Большинство пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями проводят более 5000 часов бодрствования ежегодно вне наблюдения медицинских работников [17], поэтому очень важно информировать их о существующих стратегиях поведения, которые могут быть реализованы дома, на работе или общественных местах. В недавнем опросе пациентов выяснилось предпочтение проходить кардиореабилитацию на дому, а не в реабилитационных центрах [18].

Поддержка человека, отказывающегося от курения, старающегося стать физически активным и внести положительные изменения в свой рацион питания, является ключевым компонентом программ кардиореабилитации. Руководство SIGN по оценке риска и профилактике ССЗ подчеркивает потенциальные преимущества каждой из этих составляющих [20]. Традиционно в программах реабилитации преобладают физические упражнения. Данные, касающиеся статуса курения, показывают, что только 6% пациентов все еще курят при наборе на программы реабилитации, в то время как около 1% прекращают курить во время самого процесса, а процент пациентов с индексом массы тела (ИМТ) > 30 практически или совсем не меняется [4].

1.2 ОТКАЗ ОТ КУРЕНИЯ

Кокрановский обзор показал, что психосоциальные меры по изменению образа жизни оказывают положительное влияние на отказ от курения через шесть месяцев. Поддержка по телефону и самоменеджмент оказывали положительный эффект при условии продолжительного участия в программах реабилитации [21,22].

Потребителям табака следует рекомендовать отказаться от курения при каждом их посещении, предлагать консультирование и помогать в разработке плана прекращения курения, который может включать фармакотерапию (направление на консультацию к соответствующему специалисту) и / или направление в программу по прекращению курения, кроме того, пациентам следует рекомендовать избегать воздействия табачного дыма на работе, дома и в общественных местах [23].

Меры по изменению образа жизни, связанные с отказом от курения, начинаются с установления первоначального контакта в стационаре, продолжаются после выписки, и включают в себя дополнительную поддержку, обучение стратегиям преодоления трудностей, применение материалов самопомощи, никотинозаместительную терапию, имеют значительный эффект только при долгосрочном контакте медсестры с пациентом (более 1 месяца) [24-26].

К методам объективного выявления воздействия курения относится пульсоксиметрия – неинвазивный метод измерения процентного содержания оксигемоглобина в артериальной крови (сатурация). В основе метода лежит измерение поглощения света определенной длины волны гемоглобином крови. Степень поглощения зависит от содержания оксигемоглобина. Пульсоксиметр фиксирует степень оксигенации крови и измеряет частоту пульса и амплитуду пульсовой волны. Этот метод важен в объективизации степени дыхательной недостаточности – неспособности системы дыхания обеспечить нормальный газовый состав крови.

Оценка степени никотиновой зависимости необходима как медицинскому работнику, так и самому пациенту для правильного выбора тактики и метода отказа от курения. Проводится с помощью теста Фагерстрема (таблица 3).

Степень никотиновой зависимости оценивается по сумме баллов:

- 0-2 баллов – очень слабая зависимость.
- 3-4 баллов – слабая зависимость.
- 5 баллов – средняя зависимость.
- 6-7 баллов – высокая зависимость.
- 8-10 баллов – очень высокая зависимость.

1.3 ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И СНИЖЕНИЕ СИДЯЧЕГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Регулярная физическая активность оказывает профилактическое и терапевтическое воздействие на многие хронические состояния, в том числе и ИБС [28].

Термин «физическая активность» определяется как движение тела, для которого требуется затрата энергии. Физические упражнения – это подкатегория физической активности, которая является плановой, структурированной, повторяющейся и направлена на улучшение или поддержание одного, или нескольких компонентов физической подготовленности [29]. Всем пациентам с ССЗ следует рекомендовать свести к минимуму сидячий образ жизни, они должны стремиться к ежедневной физической активности [28,30]. В течение одной недели она должна составлять 150 минут (2,5 часа) физической активности умеренной интенсивности сеансами по 10 и более минут или до 75 минут активности высокой интенсивности. Сюда могут входить как структурированные физические нагрузки, так и быстрая ходьба. [30]. Кроме того, всем взрослым пациентам рекомендуется заниматься физическими упражнениями для улучшения мышечной силы как минимум два дня в неделю. [28].

Тех, кто ведет умеренно активный образ жизни и способен повысить свою активность, следует поощрять к этому и рекомендовать включать в свой режим регулярные тренировки. [30].

Такой компонент сердечной реабилитации, как физические упражнения снижает показатели сердечно-сосудистой смертности, количество госпитализаций и улучшает качество жизни. [31,35].

Физические тренировки оказывают положительное влияние на ремоделирование левого желудочка и восстановление сердечно-легочных функций. [37].

Тренировка с физической нагрузкой у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса показала увеличение кардиореспираторной выносливости и улучшение качества жизни. При этом отсутствовали зависимости от частоты, продолжительности и интенсивности объема физической нагрузки

[38,39].

В систематическом обзоре, посвященном анализу исследований, изучалось влияние сердечной реабилитации на основе физических упражнений при ИБС. Показано снижение показателей смертности и риска госпитализации, программы реабилитации включали стратегии обучения физическим упражнениям и изменению поведения, а также психологическую поддержку по преодолению факторов риска [40].

Имеются данные о пользе аэробных упражнений и упражнениях с отягощениями различной частоты, и продолжительности. Поскольку нет единого мнения об оптимальном объеме, физическую нагрузку определяют в индивидуальном порядке. [41].

Недавние исследования влияния физических нагрузок выявили улучшение качества жизни пациентов независимо от типа коронарного синдрома [42, 43, 44], и улучшение состояния сердечно-легочной системы и качества жизни при сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса [38, 45].

Для оценки уровня физической активности, прогнозирования и выявления рисков у пациентов, перенесших сердечно-сосудистое событие рекомендуется тест на определение выносливости [46, 47, 48] или шкала Борга.

Шкала Борга, отражающая уровень переносимой нагрузки, используется для субъективной оценки восприятия человеком интенсивности выполняемой ФН (шкала от 6 до 20) и как дополнительный параметр ее регулирования. Также шкала Борга применима для формирования правильной самооценки интенсивности физических тренировок. Прогностическое значение имеет уровень переносимой физической нагрузки, соответствующий 11-14 баллам от легкой до умеренной степени интенсивности.

В случае затруднения тестов с максимальной нагрузкой рекомендуется субмаксимальный – проба с 6-минутной ходьбой [49] 6-минутная прогулка используется для установки необходимой интенсивности упражнений, назначения программ тренировок и оценки эффективности кардиореабилитации [50].

2. ПРИНЦИПЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

2.1. Индивидуальный подход к выбору метода, режима, интенсивности физических тренировок

При выборе параметров физических тренировок (ФТ) необходимо учитывать обширность и наличие осложнений ИМ, коморбидную патологию.

1. Раннее начало. Физическая реабилитация должна начинаться с первых дней после ИМ в виде дыхательных упражнений. Начинать ФТ следует после стабилизации клинического состояния.

2. Строгая дозированность и этапность ФТ. Использование шкалы Борга, проба с 6-минутной ходьбой.

3. Непрерывность и регулярность ФТ.

4. Постепенное возрастание объема и интенсивности ФТ.

Частота сердечных сокращений – самый простой показатель контроля уровня тренирующей нагрузки. Максимальная ЧСС – это самая высокая ЧСС при выполнении пробы с ФН. В норме она зависит от пола и возраста. У пациентов этот параметр может отличаться от нормальных значений из-за приема лекарственных препаратов, например, бета-адреноблокаторов.

Физическая реабилитация с применением программ физических тренировок имеет центральное значение в системе кардиореабилитации, так как позволяет больному восстановить физическое состояние, добиться клинической стабильности течения заболевания и, главное, вернуться к трудовой деятельности, привычным бытовым нагрузкам и социальной активности. [1]

2. ДИЕТА

2.2 Рекомендации по первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний эволюционировали от первоочередной задачи ограничения потребления жира и холестерина в рационе питания до более широкого видения здоровой для сердца пищи. В настоящее время основное внимание уделяется кардиопротективной диете, которая включает в себя более здоровый рацион питания, корректирует неправильные представления о диете и здоровье, а также балансирует потребление энергии и поддержание массы тела (или снижение, если необходимо) [3].

Режимы питания, характеризующиеся традиционной средиземноморской диетой (которые богаты овощами и фруктами, а основными источниками добавленного жира являются оливковое масло и орехи, имеют низкое содержание красного мяса (при этом птица и рыба заменяют говядину и баранину) полезны в профилактике ИБС. Такой подход к диете следует использовать вместо ограничения употребления отдельных питательных веществ и использования пищевых добавок, в том числе обогащенных витаминами и минералами. Исследования постоянно демонстрируют обратную связь между употреблением традиционной средиземноморской диеты и снижением риска ИБС, инсульта и общей смертности [59-61].

Важную роль на госпитальном этапе играет диетотерапия, основные требования к диетотерапии при инфаркте миокарда - диета №10:

- ограничение животных жиров;
- ограничение холестеринасодержащих продуктов;
- ограничение поваренной соли;
- ограничение потребления воды;
- прием пищи 5-6 раз в сутки;
- прием пищи в отварном и запеченном виде.

Рекомендуется:

Хлеб серый грубого помола, сухари, не сдобное печенье, супы вегетарианские, крупы, молочные

продукты, фрукты, нежирный мясной бульон - 1 раз в неделю. Мясо, рыба нежирные сорта, белковый омлет, овощные винегреты и салаты с растительным маслом. Не крепкий чай и кофе. Сахар - до 40 г в сутки.

Исключаются:

Жирные блюда из мяса и рыбы, сдобное тесто, мозги, печень, почки, икра, тугоплавкие жиры, мороженое, соленые закуски и консервы, алкоголь, какао, шоколад, бобы.

Диета № 10 для больных, перенесших инфаркт миокарда, состоит из трех последовательно назначаемых рационов.

I рацион - дают в остром периоде (1 -я неделя).

II рацион - в подостром периоде (2--3-я недели).

III рацион - в периоде рубцевания (4-я неделя).

I рацион включает протертые блюда; II- в основном измельченные; III- измельченные и куском. Пищу готовят без соли, в отварном виде. Исключаются холодные (ниже 15 °С) блюда и напитки.

3. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Пациентам с ИБС врачом назначаются препараты для снижения сердечно-сосудистого риска и изменения факторов риска. [20,82,83]. Участие в сердечной реабилитации даёт возможность контролировать такие факторы риска, как артериальное давление и уровень холестерина, проводить мониторинг приема лекарства, а также поощрять приверженность лекарственной терапии. Медицинский вклад в программы сердечной реабилитации минимален, что говорит о том, что немедикаментозное вмешательство может предоставить наилучшую возможность для повышения качества медицинского управления рисками [84,85].

Все фармакологические средства назначаются врачом, изменение дозы, отмена, замена лекарственного средства также являются прерогативой врача. Однако медицинская сестра должна владеть информацией о побочных действиях, режимах дозирования, симптомах передозировки назначенных лекарственных средств. В рамках программ медицинской реабилитации медицинская сестра должна всячески способствовать соблюдению приверженности лекарственной терапии пациентом. [19]

3.1. Приверженность приему лекарств

Многие пациенты перестают принимать лекарства вскоре после начала его приема, без консультации своего врача или медсестры. Пациенты, которые продолжают принимать лекарства, часто принимают их с нарушением режима приема, а уровень приверженности медикаментозной терапии в долгосрочной перспективе в среднем составляет всего около 50% [89].

3.2 Контроль АД

У пациентов с ОКС и сопутствующей АГ уровни АД должны хорошо контролироваться, поскольку риск развития повторных коронарных событий зависит от величины АД. Данные ретроспективного анализа исследования PROVE IT-TIMI 22 (the PRavastatin Or atorVastatin Evaluation and Infection Therapy-Thrombolysis In Myocardial Infarction 22) подтвердили, что после инфаркта миокарда целевой уровень систолического АД должен быть <140 мм рт.ст., но не ниже 110 мм рт.ст. Следует помнить и о пороговом значении уровня диастолического АД (70-75 мм рт. ст.), при котором дальнейшее снижение АД может сопровождаться ухудшением течения заболевания. Для контроля уровня АД, наряду с общепринятыми немедикаментозными вмешательствами (снижение потребления соли, повышение ФА и нормализация ИМТ), предпочтение отдается антигипертензивным препаратам, необходимым больным после ОИМ и по другим показаниям (БАБ, иАПФ или БРА). Если больной уже получает эти средства в рекомендуемых дозах, но целевой уровень АД не достигнут, возможно пациенту требуется добавление других гипотензивных средств, следовательно, необходимо направить к профильному специалисту[39].

3.3 Гиполипидемическая терапия

Влияние на уровень ХС ЛНП – обязательный компонент терапии пациентов, перенесших ОИМ. Гиполипидемическая терапия назначается профильным специалистом. Однако медицинская сестра может контролировать достижение пациентом рекомендуемых пороговых уровней ХС ЛНП.

Установлено, что терапия статинами пациентов после ОКС снижает риск смерти от ИБС, повторного ИМ, инсульта и потребность в операции реваскуляризации миокарда. После ИМ больные должны получать статины, неопределенно долго, если нет противопоказаний. Ранее применение статинов у этих больных должно сочетаться с эффективным изменением образа жизни и рекомендациями по диете. Если по каким-то причинам пациенту не назначена эта группа препаратов, то следует направить его к лечащему врачу[42].

3.4 Антиагреганты. Ацетилсалициловая кислота (АСК) АСК должна быть назначена профильным специалистом-врачом неограниченно долго (>12 мес.) всем больным с перенесенным ОКС, не имеющих противопоказаний (аллергия, обострение язвенной болезни желудка и 12- перстной кишки, геморрагический диатез) с целью вторичной профилактики. Для длительной поддерживающей терапии рекомендуются дозы от 75 до 100 мг 1 раз/сут. [51]

Приём АСК прекращается только в случае непереносимости или наличия побочных действий, требующих ее отмены. При непереносимости АСК необходимо направить к профильному специалисту для назначения альтернативы.

3.5 Антикоагулянты

Многие пациенты с сердечными заболеваниями (например, фибрилляция предсердий/трепетание предсердий, наличие протезов клапанов сердца (механических и в ряде случаев биологических), в составе комплексной терапии могут получать антикоагулянты (антагонисты витамина К (варфарин), НОАК (новые

оральные антикоагулянты - ривароксабан, апиксабан, дабигатран). Для препаратов группы антагонистов витамина К необходим строгий контроль уровня МНО (международного нормализованного отношения), при снижении его уровня ниже целевых значений у пациентов увеличивается риск тромбообразования, при повышении его уровня выше оптимальных значений- увеличивается риск кровотечения. Функционал медицинской сестры в данном случае заключается в разъяснении пациенту необходимости мониторинга МНО и в своевременном обращении к лечащему врачу при отклонении результатов, а также при появлении признаков передозировки препаратов. Для большинства пациентов, принимающих антагонисты витамина К оптимальным диапазоном МНО является 2,0-3,0. [32]

4. Консультирование больных и лиц осуществляющих уход за пациентами.

4.1. Рекомендации медицинской сестре в общении с пациентом:

- поддерживать и поощрять стремление пациента к выздоровлению в сложившейся клинической ситуации;

- быть терпеливой и корректной при выполнении интимных процедур;

- принимать во внимание уровень личностной зрелости пациента;

- разговаривать на понятном ему языке;

- соблюдать принцип информированного согласия: объяснять значимость лечебной процедуры, нацелить на позитивные результаты;

- помочь пациенту стать деятельным участником лечебного процесса.

Большое значение в лечении пациентов с острым ИМ имеет правильный уход, так как пациент достаточно долгое время соблюдает постельный режим. Для предупреждения пролежней следует осуществлять уход за кожей пациента, менять нательное и постельное бельё (для смены белья пациента осторожно поворачивают в постели). Необходим контроль за актом дефекации (мочеиспусканием). Пациента кормят в постели. Во время процедур пациент не должен делать резких движений, напрягаться. [1]

Средний медицинский персонал может принимать активное участие в составлении всех рекомендаций.

Составление многих из данных рекомендаций может основываться на предложении, внесенном представителем среднего медицинского персонала в сотрудничестве с многопрофильной группой по кардиореабилитации. Другие рекомендации могут быть изначально инициированы другими членами группы, но требуют ключевых данных со стороны среднего медицинского персонала.

Степень участия среднего медицинского персонала в реализации некоторых рекомендаций будет варьироваться в зависимости от уровня обеспеченности ресурсами службы кардиореабилитации, организации медицинской помощи и компетенций отдельных медсестер. [2]

4.2. Средний медицинский персонал должен предоставить следующую информацию:

1. Дозированная физическая нагрузка под контролем АД, ЧСС.

2. Мониторинг АД в дневнике самооценки.

3. Кардиореспираторный тренинг.

4. Контроль веса.

5. Общие рекомендации к мерам по изменению образа жизни.

6. Общие рекомендации к эмоциональной самоадаптации и психологической разгрузке. [1]

Контрольный перечень для предоставления информации

В данном разделе приведены примеры информации, которая может оказаться полезной для пациентов / лиц, осуществляющих уход, на ключевых этапах пути восстановления пациента. Контрольный перечень не является исчерпывающим и исключительным. [19]

Контрольный перечень для предоставления информации

Информация, предоставляемая пациентам после сердечного события, должна предоставляться на индивидуальной основе в зависимости от необходимости и выбора. Следует своевременно предлагать работу с пациентом на протяжении всего пути восстановления в рамках КР.

Информация, подходящая для лица, должна предоставляться в различных форматах - в письменной и устной форме, либо посредством личной беседы, по телефону или через электронную почту.

Вовлечение пациента во все дискуссии имеет важное значение с целью информирования, расширения возможностей и поощрения лица взять на себя ответственность за самостоятельное управление своим состоянием. По мере необходимости, с согласия пациента, должна быть рассмотрена возможность участия супругов/лиц, осуществляющих уход / партнеров. [1]

На протяжении всего процесса кардиореабилитации необходимо:

- Обсуждение влияния сердечно-сосудистого события/ ишемической болезни сердца на эмоциональное благополучие.

- Предоставление пациентам сведений о других источниках информации, поддержке близких и группах поддержки.

- Предоставление устной и письменной информации по следующим вопросам:

1. диагноз,

2. купирование боли в груди, в том числе использование спрея нитрата,

3. советы по управлению транспортными средствами,

4. выход на работу,

5. соответствующие ежедневные действия.

- Обсуждение любых будущих методов лечения, мер по изменению образа жизни и назначений.
- Обсуждение преимуществ отказа от курения (курящим пациентам).

Оценка кардиореабилитации

• Предоставление информации, соответствующей потребностям и выбору пациента, в отношении следующего:

1. активность,
2. физические упражнения,
3. отказ от курения,
4. контроль веса,
5. диета,
6. общие реакции эмоциональной адаптации к плохому состоянию здоровья.

• Консультирование по вопросу продолжения выполнения физических упражнений в долгосрочной перспективе и о том, что их можно выполнять безопасно и эффективно в любых условиях.

• Указание контактного номера для получения ориентированной на человека консультации и(или) поддержки. [1]

4.3. Консультация пациентов перенесших инфаркт миокарда

• Соблюдение диеты. В первую очередь, необходимо отказаться от жирных и жареных продуктов с высоким содержанием холестерина. В пищу стоит употреблять рыбу и мясо птицы, причем варенную либо приготовленную в пароварке. В рацион следует добавить больше фруктов и овощей, а также отказаться от жирных молочных продуктов. Крайне не рекомендуется перетруждать желудок большими объемами пищи, либо наоборот — ее отсутствием.

• Уменьшение потребления соли.

• Снизить потребление жидкости. Рекомендуемая норма — 1 литр в день.

• Минимизировать употребление алкоголя. По этому поводу необходимо проконсультироваться с врачом и не превышать допустимую дозу.

• Соблюдать режим дня. Необходимо давать организму достаточное время для отдыха, желательно выделять время и на дневной отдых или сон.

• Привести в норму вес. При избыточной массе тела, необходимо как можно скорее от нее избавиться, поскольку лишний вес дает большие нагрузки на сердце.

• Привести в порядок эмоциональное состояние. Необходимо научиться правильно, расслабляться и избавиться от страха повторного приступа или смерти. В этом могут помочь техники йоги и медитации.

• Физические нагрузки.

После стационарного этапа реабилитационные мероприятия проводятся в поликлинике или кардиологическом санатории. Согласно современному порядку восстановительное лечение должно осуществляться в отделении кардиореабилитации поликлиники или в реабилитационном стационаре. Рекомендации по активизации пациентов в период после выписки из стационара более адекватными при учёте результатов нагрузочного теста. Минимальной целью является аэробная нагрузка умеренной интенсивности (например: ходьба в умеренном темпе по ровной местности) в течении 30-40 минут (суммарно в течение дня) не менее 5 дней в неделю в сочетании с увеличением повседневной нагрузки. Тренирующие нагрузки не должны сопровождаться повышением ЧСС более 50-60% от максимальной (без препаратов с отрицательным хронотропным действием). Сексуальная активность разрешается при разумной возможности выполнять без ишемии миокарда нагрузку с повышением ЧСС до 120-130 в мин, АД-до 170 мм рт.ст.(примерно соответствует подъему на 2 этаж за 10 секунд).

После ИМ значительно возрастает риск смерти, который составляет в первый год около 10 %, а в последующем - около 5 % ежегодно. Для повышения выживаемости рекомендуют мероприятия вторичной профилактики, проводимые пожизненно. Цель лечения – минимизация симптомов, контроль за нагрузками на миокард (ЧСС, АД) и факторами риска, реабилитация.

Лечение аспирином назначают всем пациентам неопределенно долго в дозе 75–100 мг/сут. После ИМ второй дезагрегант (клопидогрел) рекомендуют принимать до 1 года. В случаях высокого риска кровотечений длительность лечения двумя дезагрегантами может быть уменьшена. В исследовании пациентов с ОКСбпСТ достоверный эффект комбинации с клопидогрелем был отмечен в первые 3 месяца. При комбинированной противотромботической терапии, особенно у пациентов с другими факторами риска гастроинтестинальных кровотечений, целесообразно дополнительно назначить ингибиторы протонной помпы (например, 20 мг пантопразола или омепразола). После прекращения приема тикагрелора (клопидогрела) продолжается лечение аспирином.

Прием бета-блокаторов рекомендуют продолжать по крайней мере до 3 лет после ИМ при нормальной функции левого желудочка. Важное значение имеют достижение и поддержание целевого уровня ХСН ЛПНП ниже 1,8 ммоль/л. Пациентам с ИМпСТ рекомендуется интенсивная терапия статинами (розувастатин 20–40 мг, аторвастатин 40–80 мг). Препарат омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (1 г/сут) не снизил риск сердечно-сосудистых событий в течение года после ИМ.

У пациентов с диабетом следует стремиться к эффективному контролю гликемии (HbA1c 6,5–7,0 %). Популярная комбинация инсулина с метформином (меньше увеличение массы тела, ниже доза инсулина, реже гипергликемия) ограничивается наличием ХСН. В случае необходимости использования

противовоспалительных препаратов предпочтение следует отдать напроксену ввиду большей безопасности при тромботических состояниях. Для скорейшего восстановления организма после инфаркта миокарда, необходимы занятия лечебной физкультурой и умеренные физические нагрузки. (В случае проведения стентирования — лечебной физкультуре отводится самая главная роль в процессе восстановления организма).

Отказ от курения играет огромную роль в восстановлении больных. Именно сигареты могут стать причиной повторного инфаркта миокарда.

По поводу всех этих пунктов, необходима профессиональная консультация врачей, поскольку схема реабилитации во многом зависит от осложнений, возраста и общего состояния пациента. [21]

ВЫВОДЫ

- Изучена учебная и научная литература.
- Проведён анализ статистических данных по заболеваемости инфарктом миокарда на территории Актюбинской области, по Казахстану.

Изучив теоретические вопросы об инфаркте (этиологию, клиническую картину, осложнения, методы диагностики, особенности лечения, реабилитации, ухода и профилактики) проанализировав наблюдения из практики, делаем заключение, что цель данной дипломной работы достигнута.

Эффективность выздоровления и улучшение качества жизни пациентов зависит от оказания квалифицированной медицинской помощи, выполнения всех рекомендаций на всех ее этапах.

Проанализировав полученные статистические данные, можно утверждать, что большинство пациентов недостаточно информированы о своем заболевании, а так же не знают причину развития инфаркта миокарда. Большинство пациентов перенесших заболевание нуждаются в постоянном приеме гипотензивных препаратов и аспирина. Проведенное исследование показало, что вредные привычки напрямую угрожают и способствуют развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Благодаря консультации пациентов, снижается риск повторного инфаркта миокарда и способствует возвращению к нормальному образу жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования и написания работы выявлено, что заболеванию инфаркта миокарда более всего подвержены пожилые люди с повышенным артериальным давлением, что своевременная профилактика, ведение здорового образа жизни является неотъемлемой частью жизни человека. Пациент, перенесший инфаркт миокарда, должен получать качественный и высококвалифицированный уход медперсонала. Контактируя с больным, медицинская сестра располагает новые жизненные установки больного после перенесенного инфаркта миокарда, своевременно помогает преодолевать сложные барьеры заболевания.

Нагрузки имеют большое значение не только для улучшения физического состояния, но и как фактор психологического воздействия на человека. Возможность и даже необходимость двигаться ободряют, дарят надежду на выздоровление. Они заставляют стремиться к возвращению к обычной жизни, строить планы на будущее, мотивируют к дальнейшим успехам. Целью создания программы сестринских действий по уходу за пациентами, перенесшими инфаркт миокарда, явилось желание показать четкую структуру действий медицинской сестры по отношению к пациенту.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Салихова Р.Р.,
обучающаяся 3 курса.
Научные руководители:
Рыжкина Н.В.,
Ворончихина Н.М.,
преподаватели,
ГАПОУ РБ «БМК», г. Белорецк*

"Диабет не болезнь, а образ жизни.

Если вы заболели, не надо отчаиваться, старайтесь активно поддерживать свой организм в нормальном состоянии с помощью диеты, лекарств и физических нагрузок. А этому любой диабетик должен быть обучен.

Хочешь жить - учись".

Хавра Астамиров.

Актуальность проблемы состоит в том, что в настоящее время основными причинами заболеваемости, ранней инвалидизации и смертности населения стали заболевания неинфекционной природы — сердечно-сосудистые, эндокринные, онкологические, нервно-психические и другие. Всё возрастающее значение среди них приобретает проблема сахарного диабета. Сахарный диабет является медико-социальной проблемой современности, которая по распространенности имеет все черты эпидемии, охватывающей большинство экономически развитых стран мира. По данным ВОЗ в настоящее время в мире насчитывается более 175 миллионов больных, их количество неуклонно растет и к 2025 году достигнет 300 миллионов. Россия в этом плане не является исключением. Согласно официальной статистике сахарным диабетом в России страдают более 2 миллионов человек; эта цифра вычисляется по обращаемости (т.е. по записи в медицинской карте). Ведущие специалисты считают, что эта цифра существенно занижена и на самом деле число больных диабетом в России

в 2-3 раза превышает официальную статистику и может достигать 7 миллионов человек. Это означает, что более 4 миллионов человек живут, ничего не зная о своем заболевании. А ведь сахарный диабет - это очень серьезная болезнь, которая ведет к тяжелым осложнениям даже у тех пациентов, которые получают лечение и находятся под наблюдением врачей.

Проблеме борьбы с сахарным диабетом уделяется должное внимание министерствами и департаментами здравоохранения всех стран. Во многих странах мира, включая Россию, разработаны соответствующие программы, предусматривающие раннее выявление сахарного диабета, которые и являются причиной ранней инвалидизации, наблюдаемой при этом заболевании. Приблизительно у половины всех пациентов, страдающих инсулинонезависимым сахарным диабетом или диабетом второго типа, заболевание не распознаётся вовремя и, соответственно, нет своевременной профилактики. Важные практические навыки: умение вводить инсулин, подбирать низкокалорийную диету, рассчитывать режим питания в соответствии с физической нагрузкой, фитотерапии, ЛФК и массаж [11].

В комплексном методе медикаментозной коррекции и немедикаментозном методе лечения сахарного диабета, а также его осложнений одним из эффективных дополнительных методов является физиотерапия. Определенные физиотерапевтические процедуры оказывают при диабете несомненное терапевтическое воздействие. Недостаточное знание данной проблемы и определили тему исследования: «медикаментозная коррекция и немедикаментозные методы лечения пациентов при сахарном диабете II типа у людей пожилого возраста».

Сахарный диабет (СД) – заболевание, характеризующееся хронической гипергликемией, являющейся следствием недостаточной продукции инсулина, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ, прежде всего углеводного, поражению сосудов (ангиопатии), нервной системы (нейропатии), а также других органов и систем.

Инсулинозависимый сахарный диабет (ИЗСД) называют диабетом с “ювенильным началом”, так как развивается преимущественно у лиц молодого возраста (35 лет).

Важное значение в физическом методе лечения сахарного диабета у пожилых и старых людей имеет диета. Продукты и блюда, рекомендуемые для включения в диету:

- хлеб и хлебобулочные изделия - ржаной или белково - пшеничный, белково - отрубной.
- мясо – нежирные сорта, отварное (кролик, куры), колбасы – докторская, диабетическая.
- яйца куриные – 1-2 в день (цельные, в виде омлетов).
- молоко и молочные продукты – молоко натуральное, кефир и творог нежирный, сырники, сметана
- супы – овощные, на слабом мясном, рыбном, грибном бульоне.
- овощи – картофель, капуста и морковь (в сыром, вареном и печеном виде).
- рыба – нежирные виды, преимущественно отварная (приложение 3).

Если диета не помогает, то дополнительно назначают медикаментозное лечение [6].

Для лечения сахарного диабета применяют пероральные сахароснижающие препараты, комбинированное лечение (пероральные препараты+ инсулин) и у пациентов с инсулинопотребной формой сахарного диабета – инсулинотерапия.

Пероральные сахароснижающие препараты представлены следующими группами:

- а) препараты стимулирующие секрецию инсулина, сульфонилмочевинные препараты производные аминокислот (глибенкламид, глипизид, гликлазид);
- б) бигуаниды (глиформин, глюкофаж, метформин);
- в) ингибиторы α-глюкозидаз (глюкобай);
- г) глитазоны, или сенситайзеры инсулина (актос).

Пероральные сахароснижающие препараты эффективны в сочетании с инсулином.

Инсулинотерапия. При неэффективности терапии пероральными сахароснижающими препаратами возникает необходимость в назначении инсулина – либо в качестве монотерапии, либо в комбинации с таблетированными препаратами.

Схемы инсулинотерапии могут быть различными:

- инсулин короткого действия и средней продолжительности действия – перед завтраком и ужином (традиционный режим);
- инсулин короткого действия – перед завтраком, обедом и ужином; инсулин средней продолжительности действия – перед завтраком и обедом;
- инсулин короткого действия – перед завтраком, обедом и ужином; инсулин средней продолжительности действия – перед завтраком и на ночь (в 22 ч);
- инсулин короткого действия – перед завтраком, обедом и ужином; инсулин средней продолжительности действия – на ночь (в 22ч) [1].

При лечении пациентов пожилого и старческого возраста особое внимание обращают на борьбу с осложнениями сахарного диабета. В связи с этим назначают препараты, нормализующие углеводный обмен – витамины группы В, С, никотиновую кислоту; жировой обмен – мисклерон, цетамифен, препараты йода, липокаин, липоевую кислоту, метионин; белковый обмен – ретаболил, белковые кровезаменители; минеральный обмен – оротат калия, панангин и пр.

Используют и препараты, регулирующие сосудистый тонус, сосудистую проницаемость, свертывание крови: гепарин, пелентан, гексоний, тетамон; папаверин, дибазол, но-шпу, АТФ, ангиотрофин; продектин,

дицинон; трипсин, лидазу, ронидазу, кокарбоксилазу. Показаны кислородная терапия и лечебная физкультура.

Профилактика сахарного диабета – это и рациональная терапия пациентов пожилого и старческого возраста, тщательный контроль за применением сахароснижающих препаратов.

К счастью, теперь мы можем восполнить недостаток инсулина в организме с помощью инъекций. Это превратило сахарный диабет из болезни, заканчивающейся инвалидностью и даже гибелью организма, в болезнь, которая совместима с полной и активной жизнью.

До открытия инсулина лечебное питание было единственным методом лечения сахарного диабета. Оно и сейчас является эффективным и совершенно необходимым средством при всех клинических формах сахарного диабета.

Физические нагрузки всегда сугубо индивидуальны: физические упражнения повышают чувствительность к инсулину и снижают уровень гликемии, что может приводить к развитию гипогликемии; риск гипогликемии повышается в течение физической нагрузки и в ближайшие 12-40 часов после периода длительных тяжелых физических нагрузок; при легких и умеренных физических нагрузках продолжительностью не более 1 часа требуется дополнительный прием углеводов до и после занятий спортом (15 г легкоусвояемых углеводов на каждые 40 мин занятий спортом); при умеренных физических нагрузках продолжительностью более 1 часа и интенсивном спорте необходимо снижение дозы инсулина, действующего во время и в последующие 6-12 часов после физической нагрузки, на 20-50%; уровень глюкозы в крови нужно измерять до, во время и после физической нагрузки; при декомпенсированном сахарном диабете, особенно в состоянии кетоза, физические нагрузки противопоказаны (приложение 2).

Хорошая новость: пожилые диабетики более чувствительны к физическим нагрузкам, чем молодые.

ЛФК при сахарном диабете. Основные задачи: регуляция содержания глюкозы в крови; предупреждение развития острых и хронических осложнений; поддержание нормальной массы тела; у пациентов диабетом 2-го типа, как правило, снижение массы тела; обеспечение высокого качества жизни.

Регулярные занятия физкультурой проявляются увеличением чувствительности к инсулину, снижением повышенного АД, усилением кровотока в сосудах сердца, снижением адгезии эритроцитов с меньшей вероятностью тромбообразования, снижением концентрации триглицеридов, увеличением концентрации липопротеидов высокой плотности, снижением риска развития коронарной болезни сердца, остеопороза, снижением содержания жира в организме и, соответственно, массы тела, повышением иммунитета, расширением функциональных возможностей организма, улучшением психоэмоционального статуса. Однако неадекватные физические нагрузки могут усугубить течение заболевания и привести к осложнениям: гипогликемии, гипергликемии, кровоизлияниям в сетчатку глаза при диабетической ретинопатии, образованию язв при диабетической стопе и травм нижних конечностей, острой патологии сердечно-сосудистой системе (инфаркт миокарда, инсульт, гипертонический криз) [13].

К сожалению, регулярное лечение диабета нередко начинается после выведения пациента из состояния диабетической комы. У пациента, как правило, в течение нескольких дней отмечаются явления астении, поэтому в ходе ЛГ используют элементарные упражнения (по 3-5 раз) для основных мышечных групп верхних и нижних конечностей, чередуя их с дыхательными (статическими и динамическими). Возможно включение в процедуру ЛГ массажа конечностей и воротниковой области. Активизируя обменные процессы в организме, они способствуют некоторому снижению уровня глюкозы, нормализации функционального состояния центральной нервной системы.

Массаж при сахарном диабете. У пациентов под влиянием массажа уменьшается содержание сахара в крови, так как массаж активизирует деятельность инсулярного аппарата поджелудочной железы и усиливает эффект действия инсулина, вводимого в организм. Пациентам, страдающим сахарным диабетом,

Цель массажа: улучшение общего обмена веществ, стимуляция функции инсулярного аппарата поджелудочной железы, активизация деятельности вводимого в организм инсулина, стимуляция гликогенообразовательной функции печени и усвояемости сахара мышечными клетками, повышение работоспособности пациента.

При проведении общего массажа необходимо обращать внимание на крупные мышечные группы, не вызывая утомления пациента.

Необходимо всегда помнить о дозировке. Слишком сильный и энергичный массаж таким больным не показан. При проведении общего массажа нагрузка должна нарастать плавно от процедуры к процедуре и равномерно распределяться на крупные мышечные группы.

Продолжительность процедуры в начале курса лечения- 20-30 минут, а к концу курса может быть постепенно увеличена до сорока. Если пациент переносит массаж хорошо, то его можно применять ежедневно.

Курс – 25-30 процедур повторяется регулярно через полтора-два месяца. Массажист обязан помнить, что при сахарном диабете массаж можно делать только после предварительного введения инсулина. Если во время массажа у пациента возникает быстро нарастающее утомление, то массаж следует прекратить, а больного показать врачу. При сахарном диабете можно пользоваться схемой проведения общего массажа, исключая из неё глубокие массажные приёмы.

Возможно использование постизометрической релаксации для мышц голени и стоп, улучшающей кровоток к нижней конечности. Она может также эффективно проводиться в ходе массажа [12].

Физиотерапия. Гораздо большее распространение реабилитации сахарного диабета получили общие воздействия физическими факторами, позволяющие улучшить общее состояние организма, предотвратить

прогрессирование заболевания и развитие осложнений.

Фототерапия, лазеротерапия. Пациентам сахарным диабетом показаны облучения ультрафиолетовыми лучами. Их можно проводить в виде общих (по основной схеме) или местных воздействий. УФ-лучи стимулируют общий обмен, обмен кальция и фосфора, витаминов, снижают уровень сахара в крови и гликогенообразующее действие. Они повышают барьерные свойства кожи и играют профилактическую роль при кожных инфекциях у больных диабетом.

Внутривенное лазерное облучение крови с длиной волны монохроматического излучения 0,63 мкм и мощностью на выходе моноволоконного световода 1-5 мВт. Длительность воздействия 20-30 мин. На курс лечения 10 процедур, проводимых ежедневно [15].

Дарсонвализация — это метод физиотерапии, основанный на использовании импульсного тока высокой частоты (110—400 кГц), высокого напряжения (десять тысяч вольт) и малой силы (до нескольких миллиампер).

При местной дарсонвализации ток от аппарата к пациенту подводят посредством стеклянных конденсаторных вакуум – электрод, при общей дарсонвализации (индуктотерапии) пациента в сидячем или лежащем положении.

Лечебное действие при местной дарсонвализации оказывают импульсный высокочастотный ток, проходящий через все тело пациента, и электрический разряд, возникающий между кожей больного и вакуум – электродом; при общей дарсонвализации лечебное действие оказывает наведенный на тело пациента по закону электромагнитной индукции высокочастотный ток.

Под влиянием местной дарсонвализации улучшается кровообращение, трофика тканей, нормализуется тонус тканей, сосудов и кожи. Местная дарсонвализация показана при заболеваниях периферических нервов, сосудов и мышц с болевыми явлениями, при нарушениях трофики тканей, заболеваниях кожи и волос с нарушением их питания, хронических воспалениях придаточных полостей носа.

Общая магнитотерапия. Магнитотерапия – один из таких способов борьбы с диабетом и другими болезнями. Суть его в действии магнитных полей на организм человека. При этом применяются разные виды полей. Преимущество этого вида лечения состоит в том, что люди, которые проходят процедуры, не привыкают к ним, а после сеансов у пациентов не наблюдается побочных действий.

Магнитотерапия действует природным путем и помогает снизить уровень холестерина в крови, поддерживает работу пищеварительной системы и предотвращает развитие язвы, очищает печень, нормализует состав крови, снижает риск развития гликемии [16].

Кислородотерапия, озонотерапия. При сахарном диабете в силу различных причин и механизмов развивается кислородная недостаточность. Ее устранению способствует назначение кислородных коктейлей или гипербарической оксигенации (ГБО).

Кислородные коктейли показаны при любой степени тяжести сахарного диабета с ожирением и без него. Кислород, всосавшийся в пищевом канале, попадает через воротную вену в печень и способствует окислению недоокисленных продуктов обмена. Можно пользоваться настоями и отварами из лекарственных растений (плоды шиповника и черники, листья грецкого ореха, земляники и черники, стручки фасоли и др.) с добавлением сорбита или ксилита (20-30 г на 1 л). Принимают за 1-1,5 ч до еды до 1 л кислородной пены; в разгрузочные дни — 3-4 раза в день.

ГБО позволяет увеличить содержание растворенного в артериальной крови кислорода. Гипогликемизирующий эффект ГБО связывают со снижением активности симпатoadренальной системы и уровня контринсулярных гормонов, восстановлением газового состава крови, нормализацией ее кислотно-основного состава, что повышает чувствительность рецепторов тканей к инсулину. Курс ГБО включает в себя 10—15 ежедневных процедур, длительностью 40-60 мин при 2 атм. ГБО показана больным сахарным диабетом в состоянии декомпенсации. Следует помнить, что ГБО противопоказана лицам, страдающим клаустрофобией (боязнью замкнутых пространств) и эпилепсией.

Очень эффективным методом в комплексном лечении сахарного диабета является озонотерапия. Применение медицинского озона способствует увеличению проницаемости клеточных мембран для глюкозы. Достичь такого эффекта удастся благодаря стимуляции пентозофосфатного шунта и аэробного гликолиза. В результате глюкоза лучше поступает в ткани, снижается гипергликемия. Осуществляется окисление глюкозы до конечных продуктов. Озон влияет на обмен глюкозы в эритроцитах. Ткани получают больше кислорода, устраняется гипоксия. Озонотерапия способна предупредить развитие таких патологических процессов, как нейропатия, артропатия, ангиопатия. Помимо того, озон обладает иммуномодулирующим действием, что очень важно, потому что при диабете возрастает склонность к хроническим инфекциям и воспалительным явлениям на фоне ослабленного иммунитета. Основа озонотерапии – внутривенное введение озонированного физиологического раствора – 200 мл с концентрацией озона в жидкости 1,8-2,0 мг/л. Процедуры проводятся через день. Всего курс лечения составляет от 7 до 10-14 процедур. Могут проводиться также ректальные введения озона. Во время лечения обязательно осуществляется контроль за уровнем глюкозы в крови. При необходимости корректируется доза сахароснижающих препаратов, потому что озонкислородная смесь оказывает гипогликемическое действие. Нередко в процессе терапии уменьшается количество сахароснижающих лекарств.

Бальнеотерапия. Одним из эффективных методов считается внутреннее применение минеральных вод (соляно-щелочных, углекислых, гидрокарбонатных, сульфидных), благоприятно влияющее на основные проявления заболевания — гипергликемию, глюкозурию, полиурию и кетоз. Минеральные воды улучшают секрецию инсулина, повышают его активность, повышают гликогенообразовательную функцию печени,

ослабляют действие контринсулярных механизмов, нормализуют белковый и липидный обмен. Питье минеральной воды назначают 3 раза в день за 45- 60 мин до приема пищи. Начинают с небольших доз воды (50-100 мл) и при хорошей переносимости постепенно переходят к оптимальным дозам (200-300 мл на прием). При наличии ожирения и заболеваний сердечно-сосудистой системы разовая доза не должна превышать 200 мл. При сопутствующих гипер- и гипосекреторных нарушениях желудка питье воды проводится соответственно за 1-1,5 ч или 15-30 мин до еды. При мочекаменном диатезе количество приемов воды может быть увеличено до 5-6 в день, а при плохой ее переносимости — уменьшено до 1-2 раз. Температура минеральной воды определяется не столько основным заболеванием, сколько наличием сопутствующих нарушений. При кетоацидозе не следует применять большое количество щелочной минеральной воды.

Внутреннее применение минеральной воды может осуществляться и другими методами: лечебные клизмы, подводные промывания кишечника.

Из бальнеологических процедур полезны кислородные, углекислые, озоновые, радоновые, скипидарные, йодобромные и сероводородные ванны. Указанные ванны применяются при сахарном диабете легкой и средней степени тяжести, а при тяжелой степени тяжести — только при отсутствии кетоацидоза. Ванны улучшают обмен веществ, благоприятно влияют на состояние нервной системы, особенно вегетативной, снижают уровень сахара в крови. Методики лечения зависят от тяжести заболевания, характера сопутствующих заболеваний и осложнений. При латентном диабете и легкой степени его тяжести газовые ванны (сульфидные, углекислые) применяют при температуре 35-36 °С, безгазовые — при 36-38 °С; продолжительность — 12-15 мин, курс лечения — 12-15 ванн, два дня подряд – один день отдыха, а затем три дня подряд – один день отдыха.

При компенсированных формах диабета средней и тяжелой степени целесообразно применять минеральные ванны более низкой температуры: для газовых ванн — 34-35 °С, для безгазовых — 35-36 °С, курс лечения и продолжительность ванны уменьшаются соответственно до 10-12 процедур и до 12 мин.

У лиц пожилого возраста при сопутствующих заболеваниях сердечнососудистой системы ванны проводят по щадящей методике: температура — 33-36 °С, длительность процедуры — до 10 мин, курс лечения состоит из 8—10 ванн, по 3 ванны в неделю [14].

Реализация мероприятий для пациентов с сахарным диабетом II типа инсулинонезависимого на базе «Центра Здоровья» ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ.

«Центр Здоровья» является одной из основных форм работы с населением, особенно актуальны при работе с сельским населением. Так как ухудшение материально-технической базы и сокращение кадрового потенциала сельского здравоохранения обусловили снижение обращаемости за медицинской помощью и соответственно ухудшение состояния здоровья сельских жителей, особенно женщин и детей.

«Центр Здоровья» для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленных на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболеваний, профилактику заболеваний и повышения качества жизни.

В ходе исследовательской работы получены следующие результаты анкетирования для десяти пациентов в возрасте от 40 до 75 лет с сахарным диабетом II типа на поликлиническом этапе, находящиеся на наблюдении в «Центре здоровья».

Получены следующие результаты: среди анкетизируемых пациентов, заболеваемость сахарного диабета II тип 70% у женщин и 30% мужчин, женщины более склонны к заболеванию; анализ возрастного состава анкетизируемых - 40 – 45 лет пациенты (30 %), 50 – 60 лет пациенты (20 %), 60 – 75 лет пациенты (50 %) - исходя из этих данных, делаем вывод что, пациенты старше 60 лет чаще страдают заболеванием сахарного диабета II типа; диспансерное наблюдение, она варьируется от 0 до 20 лет: респонденты 0 -5 лет (30 %), 5-10 лет (20 %), 10-15 лет (40 %), свыше 15 лет (10 %) - таким образом, находящихся на диспансерном наблюдении с сахарным диабетом II типа, больше пациентов 10 - 15 лет (40 %), меньше - свыше 15 лет составляет (10 %); вопрос соблюдаете ли диетотерапию, дал такой результат - респонденты - да (50 %), да, но не всегда (30 %), нет (20 %); на вопрос, регулярно ли Вы измеряете сахар в крови - 70 % пациентов - ответил да, 30 % пациентов - да, но не регулярно; как регулярно пациенты применяют немедикаментозные методы коррекции. Результат не утешительный, 30% опрошенных не применяют физические методы коррекции, а 70% применяют, но не всегда регулярно; следующий пункт анкетирования был, умеете ли Вы оказывать себе помощь в предкомых ситуациях - результат не утешительный: знают (70 %) пациентов, не знают (30 %) пациентов; последним вопросом был, соблюдаете ли Вы личную гигиену ног - ответы пациентов: да (50 %), периодически (30 %), нет (20 %). Для улучшения качества жизни пациентов необходимо добиться контролируемого сахарного диабета, усилить контроль за приемом лекарственных средств, за диетотерапией, провести коррекцию немедикаментозной терапии для пациентов с сахарным диабетом II типа.

Медикаментозные методы лечения при сахарном диабете II типа инсулинонезависимого были проанализированы на базе поликлиники ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ в «Центре Здоровья».

На прием обратилось 10 пациентов с инсулинонезависимым сахарным диабетом II типа. Пятерым пациентам было предложено посещать занятия в «Центре Здоровья», а пятерым нет. В ходе исследования пациенты разделены на 2 группы: экспериментальная в количестве пять человек, и контрольная - пять пациентов.

1 группа – экспериментальная группа: для пациентов «Центра Здоровья» была разработана программа, которая включала составление индивидуального дневника, меню и физических методов лечения.

Экспериментальная группа.

Пациент 1.

Х.Н.Е. 14.09.1952.

На диспансеризации с 2000 года с сахарным диабетом II типа.

Жалобы на сухость во рту, зуд кожи. Похудела на 10 кг в течение года.

Объективно: Состояние – удовлетворительное. Кожные покровы чистые, сухие. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный.

Сахар крови - 16 ммоль/л.

Диагноз: Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, декомпенсация.

Рекомендации:

1. Диета НКД (Приказ Минздрава РФ от 5.08. 2003 г. N 330 – диета с пониженной калорийностью), (№ 5 по Певзнеру)

2. Tab. Amarile 3 mg — 1 таб. утром, вечером.

3. Tab. Metformini 250 mg — 1 таб. в обед, на ночь.

4. Контроль гликемии в динамике.

5. Тест — полоски «Accu-Chek Performa Nano» – для проведения контроля гликемии.

Анализ от 28.05.2015 год.

1. Гормональное исследование.

Инсулин — 13,800 мкЕ/мл.

С-пептид — 3,310 нг/мл.

2. УЗИ щитовидной железы.

Заключение: УЗ признаки гиперплазии и диффузных изменений щитовидной железы по типу АИТ (аутоиммунный тиреоидит).

Таблица 1

Дневник курации

Дата.	Сахароснижающий препарат: - Tab. Alimepericli - 4 mg - Tab. Metformini - 250 mg				Сахар крови	
	Связь приема с едой				завтрак	ужин
	завтрак	обед	ужин	на ночь		
17.04	1 таб.	1 таб.	1 таб.	1 таб.	16 ммоль/л	15,4 ммоль/л
23.04	1 таб.	1 таб.	1 таб.	1 таб.	15,2 ммоль/л	14,8 ммоль/л
29.04	1 таб.	1 таб.	1 таб.	1 таб.	14,4 ммоль/л	14,1 ммоль/л
04.05	1 таб.	1 таб.	1 таб.	1 таб.	13,7 ммоль/л	13,3 ммоль/л
10.05	1 таб.	1 таб.	1 таб.	1 таб.	12,8 ммоль/л	12,5 ммоль/л
16.05	1 таб.	1 таб.	1 таб.	1 таб.	11,7 ммоль/л	11,3 ммоль/л

Пациент 2.

З.Р.О. 29.12.1957.

Жалобы: на сухость во рту. Сахар крови — 8,0 ммоль/л.

С сахарным диабетом на диспансерном учете с 1998 года.

Получает инсулин — 5 лет.

Объективно: Состояние — удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормогидроз. Сердечные тоны ритмичные, ритмичные. Дыхание — везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Диагноз: Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, субкомпенсация.

Осложнения: Диабетическая микроангиопатия, ретинопатия, пролифера стадия диабета полинейропатия сенсомоторная симметричная форма.

Рекомендации:

1. Диета НКД (№ 5).

2. Isophane insulin НМ - 8 ml, по шприц ручки.

3. Контроль гликемии в динамике.

Дневник курации

дата.	Сахароснижающий препарат: - Isophane insulin НМ – 8 ml				Сахар крови	
	Связь приема с едой				завтрак	ужин
	завтрак	обед	ужин	на ночь		
17.04	8ml				8 ммоль/л	8,2 ммоль/л
23.04	8ml				7,8 ммоль/л	7,5 ммоль/л
29.04	8ml				7,4 ммоль/л	7,4 ммоль/л
04.05	8ml				7,2 ммоль/л	7,2 ммоль/л
10.05	8ml				7 ммоль/л	6,8 ммоль/л
16.05	8ml				6,3 ммоль/л	5,8 ммоль/л

Пациент 3.

Н.А.Н. 03.02.1938.

На диспансеризации с 2015 года с сахарным диабетом II типа.

Жалобы: на сухость во рту.

Сахар крови — 16,4 ммоль/л.

Объективно: Состояние — удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормогидроз. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Дыхание — везикулярное, хрипов нет. Стул и диурез в норме.

Диагноз: Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, стадия декомпенсации.

Рекомендации:

1. Диета НКД (№ 5)
2. т. Maninili 3,5 mg — 1 таб. – утром, вечером.
3. Контроль гликемии в динамике.

Анализ: Сахар крови — 16,4 ммоль/л.

Дневник курации

Дата.	Сахароснижающий препарат -Tab. Maninili - 3,5 mg				Сахар крови	
	Связь приема с едой				завтрак	ужин
	завтрак	обед	ужин	на ночь		
17.04	1 таб.			1 таб.	16,4ммоль/л	16,2ммоль/л
23.04	1 таб.			1 таб.	15,7ммоль/л	15 ммоль/л
29.04	1 таб.			1 таб.	14,8 ммоль/л	14,5 ммоль/л
04.05	1 таб.			1 таб.	13,4 ммоль/л	13 ммоль/л
10.05	1 таб.			1 таб.	12,6 ммоль/л	12,2 ммоль/л
16.05	1 таб.			1 таб.	11,7 ммоль/л	11,1 ммоль/л

Пациент 4.

Р.Н.Я. 01.11.1938.

На диспансеризации с 2015 года с сахарным диабетом II типа.

Жалобы: цифры гликемии в динамике - 14,4 ммоль/л.

Объективно: Состояние – удовлетворительное. Кожные покровы сухие, чистые.

Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Дыхание – везикулярное. Живот мягкий, безболезненный.

Сахар крови – 14,4 ммоль/л.

Диагноз: Сахарный диабет II типа, средней тяжести, стадия декомпенсации.

Рекомендации:

1. Диета НКД (№ 5).
2. Tab.Siofor – 500 mg – 1 таб. - утром.
3. Контроль гликемии в динамике.

Дневник курации

Дата.	Сахароснижающий препарат t. Siofor - 500 mg				Сахар крови	
	Связь приема с едой				завтрак	ужин
	завтрак	обед	ужин	на ночь		
17.04	1 таб.				14,4ммоль/л	14,1ммоль/л
23.04	1 таб.				13,8ммоль/л	13,5ммоль/л
29.04	1 таб.				12,7ммоль/л	12,2ммоль/л
04.05	1 таб.				11,9ммоль/л	11,5ммоль/л
10.05	1 таб.				10,2ммоль/л	10,8ммоль/л
16.05	1 таб.				10 ммоль/л	9,7 ммоль/л

Пациент 5.

Р.Д.Ф. 6.12.1948.

На диспансеризации с 1999 года с сахарным диабетом II типа.

Жалобы: на общую слабость, сухость во рту.

Сахар крови – 13,0 ммоль/л. Погрешности в диете.

Объективно: Состояние – удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормогидроз. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Дыхание – везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Диагноз: Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, стадия декомпенсации.

Осложнения: Диабетическая микроангиопатия, полинейропатия сенсомоторная симметричная форма, ретинопатия.

Рекомендации:

1. Диета НКД (№ 5)
2. Ins. Lantus 12 Ед в 22 часа вечера.
3. Тест – полоски «Accu-Chek Performa Nano».
4. Контроль сахара крови в динамике.

Дневник курации

Дата.	Сахароснижающий препарат - Ins. Lantus 12 Ед				Сахар крови	
	Связь приема с едой				завтрак	ужин
	завтрак	обед	ужин	на ночь		
17.04				12ед	13 ммоль/л	12,8ммоль/л
23.04				12ед	12,6ммоль/л	12,8ммоль/л
29.04				12ед	11,4ммоль/л	11,1ммоль/л
04.05				12ед	10,9ммоль/л	10,7ммоль/л
10.05				12ед	9,4ммоль/л	9,3ммоль/л
16.05				12ед	9 ммоль/л	8,5 ммоль/л

2 группа – контрольная: включала пациентов, не регулярно принимающих лечение.

Контрольная группа.

Пациент 1.

М.Н.П. 4.01.1945.

На диспансерном учете около 20 лет с сахарным диабетом II типа. Инсулинотерапия – 6 лет.

Humulin регулярно 4 - 8 - 3 Ед.

Жалобы: на помутнение в глазах, потливость, тошноту.

Сахар крови - 11,3 ммоль/л.

Отмечает гипогликемическое состояние 1 раз в неделю.

Объективно: Состояние – удовлетворительное. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Дыхание – везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Стул, диурез в норме.

Диагноз: Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, стадия декомпенсации.

Рекомендации:

1. Диета НКД (№ 5)
2. Коррекция доз инсулина: Humulin регулярно - 4 - 6 - 3 Ед
3. Контроль доз инсулина в динамике;
4. Тест – полоски «One Touch Ultra».

Дневник курации

Дата.	Сахароснижающий препарат: - Humulin регулярно - 4 - 6 - 3 Ед				Сахар крови	
	Связь приема с едой				завтрак	ужин
	завтрак	обед	ужин	на ночь		
17.04	4 ед	6 ед	3 ед		11,3 ммоль/л	11 ммоль/л
23.04	4 ед	6 ед	3 ед		11 ммоль/л	10,6 ммоль/л
29.00	4 ед	6 ед	3 ед		10,4ммоль/л	10,2 ммоль/л
04.05	4 ед	6 ед	3 ед		9,8 ммоль/л	9,6 ммоль/л
10.05	4 ед	6 ед	3 ед		9,5 ммоль/л	9,3 ммоль/л
16.05	4 ед	6 ед	3 ед		9,2 ммоль/л	9 ммоль/л

Пациент 2.

О.Т.А. 02.09.1959.

На диспансеризации с 2001 года с сахарным диабетом II типа.

Жалобы: на высокое давление, высокие цифры гликемии при самоконтроле. Сахар – 14,4 ммоль/л.

Объективно: Состояние – удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Дыхание – везикулярное. Стул и диурез в норме.

Диагноз: Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, стадия субкомпенсации.

Осложнения: Диабетическая микроангиопатия.

Рекомендации:

1. Диета НКД (№ 5).
2. Инсулинотерапия: Humulin регулярно - 4 - 6 - 4 Ед.
3. Тест – полоски «Accu-Chek Performa Nano».

Дневник курации

	Связь приема с едой				завтрак	ужин
	завтрак	обед	ужин	на ночь		
17.04	4 ед	6 ед	4 ед		14,4ммоль/л	14,1 ммоль/л
23.04	4 ед	6 ед	4 ед		14 ммоль/л	13,9 ммоль/л
29.04	4 ед	6 ед	4 ед		13,7 ммоль/л	13,5 ммоль/л
04.05	4 ед	6 ед	4 ед		13,3 ммоль/л	13 ммоль/л
10.05	4 ед	6 ед	4 ед		12,8 ммоль/л	12,7 ммоль/л
16.05	4 ед	6 ед	4 ед		12,4 ммоль/л	12,3 ммоль/л

Пациент 3.

Г.В.Б. 18.11.1267.

На диспансеризации с 2000 года с сахарным диабетом II типа.

Жалобы: на сердцебиение, высокие цифры гликемии при самоконтроли — 12,9 ммоль/л.

Объективно: Состояние — удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормогидроз. Сердечные тоны приглушены, аритмичные. ЧСС — 78 ударов. Дыхание — везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Стул учащен на фоне приема таб. Metformini.

Диагноз: Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, стадия декомпенсации.

Рекомендации:

1. Диета НКД (№ 5)
2. Insulin glargine — 16 Ед.
3. Tab. Metformini 250 mg — 1 таб. вечером.
4. Иглы на шприц — ручки.

Дневник курации

Дата.	Сахароснижающий препарат: - Insulin glargine — 16 Ед. - Tab. Metformini 250 mg — 1 таб. вечером.				Сахар крови	
	Связь приема с едой				завтрак	ужин
	Завтрак	обед	ужин	на ночь		
17.04	16 ед			1 таб.	12,9 ммоль/л	12,7 ммоль/л
23.04	16 ед			1 таб.	12,5 ммоль/л	12,3 ммоль/л
29.04	16 ед			1 таб.	11,8 ммоль/л	11,6 ммоль/л
04.05	16 ед			1 таб.	11,5 ммоль/л	11,3 ммоль/л
10.05	16 ед			1 таб.	10 ммоль/л	10,8 ммоль/л
16.05	16 ед			1 таб.	10,6 ммоль/л	10,4 ммоль/л

Пациент 4.

С.Н.П. 30.05.1940.

На диспансеризации с 1999 года с сахарным диабетом II типа.

Жалобы: на сухость во рту, вялость, слабость, потливость.

Сахар крови — 15,1 ммоль/л.

Объективно: Состояние — удовлетворительное. Кожные покровы чистые, сухие. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Дыхание — везикулярное, хрипов нет.

Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Диагноз: Сахарный диабет II типа, средней тяжести, стадии декомпенсации.

Осложнения: Диабетическая полинейропатия сенсомоторная, симметричная форма.

Рекомендации:

1. Диета НКД (№ 5)
2. Инсулинотерапия: Ins. Protaphane 14 — 12 Ед.
3. Контроль гликемии в динамике.
4. Шприц — ручки Optipen Pro1.

Дневник курации

Дата	Сахароснижающий препарат: - Ins. Protaphane 14 — 12 Ед.				Сахар крови	
	Связь приема с едой				завтрак	ужин
	завтрак	обед	ужин	на ночь		
17.04	14 ед		12 ед		15,1 ммоль/л	15 ммоль/л
23.04	14 ед		12 ед		14,8 ммоль/л	14,7 ммоль/л
29.04	14 ед		12 ед		14,3 ммоль/л	13,9 ммоль/л
04.05	14 ед		12 ед		13,6 ммоль/л	13,3 ммоль/л
10.05	14 ед		12 ед		13,2 ммоль/л	13 ммоль/л
16.05	14 ед		12 ед		13 ммоль/л	12,9 ммоль/л

Пациент 5.

М.М.С. 12.04.1935.

На диспансеризации с 1996 года с сахарным диабетом II типа.

Жалобы на сухость во рту, слабость.

Сахар крови — 10,8 ммоль/л (пропустил вечернюю дозу Protaphane).

Состояние — удовлетворительное. Кожные покровы чистые, сухие. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Дыхание — везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Диагноз: Сахарный диабет II тип, средней степени тяжести, стадия субкомпенсации.

Осложнения: Диабетическая микроангиопатия, ретинопатия, стадия диабета сенсомоторная симметричная форма.

Рекомендации:

1. Диета НКД (№ 5)
2. Инсулиноterapia: Protaphane — 14 — 10 ед, утром и вечером.
3. Тест — полоски One Touch Ultra, для контроля гликемии в динамике.
4. Контроль гликемии в динамике.

Дневник курации

Дата	Сахароснижающий препарат: Ins. Protaphane 14 – 12 Ед.				Сахар крови	
	Связь приема с едой				завтрак	ужин
	завтрак	обед	ужин	на ночь		
17.04	14 ед		10 ед		10,8 ммоль/л	10,8 ммоль/л
23.04	14 ед		10 ед		10,6 ммоль/л	10,3 ммоль/л
29.04	14 ед		10 ед		10 ммоль/л	9,8 ммоль/л
04.05	14 ед		10 ед		9,7 ммоль/л	9,5 ммоль/л
10.05	14 ед		10 ед		9,3 ммоль/л	9,1 ммоль/л
16.05	14 ед		10 ед		9 ммоль/л	8,8 ммоль/л

Использование физических средств коррекции при сахарном диабете II типа на поликлиническом этапе в «Центре Здоровья» ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ.

Для пациентов первой группы была разработана индивидуальная программа коррекции сахарного диабета II типа.

1. Физическая активность способствует снижению сахара крови и профилактике сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда и инсульта), злокачественных новообразований, ожирения, остеопороза.

Физически активные люди чаще имеют хорошее самочувствие, настроение, они более устойчивы к стрессам и депрессии.

Физическая активность при сахарном диабете — Тип, Регулярность, Уровень интенсивности, Длительность физической нагрузки (ТРУД) (Приложение).

2. Лечебная гимнастика для стоп. Диабетическая стопа остается одним из наиболее тяжелых и инвалидизирующих осложнений диабета, требующих стационарного лечения и очень часто заканчивающихся ампутациями. Кожа стоп истонченная, сухая, бледная или с акроцианозом, суставы, особенно плюснефаланговые, деформированы, мышцы стопы атрофированы. При пальпации стопа холодная, но при автономной нейропатии может быть горячей. Однако при этом признаки ишемии сохраняются, о чем свидетельствует слабый пульс на тыле стопы. Важнейшим средством профилактики являются физические упражнения для стопы, поэтому всех больных следует обучить этой ЛГ.

И.п. сидя на стуле. Стопы опираются на полку на первых процедурах ЛГ упражнения 1-5 можно делать в и.п. лежа на спине (приложение 7).

3. Массаж ног улучшает кровообращение, способствует сохранению нормального тонуса и трофики мышц. Массаж проводится через день. Продолжительность 20 – 30 минут. Курс лечения – 10 процедур. При необходимости его можно повторить, сделав перерыв между курсами в 3–4 недели.

4. Контрастный душ улучшает состав крови. Перепад температур во время приема контрастного душа усиливает циркуляцию крови в организме, благодаря чему в нем стимулируются обменные процессы.

Правила приема душа. На первоначальном этапе ваш организм должен постепенно приспособиться к разнице температур, поэтому не делайте воду слишком холодной или очень горячей. Делайте ее теплой и прохладной. Обливание холодной водой должно быть по времени меньше примерно в два-три раза по отношению к горячей. Окапывайте себя холодной водой всегда сверху вниз. Если почувствовали, что замерзла кожа покрылась «мурашками», прекращайте процедуру. Всегда начинайте контрастный душ с горячей воды и заканчивайте холодной.

Возьмите за правило принимать контрастный душ с утра, после небольшой зарядки, которая сама по себе способствует разогреванию тела и ускорению циркуляции крови. После выхода из ванной не забудьте растереть тело полотенцем, что не только согреет вас, но и произведет дополнительный массажный эффект.

5. Санаторно-курортное лечение.

2 группа – контрольная: включала пациентов, не регулярно принимающих лечение.

Контроль результатов программы коррекции.

Измерение сахара в крови проводилось в экспериментальной и контрольной группах перед началом применения медикаментозного лечения и комплекса немедикаментозных методов коррекции сахарного диабета II типа. На начальном этапе, выявлено удовлетворительное состояние сахара в крови. После проведенного лечения и физических методов коррекции, в обеих группах вновь проведено измерение сахара в крови. Результаты оценки сахара крови в обеих группах представлено в таблице 2.

Таблица 2

Результаты оценки сахара в крови в обеих группах

Экспериментальная группа	
	Начальный этап
	Конечный этап

№	Пол	Сахар в крови	Оценка уровня сахара	Сахар в крови	Оценка уровня сахара
1	Ж	16 ммоль/л	Удовлетворительно	11,3 ммоль/л	Хорошо
2	Ж	8 ммоль/л	Удовлетворительно	5,8 ммоль/л	Хорошо
3	Ж	16,4 ммоль/л	Удовлетворительно	11,1 ммоль/л	Хорошо
4	М	14,4 ммоль/л	Удовлетворительно	9,7 ммоль/л	Хорошо
5	Ж	13,0 ммоль/л	Удовлетворительно	8,5 ммоль/л	Хорошо
Контрольная группа					
№	Пол	Начальный этап		Конечный этап	
		Сахар в крови	Оценка уровня сахара	Сахар в крови	Оценка уровня сахара
1	М	11,3 ммоль/л	Удовлетворительно	9 ммоль/л	Удовлетворительно
2	М	14,4 ммоль/л	Удовлетворительно	12,3 ммоль/л	Удовлетворительно
3	Ж	12,9 ммоль/л	Удовлетворительно	10,4 ммоль/л	Удовлетворительно
4	М	15,1 ммоль/л	Удовлетворительно	12,9 ммоль/л	Удовлетворительно
5	М	10,8 ммоль/л	Удовлетворительно	8,8 ммоль/л	Удовлетворительно

Результаты после измерения сахара в крови, позволяют сделать вывод, что на начальном этапе исследовательской работы в «Центре Здоровья» состояние сахара в крови не соответствуют уровню допустимой нормы, характерной здоровым, полноценным живущим лицам. Для улучшения обменных процессов и снижения сахара в крови, изучены и применены методы коррекции сахарного диабета II типа на пациенте. После проведенного комплекса мероприятий, проведено измерение сахара в крови. Результаты дали положительную динамику в экспериментальной группе, а в контрольной – незначительные изменения в состоянии сахара в крови. Из чего следует что, в ходе исследовательской работы составленный комплекс мероприятий эффективнее стандартного и плохо контролируемого подхода к коррекции сахарного диабета II типа.

Таким образом, в результате проведения исследовательской работы на тему: "медикаментозная коррекция и немедикаментозные методы лечения пациентов при сахарном диабете II типа у людей пожилого возраста" были изучены вопросы, касающиеся этиологии, патогенеза, клиники сахарного диабета.

В клинической картине преобладают общие жалобы: как сухость во рту, жажду, недомогание, слабость, быструю утомляемость, головокружение, полиурию, потерю в весе, снижение аппетита, онемение пальцев ног, «мурашки» в ногах.

Патогенез сахарного диабета I типа является массивное разрушение эндокринных клеток поджелудочной железы, а II типа рассматривается как гетерогенное заболевание, характеризующиеся нарушением секреции инсулина и чувствительности периферической тканей к инсулину.

В ходе данной исследовательской работы нами были наблюдаемы пациенты с диагнозом: "Сахарный диабет II типа, стадия декомпенсации". Пациентам было предложено посещение шести занятий в Школе Здоровья - с инсулинотерапией, диетотерапией и физиотерапией, в результате которого наблюдалось улучшение состояния.

Цель исследования: на основе теоретико-практического исследования изучить принципы медикаментозной коррекции и немедикаментозного метода лечения сахарного диабета у людей пожилого возраста, находящиеся на динамическом наблюдении в «Центре Здоровья» ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ, в которую вошли физические методы лечения. В ходе выполнения индивидуальной программы медикаментозной коррекции и немедикаментозных методов лечения были достигнуты поставленные задачи:

1. На основе теоретического анализа медицинской литературы изучили этиологию, патогенез, клинику сахарного диабета у людей пожилого возраста.

2. Определили методы медикаментозной коррекции сахарного диабета у людей пожилого возраста.

3. Использовали физические методы лечения при сахарном диабете II типа инсулинонезависимого на поликлиническом этапе у людей пожилого возраста в «Центре Здоровья» ГБУЗ РБ БЦРКБ.

4. Разработали индивидуальные программы медикаментозной коррекции и немедикаментозной метод лечения сахарного диабета II типа инсулинонезависимого у людей пожилого возраста, находящиеся на динамическом наблюдении в «Центре Здоровья» ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ.

Положительный результат.

Программа «Центра Здоровья», которая была разработана для пациентов оказала положительные эффекты. Она может использоваться для других пациентов с сахарным диабетом II типа инсулинонезависимого, находящихся на динамическом наблюдении.

Как показывает практика, успешно контролировать сахарный диабет удается далеко не всем пациентам. Самая распространенная причина - это элементарное отсутствие информации о болезни, ее симптомах, о методах лечения и профилактики осложнений, а также о приемах правильного и эффективного самоконтроля своего заболевания.

В настоящее время Всемирная Организация Здравоохранения официально признала обучение полноправным методом лечения хронических заболеваний, таким же важным, как прием лекарств или проведение хирургических операций.

Обучение людей, страдающих сахарным диабетом, методам самоконтроля, "управления" своей болезнью представляет собой важнейший и реальный элемент улучшения качества помощи больным сахарным диабетом с целью профилактики осложнений и дальнейшей инвалидизации.

«Центр Здоровья» рекомендуется всем пациентам, которые заботятся о своем здоровье и намерены качественно улучшить свое состояние и обеспечить себе активное долголетие.

Таким образом, поставленные цели и задачи работы - выполнены.

Литература

1. Астамирова Х.С., Ахманов М.С. Настольная книга диабетика – М.: Эксмо, 2019 – 320 с.
2. Аманов М.С. Диабет – не приговор! О жизни, судьбе и надежных диабетиков. - СПб.: ИК «Невский проспект», 2010. – 192 с.
3. Аманов М.С. Диабет в пожилом возрасте. – 2-е издание. СПб.: Невский проспект, 2011. – 180 с.
4. Пропедевтика клинических дисциплин / Э.В. Смолева и [др.]. -4-е изд. Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 478с.
5. Справочник фельдшера - 3-е изд. - Ростов н/Д: Феникс, серия « Медицина для вас», 2019 - 736с.
6. Румянцева Т.А. Диабет: диалог с эндокринологом. – СПб.: ИК «Невский проспект», 2018. – 192с.
7. Князев Ю.А. Сахарный диабет. – М.: Медицина, 2019. 144с.
8. Щербак А.В. Патология органов и систем при сахарном диабете. Издательство «Здоровья», 2012.- 146 с.
9. Смирнова М.А. Лечебное питание. Сахарный диабет – М.:РИПОЛ классик, 2014. – 64 с.
10. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и массаж. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 528 с.
11. Дедов И.И., Суркова Е.В., Майоров А.Ю. Сахарный диабет 2 типа. Книга для пациентов. Москва; 2018. – 324 с.
12. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. и другие Организация Школ Здоровья в первичном звене здравоохранения: Организационно – методическое письмо Минздрава РФ. Москва; 2016.
13. Федюкович Н.И. Внутренние болезни: учебник / Н.И. Федюкович. - Изд. 7-е. - Ростов н/Д: ФЕНИКС, 2017, - 573с.
14. Гольдберг Е. Д. , Ещенко В. А. , Бовт В. Д. Сахарный диабет. Томск, 1993. С 85-91.Сахарный диабет – Эндокринология – Энциклопедия. Режим доступа: <http://medportal.ru/enc/endocrinology>
15. Лечение сахарного диабета. [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://lechebnik.info>

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

*Свиридов Р.Ю.,
обучающийся 3 курса
научный руководитель: Коточигова Е.М.
ГАПОУ СО «БМК», г. Балаково*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) давно признаются мировым сообществом как проблема, достигшая масштабов пандемии. Научные эпидемиологические исследования как в России, так и во всем мире постоянно демонстрируют глобальную распространенность среди населения разных возрастных групп основных ССЗ, в частности ишемическая болезнь сердца (ИБС) и инфаркта миокарда, фиксируя высокую долю смертности и инвалидизации от этих заболеваний.

Одной из наиболее важных для здравоохранения форм характеризующейся высокой летальностью, является инфаркт миокарда (ИМ). Ежегодно в мире отмечается более 15 миллионов новых случаев инфаркта миокарда. Особенно актуальной является проблема высокой смертности от острого инфаркта миокарда населения трудоспособного возраста в большинстве стран мира. Не вызывает сомнений и проблема повторного инфаркта миокарда.

Инфаркт миокарда - некроз части сердечной мышцы в результате острой окклюзии коронарной артерии.

Тактика лечения на догоспитальном этапе направлена на своевременную диагностику ИМ, оказание неотложной помощи, предотвращение развития осложнений, транспортировка в профильную клинику.

Объем медикаментозной терапии при первичных терапевтических мероприятиях зависит от выбранной

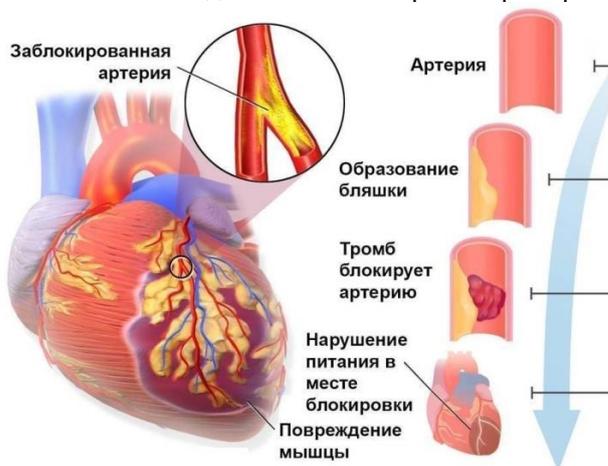


Рис. 1 Стадии развития инфаркта миокарда

реперфузионной стратегии (доставка в центр ЧКВ или проведение фибринолитической терапии). В случае, когда в качестве стратегии реперфузии выбирается фибринолитическая терапия (до времени проведения ЧКВ > 120 минут), максимально допустимое время задержки от установки диагноза ИМ до процедуры фибринолиза должно быть менее 10 минут.

ПЕРВИЧНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ.

Оксигенотерапия.

При сатурации кислорода менее 90% или парциальном давлении кислорода менее 60 мм.рт.ст.

Купирование ангинозного приступа.

Применение морфина в/в (раствор для инъекций в ампуле 1% по 1,0 мл). Препарат разводится в 10 мл 0,9% физиологического раствора (1 мл полученного раствора содержит 1 мг активного вещества), вводится по 2–5 мг

внутривенно каждые 5–15 минут до полного устранения болевого синдрома либо до появления побочных эффектов (гипотензии, угнетения дыхания, рвоты).

Морфин нельзя применять у пожилых ослабленных пациентов с признаками угнетения дыхания. Вследствие того, что он значительно снижает тонус периферических вен и артерий, препарат противопоказан при артериальной гипотензии или гиповолемии и, напротив, высокоэффективен при отеке легких на фоне повышения АД. Относительно противопоказан морфин при тяжелом поражении ПЖ и нижнем (заднедиафрагмальном) ИМ, протекающем с синдромом «брадикардия - гипотензия». Таблица 1. Оказание неотложной помощи.

Нитроглицерин– (сублингвально по 1–2 таблетки, можно повторно через 5 мин). Нитроглицерин расширяет коронарные сосуды, уменьшает венозный возврат крови к сердцу, улучшает метаболические процессы в миокарде, уменьшает потребность миокарда в кислороде.

Ацетилсалициловая кислота – при первичном осмотре пациента с ОИМ назначается в нагрузочной дозе 150–300 мг (таблетка, разжевать) не с «кишечнорастворимым» покрытием.

Клопидогрел в нагрузочной дозировке 600 мг (таблетка) рекомендован при стратегии ЧКВ, или нагрузочной дозировке 300 мг если проводится фибринолитическая терапия (для пациентов ≥ 75 лет нагрузочная доза клопидогрела – 75 мг).

Антикоагулянтная терапия назначается всем пациентам при установлении диагноза ОИМ. В качестве антикоагулянтов в острой фазе ИМ допустимо применение гепарина 5000 ЕД в/в с целью ограничения начавшегося тромбоза, профилактики тромбоэмболических осложнений.

Транквилизаторы – при выраженной тревожности пациента возможно применение диазепамов/в, раствор для инъекций в ампуле 2,0 мл.

β -Адреноблокаторы особенно показаны при наличии у больных тахикардии и артериальной гипертензии. Препараты назначают внутривенно струйно. Пропранолол вводят по 1 мг каждые 5 мин до урежения ритма сердца в пределах 55–60 уд./мин. Возможен прием Метопролола 25 мг внутрь.

Противопоказания к назначению β -адреноблокаторов при остром инфаркте миокарда.

- Интервал $P-Q > 0,24$ с.
- ЧСС < 50 уд./мин.
- Систолическое АД < 90 мм рт.ст.
- Атриовентрикулярная блокада II-III степени.
- Выраженная сердечная недостаточность.
- Обструктивные заболевания легких.

Фибринолитическая терапия.

Фибринолиз является важной стратегией реперфузии, в тех условиях, когда первичное ЧКВ не может быть проведено в пределах рекомендуемых временных интервалов у пациентов с ОИМ. При отсутствии противопоказаний необходимо начать проведение фибринолитической терапии на догоспитальном этапе, если первичное ЧКВ не может быть выполнено в течение 120 минут после диагностики ОИМ, при следующих условиях:

- На ЭКГ имеются четкие критерии ОИМ. Во всех сомнительных случаях догоспитальный тромболитиз не должен проводиться.

- После появления симптомов прошло не более 12 часов. При этом следует иметь в виду, что клиническая польза фибринолизиса снижаются по мере увеличения времени от начала симптомов, особенно через 3 часа. Наибольшее абсолютное преимущество фибринолизиса наблюдается среди пациентов с самым высоким риском, включая пожилых пациентов, а так же первые 2 часа от начала симптомов. Эти данные необходимы для принятия решения по проведению фибринолизиса.

- Отсутствуют абсолютные противопоказания для проведения фибринолизиса. При наличии относительных противопоказаний необходимо взвесить риск и пользу.

В качестве фибринолитической терапии следует использовать следующие фибринспецифичные препараты:

Тенектеплаза, вводится в/в болюс 30 мг при массе тела < 60 кг, 35 мг при 60–70 кг, 40 мг при 70–80 кг; 45 мг при 80–90 кг и 50 мг при массе тела > 90 кг, требуемая доза вводится в виде болюса, в течение 5 – 10 сек.

Таблица 2
Тромболитиз при инфаркте миокарда

Количество факторов риска *	Суммарный \uparrow сегмента ST ≥ 20 мм	Смертность в течение 1-го года (без тромболитизиса), %	% снижения смертности **, когда тромболитизис начат через		
			< 3 ч	3-6 ч	6-12 ч
0	нет	3,1 (1,9-5,2)	1,6	0,8	0,4
	да	4,5 (2,6-7,6)	2,2	1,1	0,6
1	нет	6,9 (4,7-10,0)	3,5	1,7	0,9
	да	9,8 (6,6-14,0)	4,9	2,4	1,2
2	нет	15,6 (11-22,0)	7,8	3,9	1,9
	да	21,3 (15-29,0)	10,6	5,3	2,7
3 и более	нет	35,2 (25-46,0)	17,6	8,8	4,4
	да	44,3 (33-56,0)	22,2	11,1	5,5

* возраст, повторный ИМ или снижение ФВ ЛЖ, передний ИМ, СН, QRS ≥ 120 мсек

** вероятный процент снижения смертности в течение года. Допущения: проведение ТЛТ на протяжении 3, 3-6, 6-12 ч от начала ИМ позволяет снизить смертность на 50, 25 и 12,5 % соответственно.

Simoons et al., 1993

Учитывая более длительный период полувыведения из организма препарат используется в виде однократного болюса, что особенно удобно при догоспитальном применении.

Альтеплаза (Актилизе), вводится в/в (предварительно препарат растворяют в 100-200 мл дистиллированной воды или 0,9% раствора хлорида натрия) по схеме «болус + инфузия». Доза препарата 1 мг/кг массы тела (но не более 100 мг): вводится болюс 15 мг; последующая инфузия 0,75 мг/кг массы тела за 30 мин (но не более 50 мг), затем 0,5 мг/кг (но не более 35 мг) за 60 мин (общая продолжительность инфузии - 1,5 ч).

Ретеплаза, вводится в/в 10 ЕД + 10 ЕД болюсно, с разницей в 30 минут.

Нитраты – при ИМ в острой фазе внутривенные нитраты могут быть полезны у пациентов с гипертензией или наличии левожелудочковой недостаточности при условии отсутствия гипотонии, инфаркта правого желудочка, использования ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа в предшествующие 48 часов. Предпочтительно введение короткодействующих нитратов.

Показанием к ТЛТ является ангинозная боль длительностью более 30 мин, сохраняющаяся несмотря на прием нитроглицерина, в сочетании с элевацией на 1 мм и более сегмента ST не менее чем в 2-х смежных отведениях ЭКГ или появлением полной блокады левой ножки пучка Гиса.

Абсолютными противопоказаниями к ТЛТ являются геморрагический инсульт в анамнезе, ишемический инсульт или динамическое нарушение мозгового кровообращения в течение последнего года, внутричерепная опухоль, активное внутреннее кровотечение, расслаивающая аневризма аорты.

Следует осуществлять контроль за состоянием пациента (PS, АД, ЭКГ), цвет и влажность кожных покровов.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

Цели лечения:

- обезболивание;
- восстановление нарушенного коронарного кровотока и поддержание проходимости пораженной коронарной артерии (профилактика ретромбоза) – основная цель;
- ограничение зоны некроза;
- профилактика и лечение осложнений;
- улучшение прогноза и увеличение продолжительности жизни (предупреждение ИМ и ВСС).

Обезболивание

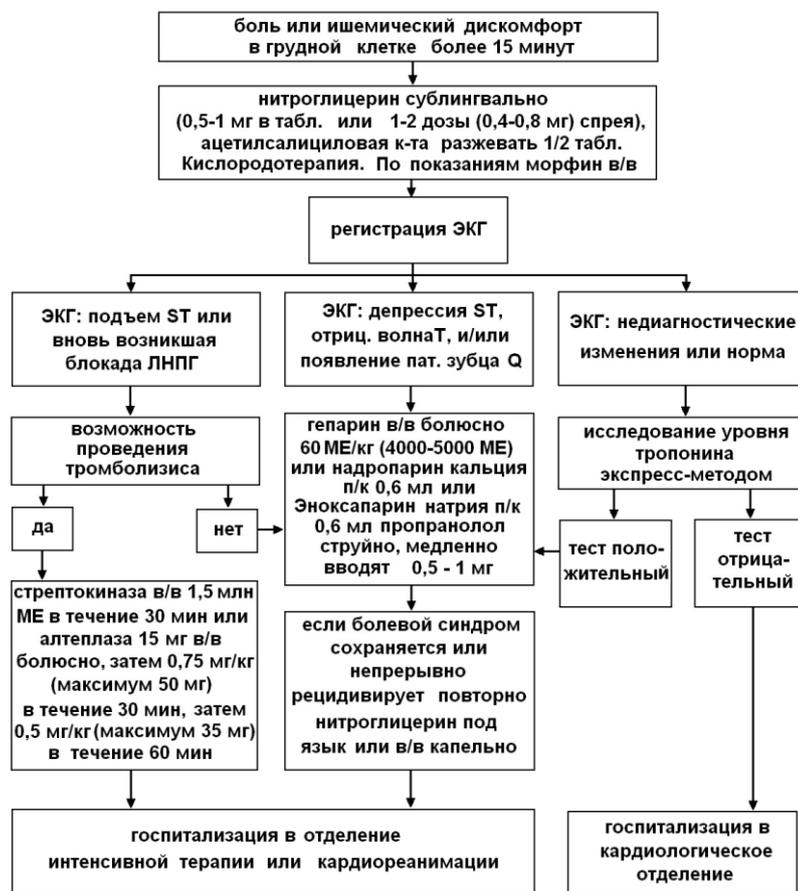
Купирование болевого синдрома при остром инфаркте миокарда – одна из важнейших задач, так как боль вызывает активацию симпатoadренальной системы и, соответственно, повышение сосудистого сопротивления, частоты и силы сердечных сокращений. Всё это обуславливает повышение потребности миокарда в кислороде и усугубление ишемии. Препаратом выбора для купирования болевого синдрома является морфин, обладающий анальгетическим, седативным действием и благоприятным влиянием на гемодинамику вследствие

вазодилатирующих свойств. Вводить морфина гидрохлорид следует только внутривенно в 2 – 3 этапа в общей дозе до 10 мг (1 мл 1% раствора) после разведения в 10 – 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Сначала в течение 2 мин осуществляют вливание 4 – 8 мг препарата, затем дополнительно вводят 2 мг каждые 5 – 15 минут до купирования боли или до появления побочных эффектов (артериальная гипотензия, угнетение дыхания, рвота), не позволяющих увеличить дозу.

При очень тяжелом угнетении дыхания внутривенно медленно (в течение 3 минут) вводят антагонист наркотических анальгетиков налоксон в дозе 0,1 – 0,2 мг. Тошноту, рвоту устраняют метоклопрамидом. Повышение парасимпатического тонуса (артериальная гипотензия и выраженная брадикардия) устраняют внутривенным введением 0,5 – 1,5 мг атропина.

Пожилым морфин вводят в половинной дозе. Противопоказан морфин при низком артериальном давлении.

Возможно проведение нейролептаналгезии с помощью наркотического анальгетика фентанила 0,005%–



2 мл (действие мощное, но непродолжительное) и нейролептика *дроперидол* 0,25%–5 мл (дозу подбирают в зависимости от исходного уровня АД).

Тромболитическая терапия

Основным патогенетическим методом лечения ИМ является восстановление проходимости окклюзированной коронарной артерии. Чаще всего для достижения этого используют либо тромболитическую терапию, либо механическое разрушение тромба при транслюминальной коронарной ангиопластике. Для большинства клиник нашей страны наиболее реалистично сегодня применение первого способа.

Процесс некроза развивается у человека крайне быстро и в основном заканчивается, как правило, уже через 6–12 ч от начала ангинозного приступа поэтому, чем быстрее и полноценнее удастся восстановить кровоток по тромбированной артерии, тем более сохранной будет функциональная способность миокарда левого желудочка и в конечном итоге меньше летальность. Оптимальным считается начало введения тромболитических препаратов через 2–4 ч от начала болезни. Успех лечения будет большим, если удастся сократить промежуток времени до начала тромболитической терапии, что может быть осуществлено двумя путями: первый – раннее выявление и госпитализация больных в стационар и быстрое принятие решения о соответствующем лечении, второй – начало терапии на догоспитальном этапе. В наших исследованиях показано, что начало тромболитической терапии на догоспитальном этапе позволяет добиться выигрыша во времени, в среднем около 2,5 ч. Такой способ тромболитической терапии, если он проводится врачами специализированной бригады кардиологической помощи, является относительно безопасным. При отсутствии противопоказаний тромболитическую терапию целесообразно проводить всем больным в первые 12 ч болезни. Эффективность тромболитической терапии выше (снижение летальности на 42–47%), если она начата в течение 1-го часа болезни. При сроках более 12 ч применение тромболитических препаратов проблематично и должно решаться с учетом реальной клинической ситуации. Особенно показана тромболитическая терапия пожилым людям, пациентам с передним ИМ, а также в тех случаях, когда ее начинают достаточно рано. Обязательное условие для начала тромболитической терапии – наличие элеваций сегмента ST на ЭКГ или признаков блокады ножек пучка Гиса. Тромболитическая терапия не показана, если элевации сегмента ST отсутствуют, независимо от того, как выглядит конечная фаза QRS на ЭКГ – депрессии, отрицательные T или отсутствие каких-либо изменений. Раннее начало терапии тромболитиками позволяет спасти до 30 больных из 1000 леченых.

Сегодня основным путем введения тромболитических препаратов является внутривенный. Все используемые препараты, *тромболитики первого поколения*, такие как стрептокиназа (1 500 000 ЕД в течение 1 ч) – урокиназа (3 000 000 ЕД в течение 1 ч), *второго поколения* – тканевой активатор плазминогена (100 мг болюсом плюс инфузия), проурокиназа (80 мг болюсом плюс инфузия 1 ч) – являются высокоэффективными тромболитиками.

Риск терапии тромболитиками общеизвестен – это возникновение кровотечений, из наиболее опасных – кровоизлияние в мозг. Частота геморрагических осложнений невелика, например количество инсультов при применении стрептокиназы не превышает 0,5%, а при использовании тканевого активатора плазминогена – 0,7–0,8%. Как правило, в случае серьезных геморрагий вводят свежезамороженную плазму и, конечно, прекращают введение тромболитика. Стрептокиназа может вызывать аллергические реакции, которые, как правило, удается предотвратить профилактическим введением кортикостероидов – преднизолона или гидрокортизона. Другое осложнение – гипотония, которая чаще наблюдается при использовании препаратов, созданных на основе стрептокиназы, нередко она сопровождается брадикардией. Обычно это осложнение удается купировать после прекращения инфузии тромболитика и введения атропина и адреналина, иногда требуется применение плазмозаменителей и инотропных средств.

В среднем тромболитические препараты получает всего лишь одна треть больных ИМ, а в нашей стране эта цифра существенно ниже. Тромболитики не вводят в основном в связи с поздним поступлением больных, наличием противопоказаний или неопределенностью изменений на ЭКГ. Летальность среди больных, не получающих тромболитики, остается по-прежнему высокой и составляет от 15 до 30%.

Нитраты

Внутривенное введение нитратов при ИМ в первые 12 ч заболевания уменьшает размер очага некроза, влияет на основные осложнения ИМ, включая летальные исходы и частоту развития кардиогенного шока. Применение их снижает летальность до 30% в первые 7 дней болезни, это наиболее очевидно при инфарктах передней локализации. Прием нитратов внутрь начиная с 1-х суток заболевания не приводит ни к улучшению, ни к ухудшению прогноза к 30-му дню болезни. Внутривенное введение нитратов должно быть стандартной терапией для всех пациентов, поступивших в первые часы болезни, с передним ИМ и систолическим АД выше 100 мм рт.ст. Начинают введение нитроглицерина с невысокой скоростью, например 5 мкг/мин, постепенно увеличивают ее, достигая уменьшения систолического давления на 15 мм рт.ст. У больных с артериальной гипертензией снижение АД возможно до 130–140 мм рт.ст. Как правило, терапию нитратами проводят в течение 24 ч, если не появляется необходимости продолжения этой терапии, в частности при сохраняющихся болях, связанных с ишемией миокарда, или признаках сердечной недостаточности.

β-адреноблокаторы

В 1-е сутки после ИМ повышается симпатическая активность, поэтому использование β-адреноблокаторов, которые снижают потребление кислорода миокардом, уменьшают работу сердца и напряжение стенки желудочка, стало обоснованием их применения у этой категории больных. Ряд крупных многоцентровых исследований, в которых изучалась эффективность внутривенного введения β-блокаторов в 1-

е сутки ИМ, показал, что они снижают летальность за 1–ю неделю примерно на 13–15%. Эффект несколько выше, если лечение начинается в первые часы болезни, и отсутствует, если использовать эти препараты со 2–3–го дня заболевания. β -блокаторы уменьшают и количество повторных инфарктов в среднем на 15–18%. Механизм влияния β -блокаторов на летальность – это уменьшение случаев фибрилляции желудочков и разрывов сердца.

Лечение β -блокаторами начинают с внутривенного введения (метопролол 200 мг/сут, атенолол 25–50 мг 1 раз/сут, пропранолол 20 мг) 2–3 раза или столько, сколько потребуется, чтобы оптимально снизить частоту сердечных сокращений. В последующем переходят на прием препаратов внутрь: метопролол 50 мг каждые 6 ч в первые 2 сут, атенолол по 50 мг каждые 12 ч в течение суток, а затем подбирают дозу индивидуально для каждого больного.

Основные показания к применению β -блокаторов – признаки симпатической гиперактивности, такие как тахикардия при отсутствии признаков сердечной недостаточности, гипертония, болевой синдром, наличие ишемии миокарда. β -блокаторы, несмотря на наличие противопоказаний к их применению, например брадикардии (число сердечных сокращений меньше 50 в 1 мин), гипотонии (систолическое АД ниже 100 мм рт.ст.), наличие блокад сердца и отека легких, а также бронхоспазма, применяются тем не менее у подавляющего числа больных ИМ. Однако способность препаратов уменьшать летальность не распространяется на группу β -блокаторов с собственной симпатомиметической активностью.

Если больной начал лечиться β -блокаторами, прием препарата следует продолжать до тех пор, пока не появятся серьезные противопоказания.

Применение антиагрегантов и антикоагулянтов.

Применение при остром ИМ дезагрегантов, в частности ацетилсалициловой кислоты, способствует уменьшению тромбоза, причем максимальный эффект препарата достигается достаточно быстро после приема первоначальной дозы 300 мг и стабильно поддерживается при ежедневном приеме ацетилсалициловой кислоты в небольших дозах – от 100 до 250 мг/сут. При исследованиях, проведенных у многих тысяч больных оказалось, что применение ацетилсалициловой кислоты снижает 35–дневную летальность на 23%.

Противопоказана ацетилсалициловая кислота при обострении язвенной болезни, при его непереносимости, а также при бронхиальной астме, провоцируемой этим препаратом. Длительное применение препарата существенно снижает частоту повторных инфарктов – до 25%, поэтому прием ацетилсалициловой кислоты рекомендуется на неопределенно долгое время.

Еще одна группа препаратов, воздействующих на тромбоциты, это блокаторы гликопротеина IIb/IIIa тромбоцитов. В настоящее время известна и доказана эффективность применения двух представителей данного класса – это абциксимаб 0,2% – 5 мл и тирофiban (следует вводить, используя начальную дозу 25 мкг/кг в виде болюсной инъекции в течение 3 минут, с последующей инфузией со скоростью 0,15 мкг/кг/мин в течение 12–24 и до 48 ч). По механизму действия эти препараты выгодно отличаются от ацетилсалициловой кислоты, так как блокируют большинство известных путей активации тромбоцитов. Препараты препятствуют образованию первичного тромбоцитарного тромба, причем действие их иногда бывает достаточно продолжительным – до полугода. Мировой опыт пока еще невелик, в нашей стране работа с этими препаратами только начинается. Из антитромботических препаратов по-прежнему широко используется антикоагулянт гепарин, который в основном назначают для профилактики повторных инфарктов, для предупреждения тромбозов и тромбоэмболий. Схемы и дозы введения его хорошо известны. Дозу подбирают так, чтобы частичное тромбопластиновое время увеличилось в 2 раза по сравнению с нормой. Средняя доза – это 1000 ЕД/ч в течение 2–3 дней, подкожное введение гепарина рекомендуется при медленной активизации пациентов.

В настоящее время имеются данные об использовании низкомолекулярных гепаринов, в частности эноксипарина 40 мг и фрактина (вводят п/к по 120 МЕ/кг массы тела каждые 12 часов. Максимальная доза не должна превышать 10000 МЕ каждые 12 часов). Основные их преимущества состоят в том, что они фактически не требуют лабораторного контроля за показателями свертываемости крови и специальной аппаратуры, например инфузионных насосов, для их введения, а главное – они существенно эффективнее чем нефракционированные гепарины. Не потеряло своей значимости применение не прямых антикоагулянтов, особенно при венозных тромбозах, выраженной сердечной недостаточности, наличии тромба в левом желудочке.

Антагонисты кальция.

В качестве стандартной терапии ИМ антагонисты кальция в настоящее время фактически не используются, так как не оказывают благоприятного влияния на прогноз, а применение их с научной точки зрения малообоснованно.

Ингибиторы АПФ.

В последнее десятилетие в лечении больных ИМ прочно заняла свое место большая группа ингибиторов ангиотензин превращающего фермента (иАПФ). Это в первую очередь определяется тем, что данные препараты способны приостанавливать расширение, дилатацию левого желудочка, истончение миокарда, т.е. воздействовать на процессы, приводящие к ремоделированию миокарда левого желудочка и сопровождающиеся серьезным ухудшением сократительной функции миокарда и прогноза. Как правило, лечение иАПФ начинают через 24–48 ч от момента развития ИМ, чтобы снизить вероятность артериальной гипертонии. В зависимости от исходно нарушенной функции левого желудочка терапия может продолжаться от нескольких месяцев до многих лет. Установлено, что лечение каптоприлом в дозе 150 мг/сут у пациентов без клинических признаков недостаточности кровообращения, но при наличии фракции выброса ниже 40%

существенно улучшало прогноз. В группе леченых смертность была ниже на 19%, на 22% было меньше случаев сердечной недостаточности, требовавшей лечения в условиях стационара. Таким образом, АПФ (каптоприл 150 мг/сут, рамиприл 10 мг/сут, лизиноприл 10 мг/сути др.) целесообразно назначать большинству больных ИМ, независимо от его локализации и наличия или отсутствия сердечной недостаточности. Однако эта терапия более эффективна при сочетании клинических признаков сердечной недостаточности и данных инструментальных исследований (низкая фракция выброса). В этом случае риск летального исхода снижается на 27%, т.е. это предотвращает смертельные исходы у каждых 40 из 1000 леченых больных в течение года.

Таким образом, в настоящее время врач располагает значительным арсеналом средств, позволяющих помочь больному ИМ и свести к минимуму риск возникновения осложнений. Конечно, основной путь достижения этой цели – применение тромболитических препаратов, но вместе с тем использование β-блокаторов, аспирина, ингибиторов АПФ и нитратов может существенным образом повлиять на прогноз и исход заболевания.

Список литературы

1. Гришкин, Ю. Н. Основы клинической электрокардиографии / Ю. Н. Гришкин, Н. Б. Журавлева. – Санкт-Петербург: Фолиант, 2018. – 168 с.
2. Драпкина, О. М. Рекомендации Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению хронических коронарных синдромов – вопрос приемлемости для первичного звена здравоохранения в Российской Федерации / О. М. Драпкина, И. В. Самородская, В. Н. Ларина // Кардиология. - 2020. - № 4. - С. 130-136.
3. Кардиология : национальное руководство / под редакцией Е. В. Шляхто. – 2-е изд., перераб. и доп. ; Всероссийское научное общество кардиологов, АСМОК. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 800 с
4. Клинические рекомендации. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: МКБ-10. - Минздрав РФ, 2021.
5. Клинические рекомендации по кардиологии / под ред. проф. Ф. И. Белялова. - 8-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 288 с
6. Руда М.Я., Аверков О.В., Голицын С.П. и др. Диагностика и лечение больных острым ИМ с подъемом сегмента ST ЭК // Клинические рекомендации. - М., 2019. - 152 с.
7. Трухан, Д. И. Болезни сердечно-сосудистой системы: клиника, диагностика и лечение : учеб.пособие / Д. И. Трухан, С. Н. Филимонов. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2020. - 319 с. (Шифр 616.1-07/-08 Т 80).

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ФЕЛЬДШЕРА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ САМООЦЕНКУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Скурихина В.А.,
обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Прозорова М.Н.,
преподаватель,*

КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж», г. Киров

Впервые о вспышке атипичной инфекционной пневмонии КНР сообщило мировому сообществу в декабре 2019 года. Впервые появившись на рыбном рынке Уханя, новая инфекция быстро распространялась и в течении последующих 2х месяцев произошел значительный рост инфицирования и концу января 2020 года в Китае была введена чрезвычайная ситуация. При этом из-за недооценки опасности КНР совместно с ВОЗ сообщили мировому сообществу об эпидемии 10 февраля, когда в Китае было 40235 подтвержденных случаев, 23 589 подозреваемых случаев, и 909 смертельных исходов [1].

Пандемии прошлых лет показывают, что подобные ситуации вызывают выраженное изменение эмоционального состояния людей, которое достаточно уязвимо. В условиях изоляции человек практически обязательно столкнется со спектром различных астенических эмоций в виде страха и тревоги, агрессии, а также страхом и тревогой за здоровье своих близких, за будущее, после карантина. Люди находятся в стрессе, и не имеют возможности справляться с ним привычными способами (посещением спортзала, прогулками, походами в развлекательные и общественные заведения). Практически каждый человек на планете столкнулся с такими экзистенциальными данностями, как одиночество, неопределённость, неуверенность в завтрашнем дне, что порождает ещё большую тревогу и страх, которые потенцируются нелогичными и непоследовательными действиями государственных управленческих структур, поступлением противоречивых сведений из средств массовой информации.

Данная ситуация повлияла и на студентов медицинских учебных заведений, так приходилось учиться и работать в условиях пандемии. Данная ситуация привела к тому, что многие студенты отмечали выраженный страх, постоянную тревогу и подавленность, а также, чувством вины если не справлялись со своими эмоциями в условиях стационара. Поэтому вопрос поддержания психического здоровья студентов медицинских учебных заведений стал актуальной проблемой. В любом из профессиональных направлений сферы «человек – человек» компетентному специалисту необходимо обладать знаниями и умениями по работе с людьми, поддержание своего положительного эмоционального фона, помимо сугубо профессиональных знаний и умений.

Здоровый человек - это человек гармоничный. Соответственно, аномалии в развитии личности наиболее

ярко заявляют о себе в проявлениях ее дисгармонии, утрате равновесия с социальным окружением, то есть в нарушении процессов социальной адаптации, сопряжения с социумом. От степени выраженности психического равновесия зависит мера уравновешенности человека и объективных условий, его приспособленность, адаптированность к ним. У человека неуравновешенного, неустойчивого фактически нарушено равновесие, гармоничное взаимодействие между свойствами, лежащими в основе его личностного статуса.

Факторы, влияющие на состояние психического здоровья: генетические; гигиенические; социальные; эмоциональные; экономические. Из всех выше перечисленных факторов рассмотрим один - самооценку, которая относится к эмоциональным факторам.

Самооценка - это знание человеком самого себя и отношение к себе в их единстве. Самооценка включает в себя выделение человеком собственных умений, поступков, качеств, мотивов и целей своего поведения, их осознание и оценочное к ним отношение. Умение человека оценить свои силы и возможности, устремления, соотнести их с внешними условиями, требованиями окружающей среды, умение самостоятельно ставить перед собой ту или иную цель имеет огромное значение в формировании личности.

Самооценка в зависимости от своей формы (адекватная, завышенная, заниженная) может стимулировать или, наоборот, подавлять активность человека. Неадекватная, низкая самооценка снижает уровень социальных притязаний человека, способствует развитию неуверенности в собственных возможностях, ограничивает жизненные перспективы человека. Такая самооценка может сопровождаться тяжелыми эмоциональными срывами, внутренним конфликтом и т.д. Заниженная самооценка наносит ущерб и обществу, так как человек не в полной мере реализует свои силы и возможности, трудится не с полной отдачей.

Важнейшим источником развития самооценки является профессиональная самооценка студентов колледжа воспринимается нами как отражение своей образовательной, профессиональной истории и организация проекта собственного профессионального пути, создание профессионального видения себя, как профессионала в будущем.

Сегодня, в этом плане становится необходимым формирование профессиональной самооценки, так как именно она является одним из универсальных как внутренних, так и внешних механизмов повышения эффективности, в особенности медицинского специалиста: принятие им решений, поведение в коллективе, работа в профессиональной среде в целом, а также система, которая собственно и воздействует на развитие всех профессиональных умений и навыков, что приводит в последствии к установлению личностно-профессионального роста.

Готовность к профессиональному самоопределению, с позиции социально-профессиональной деятельности, это объединённое свойство личности, оно способствует рефлексивному и самостоятельному принятию решений в профессиональном выборе. Проведя теоретический анализ профессионального самоопределения как социокультурного, так и социально-психологического феномена, все это дает основание сделать вывод, что это сложный единый характер молодого профессионала.

Согласно требованиям, Федерального государственного образовательного стандарта, одним из значимых качеств будущего профессионала является развитая и сформированная профессиональная самооценка (личностная, профессиональная, образовательная, рефлексивная и др.).

Психологическое здоровье - это гармоничное и позитивное состояние личности, её мышления и образа жизни. Заключается в способности человека слышать себя, развивать потенциал, справляться со стрессами, продуктивно работать, в этом помогает сформированная профессиональная самооценка. Психологический уровень здоровья связан с личностным контекстом, в рамках которого человек предстает как психическое целое. Среди критериев психического здоровья особо значимы такие как интегрированность личности, ее гармоничность, уравновешенность, духовность, ориентация на саморазвитие.

Несмотря на то, что ситуация с COVID-19 остается актуальной, ВОЗ все же начинает видеть положительные сдвиги, вселяющие надежду. Так, в Италии – в стране с самым большим числом случаев заболевания в Европейском регионе – незначительно снизились темпы роста заболеваемости, хотя пока еще рано говорить о том, что эпидемия в стране достигла своего пика. Вскоре можно будет понять, насколько эффективными оказались меры, которые были предприняты разными странами.

В такой ситуации важно не терять оптимизма и сохранять как физическое, так и психическое здоровье – это ключ к психологической устойчивости, так важной для того, чтобы люди вместе могли справиться с этой проблемой.

Людям от природы свойственно заботиться друг о друге и обращаться друг к другу за социальной и эмоциональной поддержкой. Эпидемия COVID-19 нарушила привычный уклад жизни, однако открыла новые возможности. Так, теперь можно больше разговаривать друг с другом по телефону и по видеосвязи, проявлять больше заботы и чуткости к нашим близким, осознавая, что у каждого человека есть свои уникальные психологические потребности.

Сейчас как никогда важно проявлять эмпатию, солидарность и эмоциональный интеллект, сохранять профессиональную самооценку на деле следуя принципу «никого не оставить без внимания», но не забывая при этом о мерах физического дистанцирования.

Следую рекомендациям по поддержанию психического здоровья и психосоциального состояния во время вспышки COVID-19, от 18 марта 2020 года, одна из важных рекомендаций для медицинских работников – это забота о себе. «Используйте полезные стратегии минимизации стресса – обеспечьте себе отдых и возможность сделать перерыв во время работы или между сменами, ешьте здоровую пищу в достаточном количестве,

занимайтесь физической активностью и поддерживайте связь с семьей и друзьями. Избегайте вредных стратегий борьбы со стрессом, таких как употребление табака, алкоголя и других психоактивных веществ: в долгосрочной перспективе они могут ухудшить ваше психическое и физическое состояние» [3].

Долгосрочное воздействие COVID-19 на психическое здоровье может занять недели или месяцы, чтобы стать полностью очевидным, и управление этим воздействием требует согласованных усилий не только от психиатров и психотерапевтов, но и системы здравоохранения в целом. Необходимы дальнейшие исследования, даже в форме предварительных или экспериментальных исследований, для оценки масштабов этой пандемии в других странах, особенно в тех, где инфраструктура психотерапевтической помощи менее развита и воздействие, вероятно, будет более серьезным.

Сегодня исследователи пытаются оценить влияние COVID-19 на другие уязвимые группы, в которые в том числе входят студентам медицинских учебных заведений, которые оказывают посильную помощь в борьбе с пандемией, подвергая свое здоровье. Кроме того, существует необходимость в разработке мероприятий по охране психического здоровья, которые ограничены во времени, учитывают культурные особенности и могут преподаваться медицинским работникам и волонтерам. После разработки, такие вмешательства должны быть проверены, чтобы информация, касающаяся эффективных терапевтических стратегий, могла широко распространяться среди тех, кто работает в этой области.

Литература

1. Zhou, X. (2020). Psychological crisis interventions in Sichuan Province during the 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) outbreak // *Psychiatry Research*, 112895. doi:10.1016/j.psychres.2020.112895
2. Голубева Н.В., Иванов Д.В., Троицкий М.С. Панические расстройства во внутрисемейных отношениях, как последствия воздействия коронавирусной инфекции (обзор литературы) // *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. 2020. No2. Публикация 1-5.
3. https://serbsky.ru/wp-content/uploads/2020/05/WHO-2019-nCoV-ental_Health-2020.1-rus.pdf (Дата обращения 5.02.2022 г).

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ВЗРОСЛЫХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Турова А.В.,
обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Ковалева Т.Н.
преподаватель,
ГБПОУ «КМУ», г.Кудымкар*

На сегодняшний день изучение бронхиальной астмы является актуальным.

По данным, представленными кафедрой пропедевтики внутренних болезней Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова, к сентябрю 2021 года в мире насчитывалось около 360 миллионов человек страдающих бронхиальной астмой. Согласно статистическим данным, в России распространенность БА среди взрослых составляет 6,9%, а среди детей и подростков процент заболеваемости колеблется от 10,6 до 16,9% в зависимости от региона России [10].

Длительно и тяжело текущая бронхиальная астма часто приводит к таким осложнениям, как эмфизема легких, дыхательная недостаточность, патологические изменения в сердечно-сосудистой и других системах организма.

При данной патологии снижается качество жизни, а также уменьшается средняя продолжительность жизни пациентов, на 6,6 лет для мужчин и на 13,5 - для женщин [11]. Ежегодно от бронхиальной астмы и ее осложнений умирают около 400 тысяч больных [14].

Именно поэтому была выбрана тема учебно-исследовательской работы «Принципы лечения бронхиальной астмы у взрослых на современном этапе».

Цель учебно-исследовательской работы: Изучить методы лечения бронхиальной астмы у взрослых на современном этапе.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Рассмотреть теоретические аспекты бронхиальной астмы;
2. Изучить принципы лечения пациентов с бронхиальной астмой у взрослых.

Объект исследования: Бронхиальная астма.

Предмет исследования: Принципы лечения бронхиальной астмы у взрослых.

Для проведения исследования использовались такие методы как:

1. Аналитико-синтетический;
2. Обобщения.

Бронхиальная астма – хроническое прогрессирующее заболевание дыхательных путей, характеризующееся повторными эпизодами обструкции бронхов, в основе которого лежит спазм гладкой мускулатуры бронхов, отек их стенки, выделения в их просвет вязкого секрета, что приводит к обратимому приступу удушья.

Этиология. Бронхиальная астма – это полиэтиологическое заболевание: оно развивается в результате взаимодействия различных генов и факторов внешней среды.

Факторы риска возникновения бронхиальной астмы разделяют на следующие группы: предрасполагающие, причинные и способствующие ее возникновению.

К предрасполагающим факторам относят: атопию (генетически обусловленная гиперпродукция IgE, часто проявляется аллергическим ринитом, конъюнктивитом, дерматитом), наследственность.

К причинным факторам относят различные аллергены: бытовые (домашняя пыль, перо подушки), грибковые (плесень), растительные (пыльца деревьев и трав), эпидермальные (шерсть животных), лекарственные (аспирин, и другие НПВП, витамины, антибиотики), химические (хлорамин, формальдегид), продукты (яйца, рыба, шоколад, курица) [3].

3. К способствующим факторам относят: частые ОРВИ, активное и пассивное курение, загрязнение воздуха, паразитарные инфекции, низкий вес при рождении, искусственное вскармливание.

Патогенез. В основе патогенеза БА лежит воспаление бронхов, в котором участвуют клетки бронхиального эпителия, гладкомышечные клетки бронхов, клетки эндотелия сосудов, фибробласты, миофибробласты, тучные клетки, эозинофилы, Т-лимфоциты. В воспалении участвует более 100 медиаторов воспаления (цитокины, гистамин, хемокины, простагландины и другие). Во время приступа происходит развитие аллергической реакции немедленного типа, которая сопровождается специфическим аллергическим воспалением слизистой оболочки бронхов и проходит в три стадии: иммунологическую, патохимическую, патофизиологическую.

В процессе воспаления в бронхах происходит ограничение воздушного потока за счет бронхоспазма, отека стенок дыхательных путей и образование слизистых пробок [4].

Классификация. Классификация предполагает деление:

1. По клиническим формам:

- Атопическая (аллергическая) БА;
- Неатопическая (инфекционно-зависимая, физических усилий) БА;
- Смешанная (вызывается двумя или более видами раздражителей) БА;
- Неуточненная (источник не установлен) БА.

2. В зависимости от степени контролируемости:

- Контролируемая (отсутствие приступов при отмене базисной терапии);
- Частично контролируемая (редкие приступы на фоне базисной терапии);
- Неконтролируемая (есть приступы на фоне проводимой базисной терапии).

3. По тяжести течения:

- Легкое интермиттирующее течение (приступ удушья реже 1 раза в неделю);
- Легкое персистирующее течение (приступы удушья более 1 раза в неделю, но не более 1 раза в день);
- Персистирующее средней тяжести (ежедневные приступы удушья);
- Тяжелое персистирующее течение (постоянные приступы в течение дня по несколько раз в день) [2].

Клиническая картина зависит от степени тяжести заболевания и делится на межприступный период и приступ удушья.

Клиника приступа удушья. Степень тяжести приступа устанавливается по ряду критериев, с помощью которых оценивается функция дыхания и общее состояние пациента (Таблица 1).

Таблица 1 – Степени тяжести приступа бронхиальной астмы

Критерий	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
ПОСВ, в % от нормы	70 – 90	50 – 70	менее 50
ЧДД, в минуту	26	27 – 30	более 30
Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания	раздувание крыльев носа, западение яремной ямки	то же, + участие межреберных мышц	то же, + участие глубокой мускулатуры шеи
Разговорная речь	не нарушена	затруднена	существенно затруднена
Цвет кожных покровов	не изменен	бледные, цианоз носогубного треугольника	цианоз губ, акроцианоз
Аускультативные данные	дыхание жесткое, свистящие хрипы на выдохе	то же, + «мозаичное» проведение дыхания	то же, + дыхание ослаблено
Сатурация крови	более 95%	90 – 95%	менее 90%

Астматический статус. Если приступ длительно не купируется, то он переходит в астматический статус - затянувшийся приступ БА, устойчивый к проводимой терапии.

Это тяжёлое, угрожающее жизни состояние, характеризующееся выраженной и быстро прогрессирующей дыхательной недостаточностью, отёком бронхиол, накоплением в них густой стекловидной мокроты, что приводит к нарастанию удушья и развитию гипоксии, что часто становится причиной летального исхода.

В развитии астматического статуса различают несколько стадий, которые представлены ниже (Таблица 2).

Таблица 2 – Стадии астматического статуса

Критерий	I стадия (относительной компенсации)	II стадия (декомпенсации)	III стадия (гипоксической гиперкапнической комы)

Сознание	не нарушено, появляется сильный страх, возбуждение	больной неадекватен, обессилен	сознание отсутствует
Кожные покровы	синюшность губ	цианоз кожи и видимых слизистых	разлитой цианоз
Характер дыхания	выдох затруднён	хрипы слышны на расстоянии	поверхностное
Аускультативные данные	дыхание проводится во все отделы, но слышно множество сухих хрипов	выявляются участки «немного лёгкого»	картина «немного лёгкого» (дыхательные шумы не прослушиваются)
ЧДД, в минуту	26 – 40	более 40	более 60

Необходимо отметить, что тяжесть обострений не зависит от тяжести заболевания. Это значит, что у пациента с легкой формой БА при длительном отсутствии симптомов могут быть тяжелые угрожающие жизни обострения.

Чаще всего вне обострения все жалобы и симптомы исчезают.

При рецидивирующем и тяжело протекающем патологическом процессе в бронхах при БА происходит повреждение дыхательных путей, что ведет к развитию осложнений.

К возможным осложнениям со стороны органов дыхания относят пневмоторакс, эмфизему легких, хронических бронхит, пневмосклероз, дыхательную недостаточность.

Диагностика бронхиальной астмы. Для диагностики БА используются как лабораторные, так и инструментальные методы исследования. К наиболее значимым относятся:

1. Общий анализ крови (часто выявляется повышение количества эозинофилов);
2. Иммунограмма (определяется повышение уровня неспецифических IgE);
3. Исследование мокроты (визуально мокрота светлая с желтоватым оттенком, вязкая, стекловидная, микроскопически определяются эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана);
4. Рентгенография органов грудной клетки (во время обострений выявляются признаки эмфиземы, проявляющиеся повышенной воздушностью легочной ткани, купол диафрагмы уплощается, ребра располагаются горизонтально; при длительном течении происходит разрастание соединительной ткани (фиброз));

5. Спирометрия (позволяет не только диагностировать БА, но и определить степень ее тяжести, оценить степень обструкции бронхов). Функция легких считается нормальной при отношении ОФВ₁ к ФЖЕЛ, равной более 80 – 90%. Любые значения ниже данных показателей предполагают обструкцию дыхательных путей. При ингаляции бронхолитика при БА показатели ОФВ₁ обычно увеличивается более чем на 12% [4].

6. Пикфлоуметрия проводится с целью оценки максимальной скорости выдоха с помощью портативного прибора и показана для ежедневного проведения каждому больному БА. Измерение проводится два раза в день и фиксируется в дневник. Для постановки диагноза необходимо определить суточный разброс пиковой скорости выдоха. Суточный разброс более 20% является показанием для постановки диагноза БА. При патологическом сужении просвета бронхов наблюдается снижение пиковой скорости выдоха.

7. Так же при подозрении на БА больному необходима консультация аллерголога, который назначает кожные тесты для определения аллергена и подтверждения природы заболевания.

Лечение бронхиальной астмы

Поскольку бронхиальная астма является хроническим заболеванием, пациентам необходимо постоянное поддерживающее комплексное лечение с учетом степени тяжести течения их заболевания.

Лечение бронхиальной астмы главным образом должно быть направлено на устранение приступов астмы и поддержание или восстановление функции внешнего дыхания на оптимальном уровне. Благодаря этому можно избежать серьезных осложнений [1].

Для достижения положительных результатов в лечении БА важным является:

- Устранение провоцирующих факторов.
- Применение противовоспалительных препаратов.
- Применение лекарственных средств, уменьшающих обструкцию бронхов.

Методы лечения делятся на медикаментозные и немедикаментозные.

Медикаментозная терапия

Все препараты для медикаментозной терапии БА подразделяют на две большие группы: препараты для базисного лечения и препараты для купирования приступа.

Базисная терапия – это поддерживающая противовоспалительная терапия, которая проводится для предупреждения развития обострения заболевания.

К препаратам базисной терапии относят следующие группы противовоспалительных препаратов:

1. Глюкокортикостероиды.

Препараты этой группы обладают сильным противовоспалительным, противоаллергическим и противошоковым действием.

Их работа направлена на подавление функции лейкоцитов, подавление образования фибробластов, снижение выделения из тучных клеток медиаторов воспаления, уменьшение проницаемости сосудов и тем самым торможения развития аллергической реакции немедленного типа.

Применение глюкокортикостероидов возможно тремя путями: ингаляционно, перорально и парентерально. Первый путь используется чаще и имеет большое значение особенно для первых трех ступеней тяжести бронхиальной астмы.

На сегодняшний день основными противовоспалительными препаратами, позволяющими длительно поддерживать стабильное течение бронхиальной астмы любой степени, являются *ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС)* [5].

Применение ИГКС является важнейшим элементом базисной терапии. При использовании ИГКС в рекомендуемом объеме доз, они обладают лишь незначительными побочными действиями, что еще раз указывает на их преимущество по сравнению с системными глюкокортикостероидами.

Но для достижения этого положительного эффекта необходимо правильно подобрать как можно более низкую поддерживающую дозу [7].

Длительная терапия ИГКС способна значительно снизить частоту и тяжесть обострений.

Чем выше степень тяжести бронхиальной астмы, тем большие дозы ИГКС необходимо применять (Таблица 3).

Таблица 3 – Эквивалентные дозы ингаляционных глюкокортикостероидов для лечения БА разной степени тяжести

Действующее вещество	Торговое название	Доза, мкг		
		низкая	средняя	высокая
Беклометазона дипропионат	Бекотид, Беклазон, Бекломет, Альдецин	200 – 500	500 – 1000	1000
Будесонид	Пульмикорт турбухалер, Будесонид Мите, Бенакорт	200 – 400	400 – 800	800
Флунизолид	Ингакорт	500 – 1000	1000 – 2000	2000
Флутиказона пропионат	Фликсотид	100 – 250	250 – 500	500
Триамцинолона ацетонид	Азмакорт	400 – 1000	1000 – 2000	2000

Системные ГКС обычно применяются при обострении и при тяжелом течении болезни перорально или внутривенно, в высоких дозах. Чаще всего на период обострения заболевания в течение 5 – 10 дней назначают преднизолон по 40 – 50 мг в сутки.

2. *Стабилизаторы мембран тучных клеток.* Данные препараты препятствуют входу кальция в тучные клетки, угнетают выход из них гистамина, в результате чего происходит стабилизация их мембран. Дынная группа препаратов устраняет отек слизистой оболочки бронхов и предупреждает повышение их гладкомышечного тонуса.

К стабилизаторам мембран тучных клеток относят такие препараты как тайлед (недокромил натрия) и интал (кромогликат натрия).

В качестве самостоятельной терапии для взрослых эти препараты почти не применяются, но могут быть использованы в сочетании с ИГКС.

Препараты данной группы назначаются на длительное время – не менее двух месяцев. Информация по режиму дозирования для взрослых представлена в таблице (Таблица 4).

Таблица 4 – Режим дозирования препаратов из группы стабилизаторов мембран тучных клеток

Действующее вещество	Торговое название	Доза	Кратность применения в сутки
Недокромил натрия	Тайлед	2 мг	по 2 ингаляции 2 – 4 раза
Кромогликат натрия	Интал	5 мг	по 2 ингаляции 4 раза

3. *Блокаторы лейкотриеновых рецепторов.* Препараты этой группы подавляют сократительную активность гладкой мускулатуры бронхов, предотвращают повышение проницаемости стенки сосудов, предотвращая развитие отека, и препятствуют проникновению эозинофилов в дыхательные пути.

В эту группу входят такие препараты как зафирлукаст и монтелукаст [4].

Ниже представлен режим дозирования для взрослых пациентов с БА (Таблица 5).

Таблица 5 – Режим дозирования препаратов из группы блокаторов лейкотриеновых рецепторов

Название препарата	Доза	Суточная доза
Монтелукаст	4 мг; 5 мг; 10 мг	10 мг в сутки
Зафирлукаст	10 мг	20 мг в сутки

Согласно международным согласительным документам блокаторы лейкотриеновых рецепторов возможно применять начиная с первой ступени терапии БА в качестве монотерапии или со второй ступени в составе комбинированной терапии вместе с ИГКС.

4. *Ингаляционные β₂-адреномиметики длительного действия.* Препараты данной группы оказывают бронходилатирующее действие и предупреждают бронхоспазм, подавляя высвобождение гистамина, лейкотриенов и простагландинов из тучных клеток, что тормозит развитие аллергической реакции.

Ингаляционные β₂-адреномиметики длительного действия применяются в качестве альтернативы повышению доз ИГКС у пациентов, плохо реагирующих на противовоспалительную терапию.

К β₂-адреномиметикам длительного действия относят салметерол и формотерол, их дозировки

представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Режим дозирования препаратов из группы длительно действующих ингаляционных β_2 -адреномиметиков

Название препарата	Доза	Кратность применения в сутки
Салметерол	50 мкг	100 мкг в 2 приема
Формотерол	12 мкг	24 мкг в 2 приема

Эти препараты используются исключительно в составе комплексной терапии и не применяются сами по себе, так как не обладают выраженным противовоспалительным действием.

Именно поэтому чаще всего используются комбинированные препараты: серетид и симбикорт (Таблица 7).

Таблица 7 – Режим дозирования комбинированных препаратов

Название препарата	Препараты, входящие в состав	Доза	Кратность применения в сутки
Серетид	салметерол и флутиказон	25 мкг + 50 мкг; 25 мкг + 125 мкг; 25 мкг + 250 мкг	по 2 ингаляции 2 раза
Симбикорт	формотерол и будесонид	80 мкг + 4.5 мкг; 160 мкг + 4.5 мкг	по 1 ингаляция 2 раза

5. *Ингаляционные м-холиноблокаторы длительного действия.* Эти препараты подавляют рефлекторную бронхоконстрикцию, предотвращая сужение просвета бронхов. Они применяются при непереносимости β_2 -адреномиметиков. К препаратам длительного действия из данной группы относится спирива (тиотропия бромид) ее применяют в дозе 18 мкг по 1 – 2 ингаляции в сутки.

6. *Метилксантины длительного действия.* Препараты, входящие в эту группу уменьшают сократительную активность гладкой мускулатуры, стабилизируют мембраны тучных клеток, тормозя развитие аллергических реакций.

К препаратам данной группы, применяемым при базисной терапии, относят ретардированные формы теофиллина, режим дозирования представлен ниже (Таблица 8).

Применение препаратов теофиллина делает возможным прием более низких доз ИГКС.

Таблица 8 – Режим дозирования ретардированных форм теофиллина.

Действующее вещество	Торговое название	Доза	Кратность применения в сутки
Теофиллин	Теопэк	100 мг; 200 мг	2 раза в среднем до 400 мг/сут
Теофиллин	Теотард	200 мг; 350 мг	2 раза в среднем до 400 мг/сут

Терапия в период приступа

1. *Ингаляционные β_2 -адреномиметики короткого действия.* Ингаляционные β_2 -адреномиметики короткого действия применяются в качестве самостоятельного экстренного средства при возникновении бронхообструкции. К таким препаратам относятся фенотерол и сальбутамол, они быстро расширяют бронхи, увеличивают частоту и объем дыхания, купируя приступ (Таблица 9).

Таблица 9 – Режим дозирования ингаляционных β_2 -адреномиметиков короткого действия

Название препарата	Доза	Кратность применения в сутки
Фенотерол	0,2 мг	1 – 3 ингаляции
Сальбутамол	2 мг; 4 мг	3 – 4 ингаляции

2. *Ингаляционные м-холиноблокаторы короткого действия.* Еще одним экстренным средством применяемым при приступе БА являются ингаляционные м-холиноблокаторы короткого действия. В эту группу входит атровент (ипратропия бромид) и применяется по 2 мл до 3 – 4 ингаляций в сутки.

Учитывая разницу механизмов действия β_2 -адреномиметиков и м-холиноблокаторов, возможно их комбинация. Таким комбинированным препаратом является беродуал (сочетание фенотерола с ипратропиум бромидом) дозой 500 мкг + 250 мкг, от 1 до 2.5 мл при приступах.

3. *Метилксантины короткого действия.* Также при лечении бронхиальной астмы применяются метилксантины короткого действия. При приступе БА из представителей этой группы часто применяется эуфиллин (аминофиллин).

Он используется для достижения быстрого, и даже мгновенного эффекта и применяется парентерально – внутривенно струйно 2.4% в разовой дозе не более 0.25 г, максимальная суточная доза не более 0.5 г.

4. *Системные ГКС.* При приступе бронхиальной астмы и при астматическом статусе из представителей группы системных глюкокортикостероидов широко применяется преднизолон.

Преднизолон вводят парентерально – внутривенно струйно из расчета 1 – 1.5 миллиграмма на килограмм веса пациента, затем при необходимости введение препарата переводят на внутривенно капельное введение и продолжают терапию в течение 3 – 15 дней.

Ступенчатый подход к лечению БА

Особую роль в лечении БА играет ступенчатый подход. Чем тяжелее степень течения, тем, как правило, больше должен быть охват применяемых пациентом препаратов для полного снятия симптомов (Таблица 10).

Таблица 10 – Группы препаратов, применяемые в зависимости от степени тяжести БА

Степень	Течение	Медикаментозная терапия
Первая	легкое интермиттирующее	β 2-адреномиметики по необходимости
Вторая	легкое персистирующее	ИГКС в низких дозах или блокаторы лейкотриеновых рецепторов
Третья	персистирующее средней тяжести	ИГКС в низких дозах + пролонгированные β 2-адреномиметики; или + блокаторы лейкотриеновых рецепторов; или + пролонгированный теофиллин; или ИГКС в средних/высоких дозах
Четвертая	тяжелое персистирующее	ИГКС в средних/высоких дозах + пролонгированные β 2-адреномиметики + пролонгированный теофиллин; или пероральные ГКС

Особенность данного подхода заключается в том, что для каждого конкретного больного с его особенностями течения заболевания, подбираются препараты, способные облегчить и снять симптомы проявления болезни. Ступенчатый подход так же учитывает возможность улучшения течения заболевания и при стабильно хорошем состоянии пациента в течение трех месяцев допускает снижение доз базисной терапии.

Способы доставки ингаляционных лекарственных средств

Большая часть препаратов для лечения бронхиальной астмы применяется ингаляционно. Для доставки лекарственных средств в дыхательные пути существуют различные типы небулайзеров, дозированных аэрозольных и порошковых ингаляторов.

Благодаря высокой эффективности и простоте использования наиболее массовым ингалятором для больных бронхиальной астмой является дозированный аэрозольный ингалятор (ДАИ). К преимуществам данного метода доставки ЛС относятся: малые размеры ингалятора и короткое время, затрачиваемое на его активацию. К недостаткам – необходимость координации вдоха и одновременной активации ингалятора, а так же имеющиеся трудности в определении оставшихся доз [6].

Для упрощения процесса использования ДАИ возможно его комбинирование со спейсером. В этом случае в меньшей степени требуются координация акта вдоха с активацией ингалятора, но вместе с этим устройство становится менее портативным, чем простой ДАИ.

Дозированные порошковые ингаляторы (ДПИ) также являются компактными, и в отличие от ДАИ не требуют координации вдоха и активации ингалятора. Ко всему этому большинство ДПИ снабжены счетчиком доз. К минусам ДПИ можно отнести тот факт, что пациенты должны с самого начала делать мощный вдох, а не наращивать скорость вдоха постепенно, что связано с особенностью конкретно этого устройства для доставки ЛС.

Еще одним устройством для доставки ингаляционных ЛС являются небулайзеры. Ими без затруднений могут пользоваться люди любого возраста, так как при их использовании не требуется координация действий. Также небулайзеры могут использоваться для ингаляции лекарств, которые не выпускаются в виде ДАИ или ДПИ. При этом следует учитывать тот факт, что при недостаточно тщательной обработке небулайзера существует риск бактериального загрязнения.

Препараты других групп (вспомогательные группы препаратов)

Так же по показаниям при развитии осложнений и для облегчения течения бронхиальной астмы применяются вспомогательные препараты, к которым относятся муколитические, антигистаминные, антибактериальные препараты.

Муколитические препараты – уменьшают вязкость мокроты и облегчают ее отделения (бромгексин по 8 – 16 мг 3 – 4 раза в сутки; амброксол по 30 мг 2 раза в сутки).

Антигистаминные препараты – применяются при наличии внелегочных проявлений аллергии (цетиризин по 10 мг в сутки; лоратадин по 10 мг в сутки).

Антибактериальные препараты – применяются при наличии инфекционного воспаления органов дыхания (макролиды: кларитромицин по 250 мг 2 раза в сутки внутрь; фторхинолоны: ципрофлоксацин 250 – 750 мг в сутки внутрь или внутримышечно). Антибактериальная терапия проводится курсом в 5 – 7 дней.

Кроме медикаментозной терапии важным является проведение немедикаментозных методов лечения.

Гипоаллергенный быт. Быт должен быть устроен так, чтобы человек как можно реже сталкивался с возможными провокаторами приступов, то есть из повседневной жизни следует исключить контакты с:

- Домашними животными и растениями;
- Плесневыми грибами;
- Коврами и мягкой мебелью.

Так же стоит уделять отдельное внимание поддержанию чистоты в помещении, в котором больной проводит большую часть времени. Влажные уборки необходимо проводить ежедневно, также эффективным является использование воздухоочистителя, который должен работать круглосуточно.

Контакты с бытовой химией – чистящими средствами и порошками, необходимо ограничить, так же как и контакты с веществами, имеющими резкие запахи (духи, дезодоранты).

Гипоаллергенная диета. Приступ астмы может развиваться как одно из проявлений системной реакции на пищевой аллерген. Больным, страдающим БА, следует избегать употребления высокоаллергенных продуктов. В

группу высокоаллергенных продуктов питания входят: яйца, рыба (лосось, сельдь, сардины), цельномолочные продукты (сметана, творог, кефир), орехи (грецкие, миндаль), ягоды (клюква, клубника, земляника, черная смородина), макаронные изделия, продукты, оказывающие раздражающее действие (острые, жаренные, копченые блюда).

К рекомендованным продуктам, не влияющим на течение болезни относится широкий список продуктов: мясные блюда (говядина, телятина, кролик), крупы (гречка, перловка, рис, овсянка, пшено), овощи (картофель, морковь, огурцы, кабачки, капуста, зелень, свекла), фрукты (яблоки, бананы, груши, сливы) и др. [12].

Дыхательная гимнастика. Является доступным и простым немедикаментозным методом лечения БА. Выполнение данных упражнений способствует рефлекторному уменьшению спазма бронхов, укреплению дыхательной мускулатуры и производит дренажный эффект. Цель ее заключается в восстановлении регулярности и ритмичности дыхания с помощью вдоха через нос и нормализации дыхательного объема [9].

Примеры упражнений:

– Выдох с сопротивлением (произвести глубокий вдох, затем медленный выдох ртом через соломинку в емкость с водой);

– Диафрагмальное дыхание (произвести мощный глубокий выдох, втянуть живот, произвести диафрагмальный вдох, предельно выпячивая живот);

– Звуковая гимнастика (произношение вслух гласных и согласных букв).

Для достижения положительных результатов выполнять эти упражнения необходимо два раза в день – утром и вечером по 10 – 15 минут. Выполнение данных упражнений способствует рефлекторному уменьшению спазма бронхов, укреплению дыхательной мускулатуры и производит дренажный эффект.

Лечебная гимнастика. Данный метод помогает облегчить протекание заболевания, сохранить физическую форму, а так снижает риски развития осложнений. Пациентам с диагнозом БА рекомендовано занятие ходьбой ежедневно по 20 – 30 минут, постепенно увеличивая проходимую дистанцию от 500 метров до 2 километров.

Физиотерапия. При БА направлена на снятие бронхоспазма, уменьшение одышки, облегчение отхождения мокроты, то есть на восстановления проходимости дыхательных путей.

В острый период и в период стихания рекомендовано применение:

– Электрофореза с бронхолитиками: 2% раствора эуфиллина на межлопаточную область или грудную клетку на 10 – 15 минут курсом до 10 процедур;

– Ультрафиолетового облучения передней и задней поверхностей грудной клетки курсом 3 – 5 процедур;

– Ультразвуковой терапии на грудную клетку курсом до 10 процедур.

В межприступном периоде:

– Ультрафиолетовое облучение общее курсом до 20 процедур;

– УВЧ терапия на область шеи по 6 – 10 минут курсом до 5 – 8 процедур;

– Электрофорез 2% раствора хлористого кальция и аскорбиновой кислоты на область задней поверхности плеч курсом до 10 процедур;

– Ингаляционная терапия минеральных вод продолжительность процедуры 10 – 15 минут, 1 – 2 раза в день курсом 10 – 30 ингаляций;

– Бальнеолечение – хлоридно-натриевые ванны, продолжительностью приема ванн 5 – 10 минут курсом до 10 процедур;

– Спелеотерапия - сеансы по 30 минут курсом 15 – 20 процедур.

Иглоукалывание. На сеансах иглоукалывания воздействуют на различные биологические точки, которые располагаются на спине, грудной клетке, конечностях. Для достижения результатов от данных процедур они назначаются курсом до десяти сеансов. На одном сеансе иглами воздействуют на три биологически активные точки, выбор которых определяется специалистом. Данный метод способствует улучшению состояния больного, страдающего БА, улучшая кровоснабжение пораженной области по средству расширения сосудов, стимулируя отхождение мокроты, снижая болевой синдром, ускоряя процесс восстановления поврежденных тканей [9].

Фитотерапия. Применение лекарственных трав способствует отхождению мокроты, облегчает кашель, снижает частоту возникновения приступов, способствует их купированию и продлевает время ремиссии. При лечении БА применяются: настой листьев мать-и-мачехи, настой корня алтея лекарственного и травы чабреца.

Санаторно-курортное лечение. Лечение БА в санатории направлено на облегчение состояния пациента, повышение его иммунитета, достижение стойкой продолжительной ремиссии с использованием комплекса оздоровительных мероприятий. Пациенты с БА могут быть направлены в санатории Кавказа, Черноморское побережья, Крыма.

Таким образом, исследование показало, что бронхиальная астма – это серьезное широко распространенное заболевание, которое развивается вследствие повышенной чувствительности организма к различного рода аллергенам, в результате чего происходит развитие специфического воспаления стенок дыхательных путей, которое проявляется затрудненным дыханием и удушьем. Опасным проявлением БА является развитие астматического статуса, который не редко приводит к летальному исходу.

БА является причиной серьезных осложнений, ведущих к снижению качества жизни и даже к утрате трудоспособности, одним из таких осложнений является хроническая дыхательная недостаточность.

На настоящий момент имеется много эффективных методов диагностики БА. Особое значение имеет применение пикфлоуметрии, позволяющей пациенту контролировать течение заболевания.

Лечение БА должно быть комплексным и проводится постоянно. При этом важно использовать не только

медикаментозные, но и немедикаментозные методы лечения.

Медикаментозная терапия при БА включает в себя различные группы препаратов. Препараты базисной терапии принимаются больными постоянно, для предупреждения ухудшения состояния, препараты для купирования приступа применяются только при возникновении бронхообструкции с целью ее купирования и восстановления проходимости дыхательных путей.

Большинство препаратов, используемых для лечения БА, применяются в виде ингаляций. Для этого имеется несколько способов доставки ингаляционных ЛС – через небулайзеры, дозированные аэрозольные и дозированные порошковые ингаляторы.

Кроме препаратов, влияющих непосредственно на устранение бронхообструкции, при лечении БА также применяются и вспомогательные препараты, улучшающие отхождение мокроты, устраняющие симптомы проявления общих аллергических реакций и препараты, направленные на уничтожение патогенных микроорганизмов при присоединении инфекции.

К числу немедикаментозных методов лечения относят соблюдение диеты и создание гипоаллергенного быта, для сокращения контакта больного с провоцирующими приступы факторами. Выполнение простых упражнений дыхательной и лечебной гимнастики, которые помогают пациенту не только укрепить дыхательную мускулатуру, но и развить выносливость. Проведение физиотерапевтических процедур в сочетании с фитотерапией помогают облегчить состояние пациента, как в период обострения, так и в период затухания проявления болезни. Санаторно-курортное лечение представляет собой комплекс общеукрепляющих и лечебных процедур, направленных на повышение сопротивляемости организма к вредным факторам внешней среды и способствует облегчению состояния пациента.

При лечении БА следует отметить важность установления доверительных отношений между врачом и пациентом. Только при наличии тесного сотрудничества с врачом и соблюдения всех его предписаний, возможно добиться стойких положительных результатов.

Результаты исследования планируются использоваться в дальнейшей профессиональной деятельности.

Литература

1. Баур К., Прейссер А. Бронхиальная астма // Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких / К. Баур, А. Прейссер, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 99 – 140.
 2. Отвагина Т.В. Бронхиальная астма // Терапия / Т.В. Отвагина, Ростов н/Д.: Феникс, 2012. – С. 49 – 55.
 3. Федюкович Н.И. Бронхиальная астма // Внутренние болезни / Н.И. Федюкович, Ростов н/Д.: Феникс, 2011. – С. 94 – 103.
 4. Чукаева И.И., Барт Б.Я. Бронхиальная астма // Поликлиническая терапия / И.И. Чукаева, Б.Я. Барт, М.: КНОРУС, 2017. – С. 118 – 143.
- Печатная периодика:
5. Емельянова А.В., Лешенкова Е.В., Сергеева Г.Р. Легкая бронхиальная астма: современная концепция лечения // Медицинский совет. – 2019. – №15. – С. 29 – 36.
 6. Камаев А.В., Трусова О.В. Выбор предпочтительного устройства доставки лекарства у детей с бронхиальной астмой и его роль в достижении контроля над заболеванием // Доктор.Ру. – 2020. – №19. – С. 48 – 52.
 7. Курбачева О.М., Исакова И.И. Современные тенденции в лечении бронхиальной астмы // Consilium Medicum. – 2019. – №21. – С. 41 – 44.
 8. Синопальникова А.И. Комбинированная терапия ингаляционными глюкокортикостероидами и длительно действующими β_2 -агонистами больных бронхиальной астмой: проблема выбора // Медицинский совет. – 2021. – №16. – С. 52 – 59.
 9. Дыхательные упражнения улучшают качество жизни независимо от степени тяжести бронхиальной астмы. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://gnicpm.ru/articles/terapevt-news/dyhatelnye-uprazhneniya-uluchshayut-kachestvo-zhizni-nezavisimo-ot-stepeni-tyazhesti-bronhialnoj-astmy.html> (дата обращения – 3 апреля 2022 г.)
 10. К 2025 году число пациентов с бронхиальной астмой может достичь 500 миллионов. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pharmvestnik.ru/content/news/K-2025-godu-chislo-pacientov-s-bronhialnoi-astmoi-mojet-dostich-500-millionov.html> (дата обращения – 20 февраля 2022 г.)
 11. Медэксперты рассказали, как облегчить жизнь больным астмой. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ki-news.ru/2019/05/07/medeksperty-rasskazali-kak-oblegchit-zhizn-bolnym-astмой/> (дата обращения – 20 марта 2022 г.)
 12. Ограничения в питании при бронхиальной астме: кому показана гипоаллергенная диета, разрешенные продукты. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://clinic-a-plus.ru/articles/ortopediya-travmatologiya/5381-dieta-pri-bronhialnoj-astme-gipoallergennyu-ratsion-dlya.html> (дата обращения – 5 апреля 2022 г.)
 13. Осложнения бронхиальной астмы у взрослых, чем она опасна. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.gdp3podolsk.ru/blog/oslozhnenija-bronhialnoj-astmy-u-vzroslyh-chem-ona> (дата обращения – 29 марта 2022 г.)
 14. Ученые: около 4 млн. детей ежегодно заболевают астмой из-за загрязнения воздуха. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/6334996> (дата обращения – 22 марта 2022 г.)
 15. Физиотерапия бронхиальной астмы. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://studfile.net/preview/3883191/page:21/> (дата обращения – 5 марта 2022 г.)

УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

*Фур Я.А.,
Линник Д.Р.,
Байсингаров А.А.,
обучающиеся 2 курса СД «Сестринского
дела» прикладной бакалавр.
Научные руководители:
Дементиевская Н.В.,
Есказина Г.Т.,
преподаватели специальных дисциплин
АВМК имени героя Советского Союза М.Маметовой, г.Актобе, Казахстан*

Актуальность исследования:

Последние одиннадцать месяцев во всем мире разгорается эпидемия нового вируса COVID-19 (сокращенно от Corona Virus Disease 2019, ранее nCov-19). На момент написания работы (14 января 2021) было зарегистрировано 94 402 058 случаев заражения вирусом (из них 2 019 906 человека умерли и 67 446 532 излечились), сейчас болеют 24 935 620. [<https://koronavirus-monitor.ru>]. По Казахстану: зарегистрировано 167 118 случаев заражения вирусом (из них 2 349 человека умерли и 152 437 излечились), заболеваемость пневмонией с признаками коронавирусной инфекции зарегистрировано в Республике Казахстан : заболевших – 46737, летальных случаев - 534, выздоровевших - 34422. [<https://www.coronavirus 2020.kz>]

В конце 2019 года в Китайской Народной Республике (КНР) произошла вспышка новой коронавирусной инфекции, возбудителю которой было дано временное название 2019-nCoV. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2 [1, 2].

Появление COVID-19 и распространение его по миру поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой инфекции, вызванной новым коронавирусом, оказанием специализированной медицинской помощи, реабилитации и вторичной профилактике. В настоящее время сведения об эпидемиологии, клинических особенностях и лечении накапливаются и обсуждаются специалистами в режиме реального времени. Информация о первичной, вторичной профилактике и медицинской реабилитации этого заболевания ограничена [1, 3]. Известно, что наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является двусторонняя пневмония, у 3–4% пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) [1, 4, 5].

В настоящий момент в мире сложилась ситуация, при которой достоверной профессиональной информации об оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации пациентам с COVID-19 недостаточно, так как это заболевание является новым. Традиционный способ получения необходимой информации, путем привлечения данных ранее выполненных научных исследований оказался неэффективным, поскольку опыт лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией измеряется всего несколькими месяцами. Учитывая необычность самой ситуации пандемии и особенности патогенеза заболевания, вызванного SARS-CoV-2, шаблонное применение общепринятых методов реабилитации после перенесенных респираторных заболеваний может быть небезопасным или неэффективным.

Для полноценного участия медицинской сестры в реабилитации больных при оказании специализированной медицинской помощи пациентам с «коронавирусной пневмонией» нужно понимать этиологию и патогенез коронавирусов, клинические особенности течения коронавирусной инфекции, знать наиболее распространенные клинические проявления, а так же в совершенстве владеть методами реабилитации больных в пределах своей компетенции. Для этого был изучены и обобщены материалы по медицинской реабилитации пациентов с COVID-19 на различных этапах оказания специализированной медицинской помощи, опубликованных специалистами ВОЗ, анализе отчетов клиник, осуществляющие медицинскую реабилитацию пациентов с COVID-19 в данный момент, а также на результатах клинических исследований, проведенных ранее и посвященных реабилитации пациентов с ПИТ-синдромом (синдромом последствий интенсивной терапии) и ОРДС взрослых некоронавирусной этиологии, нормативно-правовых документах Минздрава Республики Казахстан.

Цели исследования:

- ❖ Изучить этиологию и патогенез коронавирусов, рассмотреть клинические особенности коронавирусной инфекции.
- ❖ Изучить клинические варианты и проявления COVID-19, классификацию COVID-19.
- ❖ Оценить участие медицинской сестры в реабилитации, на I этапе, пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Задачи:

- ❖ Анализ клинической картины коронавирусной инфекции (COVID-19) и особенности реабилитации пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной

инфекцией (COVID-19).

❖ Изучить целесообразность участия медицинской сестры в реабилитации, пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Объект исследования: пациенты с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19), медицинская сестра участвующая в реабилитации пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры.

Место проведения:

Методы исследования:

- ✓ Изучение литературы
- ✓ Беседа
- ✓ Анкетирование
- ✓ Анализ
- ✓ Сравнение

Гипотеза: Реабилитация после пневмонии должна проводиться как можно раньше, комплексно и рационально, с учетом клинических особенностей заболевания, индивидуальных и психологических факторов. Чем раньше начнется реабилитация пациента, переболевшего пневмонией, тем короче срок выздоровления и меньше вероятность развития фиброза легких.

ГЛАВА 1. SARS-CoV-2

1.1. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

Коронавирусы (Coronaviridae) – это большое семейство РНК-содержащих вирусов, способных инфицировать как животных (их естественных хозяев), так и человека. У людей коронавирусы могут вызвать целый ряд заболеваний – от легких форм острой респираторной инфекции до тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС).

В настоящее время известно о циркуляции среди населения четырех коронавирусов (HCoV-229E, -OC43, -NL63 и -HKU1), которые круглогодично присутствуют в структуре ОРВИ, и, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей легкой и средней степени тяжести. В период с 2002 по 2004 гг. коронавирус SARS-CoV из рода Betacoronavirus (резервуар – летучие мыши, промежуточные хозяева – верблюды) впервые стал причиной развития эпидемии так называемой атипичной пневмонии – тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС или SARS) и подтвержденной причиной смерти 774 человек в 37 странах мира.

В настоящий момент SARS-CoV продолжает циркулировать и вызывать новые случаи заболевания. Новый коронавирус SARS-CoV-2 представляет собой одноцепочечный РНК-содержащий вирус, относится к семейству *Coronaviridae*, относится к линии Beta-CoV В. Вирус отнесен ко II группе патогенности, как и некоторые другие представители этого семейства (вирус SARS-CoV, MERS-CoV).

ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

2.1. Клинические проявления коронавирусной инфекции

- повышение температуры тела (> 90 %);
- кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80 % случаев;
- одышка (55 %);
- утомляемость (44%);
- ощущение заложенности в грудной клетке (> 20 %).

Инкубационный период составляет от 2 до 14 суток, в среднем 5–7 суток.

Для COVID-19 характерно наличие клинических симптомов острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ):

Наиболее тяжелая одышка развивается к 6–8-му дню от момента инфицирования .

Также могут отмечаться боль в горле, насморк, снижение обоняния и вкуса, признаки конъюнктивита, миалгия, головная боль, головокружение и усталость, диарея (3%), тошнота, рвота, сердцебиение, редко – кровохарканье и спутанность сознания .Данные симптомы в дебюте инфекции могут наблюдаться и при отсутствии повышения температуры тела.

В ретроспективном исследовании 214 госпитализированных пациентов с COVID-19 в Уханьской больнице 36,4% имели тот или иной тип неврологических проявлений, классифицированных как поражение ЦНС (24,8%), периферической нервной системы (10,7%) и опорно-двигательного аппарата (10,7%) .

Авторы описывают три возможных варианта развития неврологических нарушений: непосредственное поражение вирусом SARS-CoV-2 центральной и периферической нервной системы (головное головокружение, головная боль, помутнение сознания, атаксия и судороги, острые цереброваскулярные заболевания, острые некротизирующие (геморрагические) энцефалопатии (ОНЭ), ухудшение вкуса, ухудшение обоняния, ухудшение зрения и нейропатическая боль), изменение течения неврологических заболеваний на фоне инфекции, обусловленной вирусом SARS-CoV-2, особенно при развитии пневмонии и ТОРС и вовлечение в патологический процесс не только нижних дыхательных путей, но и дыхательного центра в стволе головного мозга на фоне развития дыхательной недостаточности .

В настоящее время имеется ряд клинических исследований, описывающих кожные сыпи при COVID-19: ангииты кожи, папуло-сквамозные сыпи и розовый лишай, кореподобные сыпи и инфекционные эритемы, папуло-везикулезные высыпания (по типу милиарии или эккринной потницы, токсидермии, крапивница,

артифициальные поражения (трофические изменения тканей).

2.2. Клинические варианты и проявления COVID-19:

- Острая респираторная вирусная инфекция (поражение только верхних отделов дыхательных путей);
- Пневмония без дыхательной недостаточности;
- Пневмония с ОДН;
- ОРДС;
- Сепсис;
- Септический (инфекционно-токсический) шок;
- Тромбозы;
- Тромбоэмболии;
- Гипоксемия (снижение SpO₂ менее 88 %) развивается более чем у 30 % пациентов .

2.3. Классификация COVID-19 по степени тяжести

У 80% пациентов с наличием клинических симптомов заболевание протекает в легкой форме ОРВИ. 20% подтвержденных случаев заболевания, зарегистрированных в КНР, были классифицированы органами здравоохранения КНР как тяжелые (15% тяжелых больных и 5% в крайне тяжелом состоянии). Средний возраст пациентов в КНР составил 51 год, наиболее тяжелые формы развивались у пациентов пожилого возраста (60 и более лет), среди заболевших пациентов часто отмечались такие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет (в 20% случаев), артериальная гипертензия (в 15% случаев), другие сердечно-сосудистые заболевания (15% случаев).

У пациентов старческого возраста может наблюдаться атипичная картина заболевания без лихорадки, кашля, одышки и не соответствовать тяжести заболевания и серьезности прогноза.

ГЛАВА 3. ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ

3.1. Анкетирование

С целью определения степени участия медицинской сестры в процессе реабилитации пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19) проведено анкетирование медицинских сестер работающих в ГУ «Управление здравоохранения Актюбинской области» ГКП «Актюбинская областная клиническая инфекционная больница» на ПХВ. А также анкетирование пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19). Цель анкетирования определить степень участия медицинской сестры в реабилитации пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19). Так же выяснить, путем опроса, мнение пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19) о участии медицинской сестры в их реабилитации.

В анкетировании и опросе участвовали 50 человек, из них медицинских сестер работающих в инфекционной больнице города Актобе 20 человек в возрасте от 21 года до 46 лет, пациенты с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19) проходившие лечение в инфекционной больнице города Актобе, в возрасте от 36 до 78 лет, в количестве 30 человек.

Анкетирование медицинских сестер.

1. Знаете ли Вы клинические особенности течения COVID-19 ?

1. Да

2. Нет

3. Затрудняюсь ответить

2. Знаете ли Вы Клинические варианты и проявления COVID-19?

1. Да

2. Нет

3. Затрудняюсь ответить

3. Знаете ли Вы основные принципы реабилитации пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19)?

1. Да

2. Нет

4. Известно ли Вам о том, что медицинская реабилитация обязательный компонент оказания медицинской помощи пациентам с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19)?

1. Да

2. Нет

5. Какими реабилитационными мероприятиями занимаетесь непосредственно Вы на своем рабочем месте с пациентами с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19)?

1. _____

2. _____

6. Проводите ли Вы консультирование пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19) о дальнейшей медицинской реабилитации после выписки из стационара ?

1. Перечислите

7. Какой процент рабочего времени уходит у Вас на реабилитационные мероприятия пациентов?

1. от 10 до 20%

2. от 20 до 30%

3. от 30 до 50%

4. от 50 до 80%

Опрос пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19) находящихся на лечении в инфекционном стационаре.

1. Как Вы думаете Вам нужна медицинская реабилитация?

1. Да

2. Нет

3. Затрудняюсь ответить

2. Какую реабилитацию проводят с Вами?

3. Кто из медицинских работников занимается с Вами реабилитационными мероприятиями?

4. Кто из медицинских работников объяснил Вам о дальнейшей реабилитации после выписки из стационара?

5. Если у Вас возникнут вопросы о дальнейшей реабилитации, о возможных отдаленных последствиях, мерах профилактики, к кому из медицинских работников Вам легче обратиться и кто по Вашему мнению готов уделить Вам больше времени в вопросах консультирования?

Результаты анкетирования:

I. Знаете ли Вы клинические особенности течения COVID-19 ?

1. Да

2. Нет

3. Затрудняюсь ответить



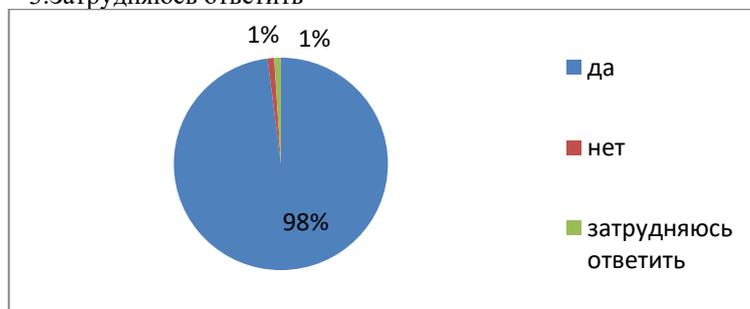
Вывод: 99% медицинских сестер знает клинические особенности течения COVID-19.

II. Знаете ли Вы Клинические варианты и проявления COVID-19?

1. Да

2. Нет

3. Затрудняюсь ответить

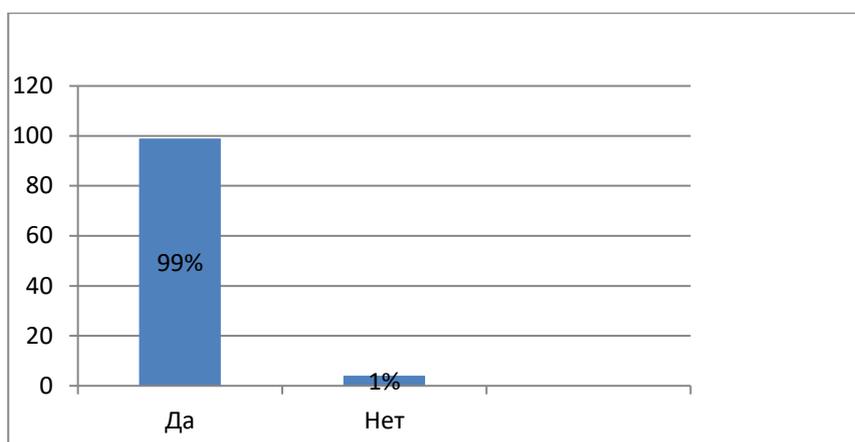


Вывод: в данной диаграмме мы видим, что основной процент анкетированных знают клинические варианты и проявления COVID-19.

III. Знаете ли Вы основные принципы реабилитации пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19)?

1. Да

2. Нет



Вывод: 99% медицинских сестер знают основные принципы реабилитации пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19).

IV. Известно ли Вам о том, что медицинская реабилитация обязательный компонент оказания медицинской помощи пациентам с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19)?

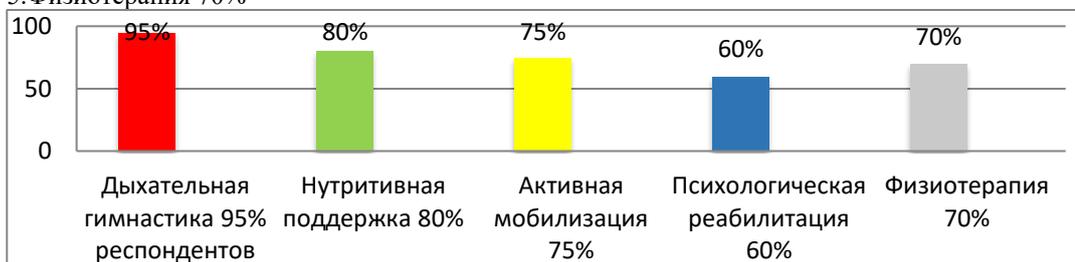
1. Да
2. Нет



Вывод: 100% - знают что медицинская реабилитация обязательный компонент оказания медицинской помощи пациентам с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19)

V. Какими реабилитационными мероприятиями занимаетесь непосредственно Вы на своем рабочем месте с пациентами с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19)?

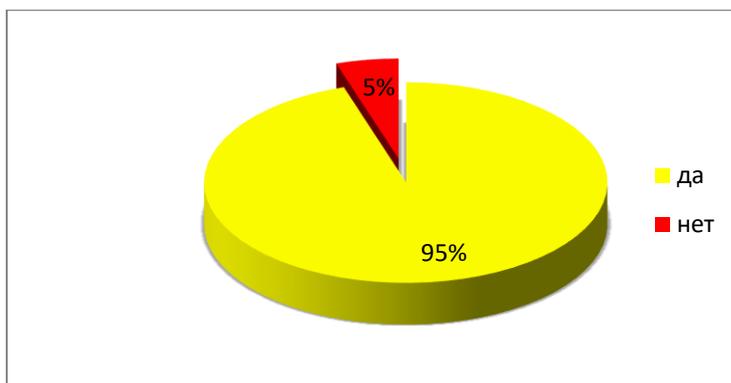
1. Дыхательная гимнастика 95%
2. Нутритивная поддержка 80%
3. Активная мобилизация 75%
4. Психологическая реабилитация 60%
5. Физиотерапия 70%



Вывод: 100% опрошенных медицинских сестер указали, что в процессе своей работы занимаются реабилитацией пациента. Из графика видно что процент реабилитационных мероприятий достаточно высок. Самое часто используемое это дыхательная гимнастика -95%, а вот психологической реабилитации пациентов уделяют внимание только 60% опрошенных

VI. Проводите ли Вы консультирование пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19) о дальнейшей медицинской реабилитации после выписки из стационара ?

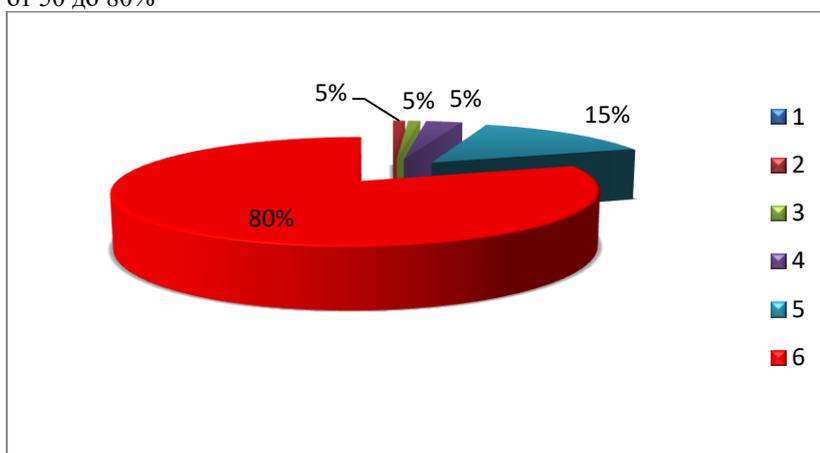
1. Да
2. Нет



Вывод: большинство опрошенных респондентов (95%) проводят консультирование пациентов о дальнейшей реабилитации после выписки из стационара.

VII. Какой процент рабочего времени уходит у Вас на реабилитационные мероприятия пациентов?

1. от 10 до 20%
2. от 20 до 30%
3. от 30 до 50%
4. от 50 до 80%



Вывод: большинство опрошенных респондентов 50% - 80% рабочего времени используют для проведения реабилитационных мероприятий с пациентами

3.2. Опрос пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19) находящихся на лечении в инфекционном стационаре.

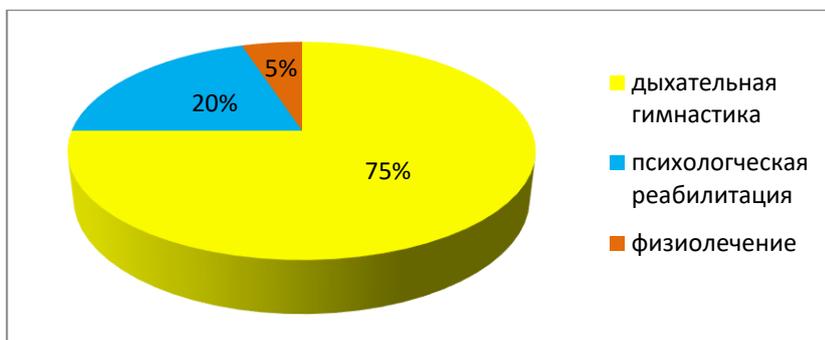
I. Как Вы думаете Вам нужна медицинская реабилитация и какая именно?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить



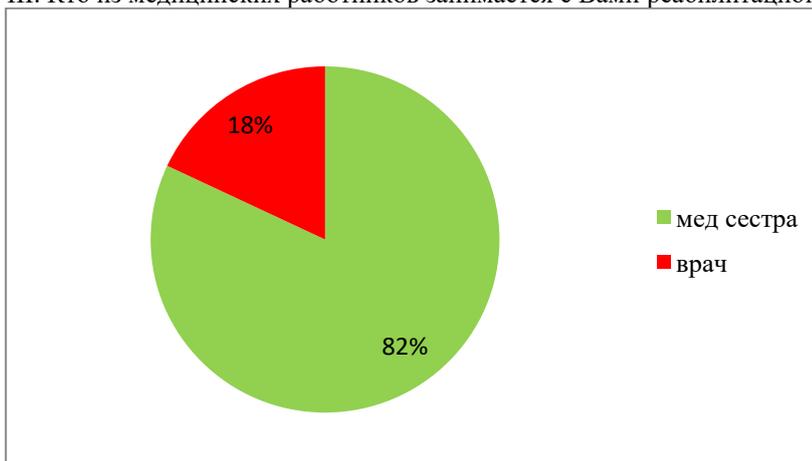
Вывод: 75% опрошенных пациентов считают, что ранняя реабилитация нужна. 10% считают, что в реабилитации нет необходимости, 15% затрудняются ответить.

II. Какие методы реабилитации проводимые в стационаре по Вашему мнению наиболее эффективные?



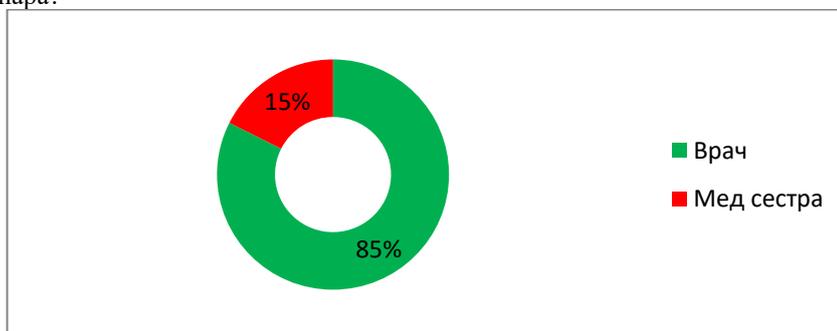
Вывод: 75% пациентов считают, что дыхательная гимнастика самый эффективный метод реабилитации.

III. Кто из медицинских работников занимается с Вами реабилитационными мероприятиями?



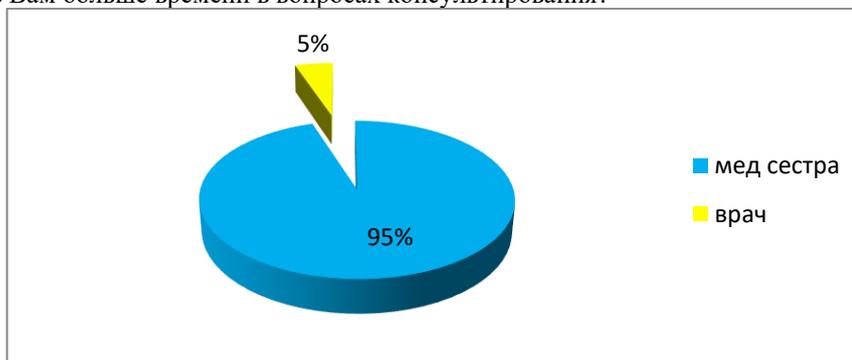
Вывод: больше всего по мнению опрошенных реабилитацией пациентов занимается мед сестра 82%

IV. Кто из медицинских работников объяснил Вам о дальнейшей реабилитации после выписки из стационара?



Выводы: По мнению респондентов 85% о дальнейшей реабилитации после выписки из стационара проводили консультирование медицинские сестры.

V. Если у Вас возникнут вопросы о дальнейшей реабилитации, о возможных отдаленных последствиях, мерах профилактики, к кому из медицинских работников Вам легче обратиться и кто по Вашему мнению готов уделить Вам больше времени в вопросах консультирования?



Выводы: Из графика видно, что 95% опрошенных пациентов считают, что консультированием по поводу дальнейшей реабилитации и отдаленным последствиям в большей мере занимаются медицинские сестры и пациентам легче обратиться с вопросами к мед сестрам, в виду их большей близости и доступности пациенту.

ВЫВОДЫ

- Изучена учебная и научная литература.
- Проведён анализ анкетирования медицинских сестер и пациентов.

Изучив теоретические вопросы (клиническую картину, осложнения, методы диагностики, особенности лечения, реабилитации, ухода и профилактики) проанализировав наблюдения из практики, делаем заключение, что цель данной дипломной работы достигнута.

Эффективность выздоровления и улучшение качества жизни пациентов зависит от оказания квалифицированной медицинской помощи, выполнения всех рекомендаций на всех ее этапах. Участие медицинских сестер в реабилитации пациентов отводится большая роль в профессиональной деятельности.

Проанализировав полученные статистические данные, можно утверждать, что большинство пациентов больше общаются с медицинскими сестрами по вопросам реабилитации, качества жизни и отдаленных последствиях. Большинство пациентов нуждаются в ранней реабилитации, не только физической, но и психологической. Проведенное исследование показало, что 95% пациентов считают наиболее эффективным методом ранней реабилитации- дыхательную гимнастику. Благодаря консультированию пациентов, снижается риск отдаленных последствий, осложнений, способствует возвращению к нормальному образу жизни.

Таким образом, развитие реабилитационного направления предоставляет большие возможности для улучшения здоровья населения, увеличения продолжительности жизни, а главное – экономически и социально активного периода жизни, восстановления трудоспособности и снижения процента возможных осложнений.

Рекомендации:

- Реабилитационные мероприятия пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19) начинать как можно раньше, еще в ОРИТ.
- Уделять больше внимания психо-эмоциональному состоянию больных пациентов с пневмонией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией (COVID-19).
- Реабилитационные мероприятия проводить в соответствии с регулярно обновляющимися протоколами лечения и рекомендациями по реабилитации.
- Проводить постоянное консультирование больных и их родственников о возможных осложнениях и отдаленных последствиях. А так же мерах профилактики.
- Рекомендовать после перенесенного заболевания соблюдать все рекомендации данные пациенту, соблюдать диету, вовремя принимать назначенные врачом лекарственные препараты, пройти курс необходимой реабилитации.
- Своевременно проводить диагностические мероприятия и консультации.
- Медицинским сестрам больше внимания уделять психологической реабилитации пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования и написания работы выявлено, что в течение нескольких недель после выздоровления могут сохраняться такие остаточные явления, как:

- одышка,
- остаточный сухой кашель без температуры,
- синдром астении,
- развитие фиброза легких,
- обострение хронических заболеваний.

По данным авторов Се и др. (2020г.) у 45% пациентов появились признаки легочного фиброза в течение одного месяца после заражения. Шенхи и соавт., Хэйл и соав. (2020г.) обнаружили, что фиброз легких развивается через 3 и 6 месяцев у 36% и 30% пациентов. Предполагается, что фиброз станет одним из серьезных осложнений у пациентов с инфекцией nCoV-19.

Кроме вышеперечисленных симптомов, пациенты с подтвержденным инфицированием COVID-19 нередко демонстрируют признаки депрессии, которые проявляются сожалением, негодованием, одиночеством, беспомощностью, тревожностью, раздражительностью и нарушением сна. У некоторых пациентов возможны панические атаки.

Оценка психологического состояния в изолированных боксах показывает, что примерно у 48% пациентов с подтвержденным случаем коронавируса наблюдался психологический стресс на ранней стадии госпитализации, в большей степени как эмоциональная реакция на стресс. Среди пациентов в критическом состоянии часты случаи бреда. Зафиксирован даже случай энцефалита, спровоцированный COVID-19, который привел к таким психологическим симптомам, как отсутствие сознания и раздражительность.

Вследствие того, что коронавирусная инфекция может привести к серьезному повреждению легких с развитием пневмонии, осложненной фиброзом с дыхательной недостаточностью, а также нарушениям в психологическом состоянии пациентов, существует необходимость разработки и осуществления ранних реабилитационных мероприятий, начиная с уровня стационара с последующим переходом на амбулаторный поликлинический этап, заканчивая проведением эффективной диспансеризации.

Медицинская реабилитация должна стать обязательным компонентом оказания медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19 с целью обеспечения мероприятий по профилактике развития осложнений, вторичной профилактике и улучшению качества их жизни. Мероприятия по организации помощи этой категории пациентов должны включать все компоненты реабилитационной помощи в соответствии с действующими нормативными документами Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Медицинские сестры участвующие непосредственно в медицинской реабилитации играют ключевую роль в оказании помощи людям в восстановлении после тяжелого заболевания, связанного с COVID-19, в оптимизации жизненно важных функций и содействии реинтеграции пациентов в сообщество.

Литература

1. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 6 (28.04.2020)» (утв. Минздравом России). [Vremennye metodicheskie rekomendacii "Profi laktika, diagnostika i lechenie novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19). Versija 6 28.04.2020"] (utv.Minzdravom Rossii). (In Russ.).
2. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
3. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med.* 2020;8(5):475–481. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5.
4. Levy J, Leotard A, Lawrence C, et al. A model for a ventilator-weaning and early rehabilitation unit to deal with post-ICU impairments with severe COVID-19. *Ann Phys Rehabil Med.* 2020;S1877-0657(20)30077-4. doi: 10.1016/j.rehab.2020.04.002
5. Negrini S, Ferriero G, Kiekens C, Boldrini P. Facing in real time the challenges of the Covid-19 epidemic for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2020. doi: 10.23736/S1973-9087.20.06286-3.
6. Simpson R, Robinson L. Rehabilitation following critical illness in people with COVID-19 infection. *Am J Phys Med Rehabil.* 2020;99(6):470–474. doi: 10.1097/PHM.0000000000001443.

ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ПОВЫШЕНИЕ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ И В ВЕДЕНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА, ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ)

*Шатерникова В.А.,
обучающаяся 2 курса «Сестринского дела» прикладной бакалавр.*

Научные руководители:

Дементиевская Н.В.,

Есказина Г.Т.,

преподаватели специальных дисциплин,

АВМК имени героя Советского Союза М.Маметовой, г. Актобе, Казахстан

Аннотация: От ССЗ умерло 17,9 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. 85% этих смертей произошло в результате сердечного приступа и инсульта. В докладе представлен тематический план «Школы здоровья» для проведения вторичной профилактики здоровья.

Ключевые слова: профилактика, здоровье, заболевания, лечение, пациент.

Профилактика

Для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними ВОЗ определила ряд «наиболее выгодных» или высокоэффективных с точки зрения затрат мероприятий, практически осуществимых даже в условиях низкой обеспеченности ресурсами.

Для вторичной профилактики ССЗ у лиц с уже имеющимся заболеванием существуют Школы здоровья направленные на профилактику и эффективность лечения ССЗ.

На занятиях кружка «Денсаулык», был разработан и внедрен в работу Поликлиники №5 города Актобе программа школы здоровья, с указанием целей, задач, также был составлен тематический план занятий.

Школа здоровья

Программа обучения в школе рассчитана на цикл занятий, который может повторяться в течение года 2–3 раза. Один цикл состоит из 5 занятий в форме теоретическо-практических продолжительностью 60 мин, и которые проводятся 2–4 раза в месяц в фиксированные дни недели, в пределах времени, планируемого для организационно-методической и санитарно-просветительной работы врача. Оптимальное количество слушателей в группе — 10–15 человек. Форма приглашения: индивидуальное устное приглашение.

Цель: улучшение результатов лечения, достижение длительной ремиссии больных сердечно-сосудистых заболеваний, профилактика осложнений, профилактика инвалидности, психологическая адаптация к жизни среди здоровых людей, повышение качества жизни больных.

Задачи школы здоровья:

Повышение информированности пациентов о заболевании и его факторах риска; повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья; формирование рационального и активного отношения пациента к заболеванию, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача; формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья

Ожидаемые результаты:

Снижение активности заболевания, достижение ремиссии, восстановление функционального и двигательного статуса, сохранение объема повседневной бытовой деятельности, способности к самообслуживанию и профессиональному труду, улучшение качества жизни.

Тематический план занятий в «Школе больных сердечно-сосудистых заболеваний».

1. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Клиника. Реабилитация. Общие принципы медикаментозного лечения. Дневник самонаблюдения, правила его ведения.

2. Немедикаментозные методы лечения: особенности питания больных с хронической сердечной недостаточностью физиотерапия больных.

3. Немедикаментозные методы лечения (продолжение): лечебная физкультура;

4. Методики аутотренинга и релаксации.

5. Психосоциальные аспекты ХСН.

Занятие 1 ХСН. Клиника. Реабилитация. Общие принципы медикаментозного лечения. Дневник самонаблюдения, правила его ведения (представлены основные моменты занятия).

План занятия:

1. Клинические проявления болезни.

2. Общие принципы медикаментозного лечения.

3. Понятия о методах реабилитации при ХСН.

4. Знакомство с дневником самонаблюдения.

Правила ведения дневника.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) - это комплекс хронически существующих признаков, которые развиваются вследствие снижения сократительной функции сердца.

Пациента беспокоят:

1. Одышка, сначала только при физической нагрузке, в дальнейшем в состоянии покоя.

2. Синюшность носогубного треугольника, кончиков пальцев.

3. Отеки ног, которые появляются в вечернее время и проходят к утру.

4. Увеличение объема живота из-за скопления в нем жидкости (асцит).

5. Признаки нарушения работы печени, почек, ЦНС.

Медикаментозное лечение ХСН.

В настоящее время в качестве основных средств для длительного лечения больных с ХСН рекомендуется использовать 4 группы лекарственных препаратов: Ингибиторы АПФ. Петлевые и тиазидные диуретики. Бета-адреноблокаторы. Сердечные гликозиды.

Методы реабилитации.

В период обострения ХСН реабилитационные мероприятия направлены на уменьшение боли и отеков, применяя разные методы физикальной медицины, сохранение физической активности и отказ от вредных привычек (курение, алкоголь).

Презентовать слушателям школы дневник самоконтроля. Научить правильно, заполнять дневник

Практическая часть: заполнить 1 день дневника под руководством медицинской сестры.

Занятие 2. Немедикаментозные методы лечения: особенности питания больных ХСН, физиотерапия больных. (Представлены основные моменты занятия)

Раздаточный материал: буклет по теме занятия.

План занятия:

1. Немедикаментозные методы лечения.

2. Основные принципы диетотерапии при ХСН.

3. Понятия о методах физиотерапии больных ХСН.

Основные принципы диетотерапии

Больным с ХСН противопоказано жареное, копченое, соленое, жирные сорта мяса, крепкий чай и кофе, алкоголь.

Разрешено включать в рацион: хлеб пшеничный; вегетарианские супы; нежирные сорта мяса; отварная рыба; маложирное молоко, кисломолочные напитки, творог; яйца 3-4 штуки в неделю.

Понятия о методах физиотерапии больных при ХСН.

Больному ХСН могут быть назначены следующие методы физиолечения: оксигенотерапия, кислородные ванны, воздушные ванны, озоновые ванны и т.д.

Занятие 3. Немедикаментозные методы лечения (продолжение): лечебная физкультура (представлены основные моменты занятия)

План занятия:

1. Польза лечебной физкультуры;

2. Основные принципы ЛФК при ХСН.

Лечебная физкультура

ЛФК проводится индивидуальным методом в палате длительностью по 15 мин. Выполняются активные упражнения для мелких и средних мышц в медленном темпе, пассивные – для крупных из облегченных исходных положений.

Практическая часть: слушатели школы здоровья под руководством мед сестры осваивают комплекс упражнений.

Занятие 4. Методики аутотренинга и релаксации (представлены основные моменты занятия)

Раздаточный материал: буклет по теме занятия.

План занятия:

1. Мероприятия, позволяющие снизить стресс (методы психотерапии).

2. Ознакомление с основными методиками релаксации (расслабления).

3. Методы терапии нарушения сна.

Практическая часть. Одним из методов психотерапии, который может и должен освоить практически каждый больной при ХСН для того, чтобы использовать его в повседневной жизни с целью релаксации (расслабления).

Занятие 6. Консультирование по вопросам психосоциальной реабилитации больных при ХСН. (Представлены основные моменты занятия). На занятие приглашается психотерапевт поликлиники и социальный работник.

Раздаточный материал: буклет по теме занятия

План занятия:

1. Основы психосоциальной реабилитации.

2. Консультирование в вопросах получения инвалидности, получения бесплатных лекарственных препаратов, возможности получения санаторно-курортного лечения, получение высокотехнологичного лечения по квоте.

3. Управление болью.

Практическая часть: беседа с психологом, консультирование социального работника.

Заключение

Подводя итоги по теме профилактики ССЗ, хочется отметить, что каждый человек имеет полное право быть здоровым. ХСН может поразить человека любого возраста. Кардиологическая дисфункция проявляется отёками, одышкой и снижением переносимости физических нагрузок. Для предупреждения заболевания стоит придерживаться правильного образа жизни.

Литература

1. Клиническое сестринское руководство по ХСН.

2. Электронный ресурс: <https://www.who.int> > cardiovascular_diseases

Направление конференции – Лечение пациентов хирургического профиля

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Байбосынова А.С.,
обучающаяся 2 курса.
Научный руководитель
Сазанбаева А.А.,
преподаватель,
«РВМК», г. Алматы*

Хирургия (от греч. cheir — рука, ergon — работа) — одна из ведущих специальностей медицины, изучающая заболевания, основной метод лечения которых — операция, разрабатывающая приемы, методы и технику их выполнения. Хирургия — древнейшая медицинская специальность наряду с терапией и акушерством.

Основные виды хирургической патологии. Хирургические заболевания разделяют на следующие группы.

- Пороки развития и уродства.
- Повреждения (травмы).
- Хирургическая инфекция.
- Опухоли.
- Смежные заболевания.

Пациентов с этими заболеваниями лечат как терапевты, так и хирурги, в зависимости от стадии болезни и/или наличия осложнений.

Например, пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки лечат терапевты, а с ее осложнениями (перфорацией, гастродуоденальным кровотечением, стенозом привратника) — хирурги.

1. Предупреждение инфекционных осложнений в хирургии. Асептика, общие вопросы. Стерилизация. Обработка рук хирурга.

1. Асептика

Асептика представляет собой комплекс мер, направленных на предупреждение загрязнения операционной раны микроорганизмами. Принципы асептики осуществляются с помощью различных методов: химических, физических, биологических. Принципы асептики должны соблюдаться тщательно и неукоснительно, начиная с первого контакта больного с врачом в приемном отделении, с врачом скорой помощи. Врачи первого контакта, сталкиваясь с ранениями и травмами, должны оказать первую медицинскую помощь и как можно быстрее доставить больного в стационар. Для предупреждения попадания в рану инфекции на нее сразу же накладывается стерильная марлевая повязка. В хирургическом стационаре принципы асептики обеспечиваются правильной организацией работы персонала, правильной планировкой отделений, тщательной теоретической подготовкой по данному вопросу. Основной задачей асептики в хирургическом стационаре является недопущение попадания в рану микробных агентов. Все контактирующие с раной инструменты, ткани, материалы, руки хирурга должны быть стерильными. Помимо предупреждения подобного пути попадания инфекции в рану, необходимо предупредить воздушно-капельный путь передачи инфекции. Одним из основных моментов является организация работы стационара. В каждом хирургическом стационаре выделяют различные отделения в соответствии со специализацией. К таким отделениям относят торакальное, урологическое, отделение кардиохирургии и т. п. Обязательно имеется отделение гнойной хирургии. Это отделение должно быть изолированным от других отделений, медицинский персонал, сами больные не должны контактировать с больными из других отделений. Если же такого отделения в стационаре не предусмотрено, в отделении должны быть отдельные операционные, манипуляционные, перевязочные для больных гнойно-воспалительными заболеваниями. Врачи, медицинские сестры, материалы и инструменты, а также палаты для таких больных должны быть обособлены от остальных пациентов. Помимо этого, известно, что содержание микроорганизмов в воздухе операционной в течение дня значительно увеличивается, поэтому крайне важно при работе в операционной переодеваться в стерильную одежду, использовать стерильные марлевые маски, шапочки, полностью ограничивая любую возможность попадания микроорганизмов в рану. Особенно важно соблюдать эти правила студентам, наблюдающим за ходом операции непосредственно возле операционного поля.

2. Стерилизация

Это метод, направленный на устранение живых микроорганизмов и их спор с поверхности материалов, инструментов и иных предметов, вступающих в контакт с раневой поверхностью до, после и во время операционного вмешательства. Стерилизации должны быть подвергнуты перевязочный материал, белье, шовный материал, резиновые перчатки (некоторые несложные амбулаторные манипуляции, например забор крови на анализ, могут проводиться в одноразовых стерильных перчатках), инструментарий. Различают следующие методы стерилизации:

1. Кипячение (длительность его зависит от вида загрязнения).
2. Обработка текучим паром или паром, подаваемым под давлением в специальном аппарате – автоклаве

(для стерилизации загрязненного перевязочного материала, белья, халатов, бахил). Контроль над температурой в нем осуществляется различными методами. Одним из таких методов является помещение в бикс пробирок, содержащих вещества, температура плавления которых соответствует или несколько ниже необходимой температуры в стерилизационном аппарате. Плавление этих веществ свидетельствует о достижении необходимой для стерилизации температуры.

3. Бактерицидное действие ультрафиолетового излучения (для обеззараживания воздуха операционных, перевязочных и манипуляционных). Бактерицидные лампы включаются в конце рабочего дня после уборки помещения на 3 ч, а если в течение дня отмечается большой поток больных, целесообразно проводить обработку лампами и в течение дня.

4. Обработка рук хирурга по способу Спасокукоцкого — Кочергина.

Обработка рук является одним из важнейших методов асептики, позволяющим полностью предотвратить доступ микроорганизмов к операционному полю. Перед обработкой рук по этому способу необходимо вымыть руки с мылом и щеткой. Руки хирурга тщательно намыливают с помощью щетки в определенном направлении. Начинают обрабатывать руки с проксимальных фаланг пальцев, вначале их ладонную, а затем тыльную поверхность. Тщательно обрабатывают каждый палец и межпальцевые промежутки, соблюдая указанную последовательность. Затем моют запястье: вначале с ладонной, затем с тыльной стороны. В такой же последовательности обрабатывают предплечье. Первой моют левую руку, затем по такому же принципу правую. Это позволяет очистить кожу рук от загрязнений, полученных в течение дня при профессиональной и бытовой деятельности. В дальнейшем обработка кожи рук производится по специальной методике. Первый этап включает в себя обработку рук в 0,5%-ном растворе нашатырного спирта. Последовательность обработки рук хирурга должна тщательно соблюдаться. Раствор нашатырного спирта помещают в два таза, в каждом из которых последовательно по описанной методике обрабатывают руки в течение 3 мин: вначале в одном тазу, а затем в течение такого же времени – в другом. После этого руки промокают стерильной салфеткой, а затем вытирают насухо. Второй этап – обработка рук в такой же последовательности 96%-ным спиртовым раствором в течение 4–5 мин. После этого хирург надевает стерильные перчатки, после чего он может касаться только операционного поля. Особое внимание уделяется обработке рук хирурга, работающего в отделении гнойной хирургии. Контроль за стерильностью должен быть особенно тщательным, для чего необходимо производить обработку рук не только до операционного вмешательства, но и после осмотра гнойной раны, манипуляций в ней, перевязок. Для этого руки обрабатывают по указанной методике марлевыми тампонами, смоченными этиловым 70%-ным спиртом, в течение 3 мин.

Предупреждение инфекционных осложнений в хирургии.

Антисептика и ее виды. Механическая, химическая, физическая, биологическая антисептика.

1. Механическая антисептика

Антисептика представляет собой совокупность химических, физических, биологических и иных мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов в организме больного или в ране.

Механическая антисептика. Этот метод основан на удалении из раны микроорганизмов механическим способом. Основная манипуляция, направленная на достижение этой цели, — это первичная хирургическая обработка раны. Она должна проводиться всем больным и в самые кратчайшие сроки. Это позволяет значительно очистить рану от микроорганизмов и предотвратить гнойные осложнения раны. Первичная хирургическая обработка заключается в следующем. Вначале кожные покровы вокруг раны очищают антисептиком, производят местное обезболивание, затем удаляют из раны все остатки нежизнеспособных тканей, обломки костей, инородные тела, осколки ранящих снарядов, поверхностно застрявшие пули, щепки, удаляют со дна и краев раны тканевой детрит. Рану осушают стерильным ватным тампоном и промывают раствором антисептика. Края раны экономно иссекают, удаляя все нежизнеспособные ткани. Осматривая дно раны, устанавливают, имеется ли повреждение сосудов, нервных стволов, мышц. При наличии повреждения оценивают его степень и, если сосуд не подлежит восстановлению, производят перевязку сосуда в ране. Если же повреждение не столь значительно, выполняют сосудистый шов, восстанавливая его целостность. Аналогично производят восстановление нервных стволов, накладывают первичный шов нерва и сшивают края мышц. Если же первичная обработка раны произведена своевременно (не позже 24 ч после ранения) и вероятность осложнений незначительна, шов накладывают сразу после нее. Это первичный шов. Первично отсроченный шов накладывается на рану, если после получения ранения до проведения хирургической обработки прошло более 24 ч. В этом случае швы накладывают после хирургической обработки раны, но затягивают только через 5 дней, когда вероятность гнойных осложнений минимальна, но до появления грануляций. Если в ране уже имеются признаки, позволяющие заподозрить вероятность развития инфекции (поздно произведенная хирургическая обработка раны, дряблые края или серовато-розовый цвет дна раны), рану оставляют открытой и накладывают шов только после появления первых грануляций. Это вторично отсроченный шов.

Физические методы антисептики основаны на применении физических методов для уменьшения микробной контаминации раны. К подобным способам относят установку дренажей. Известно, что главнейшим условием для излечения от гнойной инфекции является удаление из очага гнойного экссудата. Это значительно уменьшает длительность периода выздоровления. Максимальная часть содержимого удаляется во время оперативного вмешательства, но, поскольку процесс воспаления не может остановиться одномоментно, в течение определенного времени в ране скапливается небольшое количество отделяемого. Выздоровление произойдет тем быстрее, чем правильнее установлены дренажи в ране. Основным правилом гнойной хирургии является создание

двух разрезов – апертуры и контрапертуры. Первый разрез создается в месте наличия флюктуации, а другой (их может быть несколько) создается в нижнем отделе раны – для наилучшего оттока со дна раны. Дренажи представляют собой резиновые полоски различного размера (в соответствии с размером раны), устанавливающиеся в разрезы. В некоторых случаях (например, при эмпиеме плевры) дренаж в виде прозрачной полиэтиленовой трубки присоединяется к специальному прозрачному стеклянному сосуду с мерными делениями, что позволяет судить о количестве и характере отделяемого, о выраженности воспалительного процесса, качестве и эффективности лечения. Широко известен метод механической антисептики, названный тампоном Микулича. Суть этого метода состоит в создании более благоприятных условий для удаления из раны дренирующих тампонов. Это улучшает отток содержимого и способствует более аккуратному удалению тампонов из раны. Для создания тампона Микулича необходимо к стерильной многослойной марлевой салфетке пришить нить. Образовавшуюся нишу заполняют стерильными ватными тампонами, которые необходимо своевременно удалять во избежание ухудшения эффективности оттока содержимого. Салфетку необходимо своевременно заменять.

2. Физическая антисептика

Физическим методом считается воздействие на рану ультрафиолетового спектра излучения, оказывающего бактерицидное воздействие на область раны. В некоторых случаях на рану накладываются асептические марлевые повязки, обеспечивающие отток содержимого раны. Эффективность метода значительно повышается, если марлевая повязка пропитана гипертоническим раствором хлорида натрия. По градиенту концентрации отделяемое из раны (совместно с детритом) поступает в повязку, тем самым значительно улучшается дренаж раны.

3. Химическая антисептика

Химические методы антисептики представлены разнообразными химическими веществами, губительно действующими на рост и размножение бактерий. К таким веществам относятся, например, сульфаниламидные препараты. Широко распространено в гнойной хирургии применение перекиси водорода в качестве антисептика. Механизм его действия смешанный. Так, попадание перекиси водорода в рану и выделение кислорода в виде обильной пены, состоящей из мелких пузырьков, с одной стороны, оказывают неблагоприятное воздействие на микроорганизмы и вызывают их гибель, с другой стороны, способствуют механическому удалению гнойного содержимого и тканевого детрита из гнойной раны.

4. Биологическая антисептика

Биологические методы антисептики – в настоящее время самая обширная эффективная группа антисептических методов. Это и антибиотики – химические препараты, воздействующие бактерицидно и бактериостатически, причем в настоящее время акцент направлен на разработку антибиотиков, обладающих максимальной эффективностью и минимальными побочными эффектами. На ранних этапах заболевания до верификации микробов возбудителей могут быть применены антибиотики широкого спектра действия. Кроме этого, в эту группу средств входят бактериофаги, сыворотки и анатоксины. Способы воздействия антисептических препаратов достаточно разнообразны. Так, широко распространены мази с использованием антисептических препаратов, сульфаниламидов, антибиотиков.

№ 3. Особенности хирургического лечения

1. Этапы хирургического лечения. Предоперационный этап.

Лечение хирургических заболеваний четко подразделяется на такие три этапа, как: предоперационный период, непосредственно оперативное вмешательство и послеоперационный период. Предоперационный период начинается с момента поступления больного на стационарное лечение (в плановой хирургии часть мероприятий может проводиться на амбулаторном этапе) и заканчивается к моменту начала непосредственно операции. Сам предоперационный период складывается из двух блоков, которые нередко (особенно в экстренной хирургии) невозможно разделить по времени. Это блок диагностических и блок подготовительных мероприятий. Во время диагностического этапа предоперационного периода должны быть достигнуты следующие цели: необходимо уточнить диагноз основного заболевания, наиболее полно собрать сведения о сопутствующих заболеваниях, выяснить функциональные возможности органов и систем пациента, определиться с тактикой ведения больного, при необходимости операции четко сформулировать показания к ней, определиться с необходимым объемом предстоящего оперативного вмешательства. Подготовительный блок включает в себя следующие мероприятия: консервативные методы лечения основного заболевания, коррекцию нарушенных функций организма, направленных на подготовку к операции, непосредственную подготовку к операции (премедикацию, бритье и т.д.). Чтобы наиболее полно выполнить все требования обследования больного на диагностическом этапе, необходимо придерживаться определенного алгоритма.

Провести и пройти:

1) предварительное обследование (подвергаются тщательному анализу жалобы, история жизни и болезни, которую у хронических больных прослеживают с момента начала заболевания, а у экстренных больных – с начала настоящего приступа);

2) полное физикальное обследование больного (пальпацию, перкуссию, аускультацию по всем требованиям);

3) необходимый минимум специальных методов обследования: биохимическое исследование крови и мочи, определение группы крови и Rh-фактора, времени свертывания крови и коагулограмму, осмотр стоматолога, ЛОР-врача, консультацию терапевта, уролога – для мужчин, гинеколога – для женщин, всем

больным старше 40 лет – ЭКГ. При плановом лечении возможны также дополнительные исследования (с целью уточнения наличия сопутствующих заболеваний). Длительность предоперационного периода может варьироваться в очень широких пределах – от нескольких минут до нескольких месяцев (в зависимости от срочности оперативного вмешательства). В последние годы наметилась тенденция к сокращению предоперационного вмешательства. В связи с высокой стоимостью дня пребывания больного в стационаре большинство мероприятий диагностического блока при плановых операциях проводят на амбулаторном этапе. Развивается даже целое направление амбулаторной хирургии, но об этом ниже. Итогом предоперационного периода является написание предоперационного эпикриза, в котором должны быть отражены следующие основные моменты: обоснование диагноза показания к предполагаемому оперативному вмешательству и его объем, предполагаемое обезболивание и обязательно документально зафиксированное согласие больного на операцию.

2. Подготовка к оперативному вмешательству

Здесь будут отражены только основные моменты предоперационной подготовки, которая обязательна при всех плановых оперативных вмешательствах. К совокупности этих мероприятий добавляются некоторые специальные методы (такие как метаболическая коррекция при операциях по поводу тиреотоксического зоба, подготовка толстого кишечника при колопроктологических операциях).

Подготовка нервной системы. Пациент априори рассматривается как находящийся в состоянии невроза. Каким бы сильным и волевым ни был человек, он все время возвращается в мыслях к предстоящей операции. Он утомлен предшествующими страданиями, нередко наблюдается возбуждение, но чаще депрессия, подавленность, повышенная раздражительность, плохой аппетит и сон. Для нивелирования отрицательных моментов этого состояния можно применить медикаментозную подготовку (применение легких анксиолитиков и транквилизаторов), необходимо четко соблюдать все правила и требования деонтологии, а также подобающим образом организовать работу планового хирургического отделения (еще не прооперированные больные должны быть помещены отдельно от уже перенесших оперативное вмешательство).

Подготовка кардиореспираторной системы. При нормальной деятельности сердечнососудистой системы специальной подготовки не требуется, а вот правильно дышать – необходимый для пациента навык, особенно если предполагается оперативное вмешательство на грудной клетке. Это в дальнейшем уберезет пациента от возможных воспалительных осложнений. Если же имеются какие-либо заболевания дыхательных путей, этому необходимо уделить большое внимание. В острой стадии хронической болезни или при острых заболеваниях (бронхите, трахеите, пневмонии) плановая операция противопоказана. При необходимости назначаются отхаркивающие препараты, микстуры, антибиотикотерапия. Этому придается большое значение, поскольку госпитальная пневмония способна порой свести на нет труды всей бригады хирургов.

Если у пациента имеются небольшие функциональные изменения в деятельности сердечно-сосудистой системы, необходима их коррекция (прием спазмолитиков, бета-адреноблокаторов, препаратов, улучшающих метаболизм сердечной мышцы.). При тяжелой органической патологии сердечно-сосудистой системы необходимо лечение терапевта до максимально возможной компенсации нарушенных функций организма. Затем проводится комплексное исследование, по его результатам делается заключение о возможности операции в данном случае. Значительный процент в настоящее время отводится тромбоэмболическим осложнениям. Поэтому всем больным необходимо исследовать свертывающую систему крови, а лицам, имеющим риск возникновения тромбоэмболии, проводить ее профилактику (применять гепарин и его препараты, а также аспирин). Группы повышенного риска – больные с варикозным расширением вен, ожирением, онкологические больные, имеющие нарушение свертывающей системы крови, вынужденные длительное время проводить в постели. Нередко лица, которые готовятся к плановой операции, имеют анемию (гемоглобин снижен до 60—70 г/л.). Необходима коррекция этих нарушений, поскольку может наблюдаться замедление регенерации. Подготовка пищеварительной системы. Санация полости рта для ликвидации очагов дремлющей инфекции, которая может привести к стоматиту и паротиту. Санация толстой кишки перед операцией над ней, которая включает в себя механическую очистку и химиотерапевтическое подавление микрофлоры. Непосредственно до операции налагается запрет «ничего внутрь», что подразумевает лишение больного пищи и воды с самого утра в день операции. За 12 ч до операции, если не выполняется специальная подготовка кишечника, необходима клизма. Слабительные препараты стараются не назначать. Для повышения устойчивости организма к оперативному стрессу необходимо позаботиться о метаболической защите печени и повысить в ней запасы гликогена. Для этого используются вливания концентрированных растворов глюкозы с витаминами (аскорбиновой кислотой, группы В). Применяются также метионин, адеметионин и эссенциале.

Подготовка мочевыделительной системы. Перед операцией проводится обязательное исследование функции почек, поскольку после операции им придется столкнуться с повышенными требованиями (массивной инфузионной терапией, включающей в себя введение солевых и коллоидных растворов, растворов глюкозы, препаратов и компонентов крови, лекарственных средств).

Подготовка к экстренной операции. Экстренные операции необходимы при травмах (повреждениях мягких тканей, переломах костей) и острой хирургической патологии (аппендиците, холецистите, осложненных язвах, ущемленных грыжах, кишечной непроходимости, перитоните).

Подготовка к экстренной операции коренным образом отличается от подготовки к плановому вмешательству. Здесь хирург крайне ограничен во времени. При этих операциях длительность подготовки определяется тем тактическим алгоритмом, который выбрал оперирующий хирург. Характер подготовки тоже

может отличаться при различных заболеваниях, но все-таки общие моменты есть. Клизм при экстренных операциях обычно не делают, чтобы не терять времени. Содержимое желудка выводят с помощью зонда. Премедикация проводится так быстро, как только можно. Подготовку операционного поля проводят по пути в операционную.

Подготовка к операции пожилых людей. Проводится по тем же принципам, что и подготовка других категорий пациентов. Необходимо только учитывать тяжесть сопутствующей патологии и проводить коррекцию имеющихся нарушений с помощью терапевта и анестезиолога. Объем предстоящего оперативного вмешательства выбирается в соответствии с общесоматическим состоянием пациента и способностью его перенести предполагаемое обезболивание.

Подготовка к операции пациентов детского возраста. Предоперационную подготовку в этом случае стараются свести к минимуму. Все исследования, которые возможно провести вне стационара, проводят амбулаторно. Следует помнить, что у детей более рыхлая слизистая оболочка бронхов, это делает их более предрасположенными к возникновению инфекций дыхательных путей (бронхиту, пневмонии).

3. Послеоперационный период

Этот период во многом определяет дальнейшее качество жизни пациента, поскольку от его течения (осложненный он или неосложненный) зависят сроки и полнота выздоровления. Во время этого периода происходит адаптация организма пациента к новым анатомофизиологическим отношениям, которые были созданы операцией. Не всегда этот период проходит гладко.

По времени выделяют:

- 1) ранний послеоперационный период (с момента окончания операции до 7 суток);
- 2) поздний послеоперационный период (после 10 суток).

Длительность послеоперационного периода может варьироваться у разных пациентов даже при однотипных операциях. Все дело в индивидуальных качествах организма пациента и особенности его реакции на стресс. Это объясняет концепция Селье, который расценивал оперативную травму как сильнейший стресс, который вызывает развитие общего адаптационного синдрома (ОАС). Первая стадия ОАС, или стадия тревоги (при рассмотрении послеоперационного периода она носит название катаболической фазы), длится в среднем (в зависимости от тяжести оперативного вмешательства) от 1 до 3 суток. Стресс вызывает активацию симпатoadреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем. Это приводит к повышению секреции глюкокортикоидных гормонов, которые вызывают много различных эффектов. Это раздражение центральной нервной системы (гипотермия, гипотония, депрессия, миоплегия), повышение проницаемости клеточных мембран, активация катаболических процессов и (как следствие) развитие дистрофии, отрицательного азотистого баланса. Фаза резистентности, или анаболическая фаза, длится до 15 суток. В эту фазу начинают преобладать процессы анаболизма. Происходит нормализация артериального давления и температуры тела, повышаются и восстанавливаются энергетические и пластические резервы организма. Идет активный синтез белка, активизируются репаративные процессы.

Некоторые авторы выделяют еще и фазу обратного развития, т. е. Восстановления нарушенных за время катаболической фазы функций организма. Но эту точку зрения разделяют отнюдь не все. Анаболическая фаза плавно переходит в фазу реконвалесценции, или, как ее еще называют, фазу восстановления массы тела.

Для гладкого течения послеоперационного периода крайне важно, чтобы первая фаза не затягивалась, поскольку при этом преобладают процессы катаболизма, нарушается регенерация, что открывает путь осложнениям.

Лабораторная диагностика подобных нарушений:

- 1) в связи с отрицательным балансом калия повышается его содержание в моче, снижается его концентрация в крови;
- 2) в связи с распадом белка происходит повышение азотистых оснований в крови;
- 3) наблюдается снижение диуреза.

В раннем послеоперационном периоде больного беспокоят, как правило, боли в области оперативного вмешательства, общая слабость, нарушение аппетита и нередко тошнота, особенно после вмешательств на органах брюшной полости, жажда, вздутие живота и метеоризм (хотя чаще наблюдается нарушение отхождения газов и стула), температура тела может повышаться до фебрильных цифр (до 38 °С).

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРРОЕМ

*Гречкина М.А.,
обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Кривоносова М.В.,
преподаватель,
ГБПОУ «Белореченский
медицинский колледж»,
г. Белореченск*

Геморрой — это варикозное расширение геморроидальных вен в области заднепроходного отверстия, приводящее к появлению характерных геморроидальных узлов, склонных воспаляться, кровоточить и выпадать из заднего прохода.[2, с. 363]

На сегодняшний день геморрой наиболее часто встречающаяся проблема у взрослого населения и наиболее частая причина обращения к врачу - колопроктологу. По степени распространенности занимает одно из лидирующих мест среди заболеваний прямой кишки и наблюдается наиболее часто в практике как специалистов по проктологии, так и в работе хирургов, терапевтов, гастроэнтерологов.

Актуальность темы заключается в том, что современный темп жизни сопровождается усилением гиподинамии и как следствие постоянным застоем кровообращения в органах малого таза, и в первую очередь в прямой кишке. Это приводит к росту заболеваемости геморроем, которым все чаще страдают люди молодого трудоспособного возраста, что подтверждается статистическими данными, собранными на базе Белореченской Центральной районной больницы. В результате анализа статистических данных было выявлено, что в 2020 году за медицинской помощью по поводу геморроя обратилось 16 человек, из них: мужчин – 11 человек, женщин – 5 человек, 13 человек лица старше 18 лет, 3 человек лица старше 60. По сравнению с 2021 годом, где число обратившихся составило 21 человек, из них: мужчин – 13 человек, женщин – 8 человек, 13 человек лица старше 18 лет, 8 человек лица старше 60, можно сделать вывод, что в 2021 году количество пациентов с геморроем было зарегистрировано больше чем в 2020 году на 5 человек.

Статистика подтверждает, что основную часть пациентов занимают лица мужского пола, трудоспособного возраста.

Симптомы геморроя знает каждый, однако в большинстве случаев люди либо вообще не обращаются за помощью, прибегая к самолечению, или обращаются за ней несвоевременно, что может привести к серьезным осложнениям.

У многих эта болезнь ассоциируется с оперативным вмешательством, что еще больше снижает количество обращений к специалистам. Немногие знают, что операция по удалению геморроидальных узлов далеко не единственный способ надолго избавиться от геморроя, сегодня активно используются малоинвазивные методы. Эффективность и целесообразность их использования уже сегодня не вызывает сомнений у врачей. Безболезненность процедур, быстрое восстановление после них, отсутствие необходимости в госпитализации и сохранение трудоспособности, являются существенными преимуществами данных методов.

Однако в большинстве случаев можно избежать операции. Порой для выздоровления и профилактики данной болезни требуется всего лишь сменить образ жизни, что уменьшит негативное влияние факторов риска развития геморроя.

Основными предрасполагающими факторами к появлению геморроя являются:

- запоры, которые увеличивают давление в прямой кишке, вызывая приток крови к геморроидальным узлам, что способствует их увеличению и последующему выпадению;
- беременность, роды. Из-за возникновения повышенного давления в брюшной полости, что может вызвать появление геморроя;
- длительное пребывание в сидячем положении, когда расслаблены мышцы промежности, что приводит к ослаблению естественной поддержки геморроидальных узлов;
- малоподвижный образ жизни приводит к застою крови в малом тазе, что приводит к увеличению геморроидальных узлов;
- злоупотребление алкоголем приводит к значительному ускорению кровотока в анальной области, что может вызвать геморроидальное кровотечение;
- чрезмерные физические нагрузки и поднятие тяжестей, при этом происходит повышение внутрибрюшного давления, что приводит к выпадению геморроидальных узлов;
- наследственные факторы;
- острая и пряная пища, вызывает раздражение в анальной области;
- нарушение оттока крови в прямой кишке;
- воспалительные и опухолевые процессы в кишечнике и печени.[3 с.94]

У зрелого человека геморроидальное венозное сплетение располагается вокруг анального отверстия в подслизистом слое прямой кишки. Основная физиологическая задача – осуществлять полное смыкание ануса, соответственно, удерживать каловые массы от неконтролируемого выхода из толстой кишки.

Под воздействием неблагоприятных факторов стенки сосудов могут терять эластичность, в них скапливается много крови и появляются уплотнения.

В зависимости от того, какие участки венозного сплетения поражаются, выделяют следующие виды геморроя:

- внутренний;
- наружный;
- комбинированный.

Острое течение подразделяется по выраженности тромбоза и воспаления на три степени:

I степень – тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительной реакции.

II степень – тромбоз геморроидальных узлов с их воспалением.

III степень – распространенный тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки, отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки геморроидальных узлов.

Чаще геморрой имеет хроническое течение, которое подразделяется на несколько стадий:

I стадия – характерно выделение крови из анального канала без выпадения геморроидальных узлов.

II стадия – геморроидальные узлы выпадают во время дефекации, по ее окончании вправляются самостоятельно.

III стадия – характеризуется периодическим выпадением узлов во время дефекации, узлы приходится вправлять руками в анальный канал.

IV стадия – характерно выпадение геморроидальных узлов вместе со слизистой оболочкой прямой кишки при чихании, кашле, малейшей физической нагрузке. Вправить их в анальный канал не удается.[9]

Клиническая картина геморроя достаточно однообразна, она полностью соответствует стадии заболевания. Основными характерными симптомами являются кровотечение и выпадение геморроидальных узлов.

Геморрой начинается с периода предвестников. Наиболее характерными жалобами в это время являются неприятные ощущения в области заднего прохода, легкий зуд, некоторое затруднение во время дефекации. Продолжительность этого периода может быть разнообразной — от нескольких месяцев до нескольких лет. Затем появляются кровотечения во время дефекации различной интенсивности — от следов крови на каловых массах до массивных кровотечений. В некоторых случаях, при длительно существующем геморрое, может развиться анемия, требующая лечения. Кровотечение, не прекращающееся в течение 1 часа, является признаком острого процесса.

Для геморроя характерна также боль в заднем проходе, возникающая во время дефекации, при ходьбе, нарушении диеты (прием острых блюд, алкоголя). Причиной болевых ощущений могут быть изменения в перианальной области при наружном геморрое или присоединившиеся осложнения (трещина заднего прохода, тромбоз наружных геморроидальных сплетений). В основе возникновения боли лежит спазм сфинктера заднего прохода.[8, с. 593]

Следующим этапом развития заболевания является выпадение внутренних геморроидальных узлов.

Различают три стадии выпадения:

1 стадия - узлы пролабируют из заднего прохода во время дефекации и самостоятельно вправляются;

2 стадия - появляется необходимость вправления выпадающих узлов;

3 стадия - узлы выпадают при малейшей физической нагрузке.

Острый геморрой характеризуется тромбозом геморроидальных узлов. В ряде случаев острое воспаление геморроидальных узлов сопровождается отеком перианальной ткани и некрозом узлов. [6, с.35]

Различают три степени тяжести острого геморроя.

При I-й степени наружные геморроидальные узлы небольшой величины, тугоэластической консистенции, при пальпации болезненны. Перианальная кожа слегка гиперемирована. Характерными жалобами являются чувство жжения и зуд, усиливающиеся при дефекации.

При 2-й степени наблюдаются более выраженный отек большей части перианальной области, гиперемия. Пальпация этой области и пальцевое исследование прямой кишки болезненны. Больные жалуются на сильную боль в области заднего прохода, особенно при ходьбе и в положении сидя.[10, с. 18]

Для 3-й степени характерны резкая отечность вокруг заднего прохода и гиперемия. Пальпация его резко болезненная, пальцевое исследование по этой причине невозможно. В области заднего прохода видны багровые или синюшно-багровые внутренние узлы, выпавшие из просвета заднепроходного канала. При отсутствии своевременного лечения может наступить некроз узлов. Слизистая оболочка, покрывающая их, изъязвляется, появляются участки темного цвета. В запущенных случаях может развиться парапроктит.[13, с.46]

Как и любое заболевание, геморрой требует тщательных методов диагностики, которая основана на оценке жалоб, длительности заболевания, результатов пальцевого исследования и инструментальных методов обследования.

1. Сбор анамнеза производится с акцентом на наличие предрасполагающих факторов, а именно:

- проблемы пищеварения (запоры, поносы);
- гиподинамия;
- беременность и роды;
- тяжелые физические нагрузки;
- вредные привычки (употребление алкоголя, курение);
- неправильное питание (употребление острой, кислой, соленой пищи, алкоголя)

2. Пальцевое исследование прямой кишки выполняется всем пациентам и является основным методом диагностики геморроя и других проктологических заболеваний.

Данный метод диагностики имеет достаточно ценное значение, поскольку позволяет обнаружить болезненные геморроидальные образования, свищи, опасные для здоровья тромбозы, повреждение кожного покрова различной степени, выявить различные уплотнения, а также получить полное представление о рельефе стенок кишки, выявить другие сопутствующие заболевания кишечника и его отделов. [14, с. 15,18]

3. Аноскопия - исследование анального канала и нижнего отдела прямой кишки при помощи аноскопа (ректального зеркала). [1]

Проведя аноскопию можно получить более точные результаты. Данное исследование проводится с помощью специального ректального зеркала, сразу после пальпирования.

Данное исследование рекомендуется практически всем больным геморроем, для подтверждения данного диагноза, а также для его дифференциальной диагностики, но стоит помнить, что проведение аноскопии при обострении геморроя, а так же при тромбированном геморрое.

4. Ректороманоскопия - наиболее распространенный, точный и достоверный метод исследования прямой кишки и нижнего отдела сигмовидной кишки. Выполняется при помощи ректороманоскопа. Прибор позволяет оценить состояние слизистой оболочки в 30 сантиметрах от ануса. Позволяет диагностировать внутренний геморрой и провести дифференциальную диагностику с другими образованиями прямой кишки, а так же позволяет при необходимости провести биопсию.

5. Колоноскопия- эндоскопическое исследование толстой кишки.

Является самым информативным методом диагностики геморроя. Такие высокие показатели исследования объясняются возможностью тщательного осмотра прямой и толстой кишки. Данный метод также выявляет разнообразные опухоли в кишечнике, полипы и колиты.

6. Ирригоскопия - рентгенологическое исследование толстой кишки.

Проведение ирригоскопии кишечника признано абсолютно безопасным методом. Процедура не вызывает никакой боли и не требует анестезии. Ирригоскопия даёт возможность проверки органа на всевозможные дефекты, повреждения, новообразования. На рентгенологическом снимке особенно чётко видны геморроидальные узлы.

Чтобы получить полное представление о состоянии кишечника, в брюшную полость вводится окрашивающее вещество сульфат бария, что позволяет чётко видеть окрашенный кишечник на снимке. Только тогда рентгенологический снимок будет более информативным. Сульфат бария не всасывается организмом и вводится в прямую кишку посредством клизмы.

7. Кoproграмма – анализ кала на качественный состав (на посторонние включения, остатки непереваренной пищи и слизи).

8. Анализ кала на скрытую кровь.

9. Клинический (общий) анализ крови проводится, чтобы определить наличие или отсутствие анемии (снижение уровня гемоглобина в крови при геморрое обусловлено хроническими кровотечениями).

Лечением варикозного расширения геморроидальных вен заднепроходного отверстия занимаются проктологи. Терапия должна быть комплексной (коррекция режима двигательной активности и диеты) и индивидуально ориентированной на каждого пациента (врачебная тактика зависит от стадии болезни, выраженности клинических проявлений и результатов диагностики).

При лечении геморроя прибегают к консервативным или хирургическим методам лечения.

Консервативные методы назначаются на 1-2 стадиях геморроя, на 3-4 при остром тромбозе на фоне диеты и ванночек, в целях профилактики обострения геморроя, а также при лечении пациентов после геморроидэктомии. Основные цели— это снижение частоты ежегодных обострений, их тяжести и продолжительности.

Подход к лечению геморроя должен быть комплексным. Рекомендуется пересмотреть рацион питания, на 10-20% увеличить количество клетчатки (если имеются запоры), которая содержится в овощах, фруктах, злаковых. Исключите из питания очень острые блюда, алкоголь, так как они способны раздражать стенки кишечника, повышать кровенаполнение в геморроидальных узлах и усиливать симптоматику геморроя.

Общее лечение, основой которого, помимо профилактических мер, является применение флеботропных препаратов, которые укрепляют стенки вен ануса и прямой кишки, улучшают микроциркуляцию и нормализацию кровотока (детралекс, венорутон).

Местное лечение направлено на ликвидацию болевого синдрома, тромбоза или воспаления геморроидальных узлов, а также кровотечения. При выборе местного лечения острого геморроя необходимо учитывать преобладание одного из симптомов (боль, тромбоз), распространенность воспалительного процесса и наличие деструктивного компонента. При кровотечении следует четко оценить величину кровопотери, его активность и выраженность постгеморрагической анемии.

Болевой синдром при геморрое чаще связан с ущемлением тромбированного геморроидального узла или возникновением острой анальной трещины. Поэтому для устранения болевого синдрома показано применение ненаркотических анальгетиков и местных комбинированных обезболивающих препаратов в виде гелей, кремов, мазей и суппозиториев. Применяют такие препараты, как «Гепатромбин Г», «Постеризан», «Прокто-гливенол», «Ауробин», «Ультрапрокт», «Нефлюан». [11, с.28]

При тромбозе геморроидальных узлов показано применение антикоагулянтов местного действия. К этой

группе препаратов относятся мазевые основы содержащие гепарин, мазь с троксерутином.

В 70-80% случаев тромбоз геморроидальных узлов осложняется их воспалением с переходом на подкожную клетчатку и перианальную область. При этом показано использование комбинированных препаратов содержащих обезболивающие, тромболитические и противовоспалительные компоненты (Проктоседил, Ауробин, Проктозан, Проктогливенол), указанные препараты применяются в сочетании с водорастворимыми мазями, обладающими противовоспалительным действием. К ним относятся «Левасин», «Левомеколь», «Мафинид».[12, с.60]

Кровотечение является одним из основных симптомов геморроя. Непрекращающееся кровотечение в течение 1 часа является признаком острого процесса. Для его устранения применяют свечи, содержащие адреналин. Помимо этого применяют такие местные гемостатические материалы, как «Адроксон», «Берипласт», «Тахикомб», «Спонгостан», состоящие из фибриногена и тромбина. При введении в анальный канал они рассасываются, образуя фибриновую пленку.

Когда консервативная терапия не приносит желаемого результата, тона 1-2 стадиях геморроя многие специалисты рекомендуют прибегать к малоинвазивным способам лечения, когда избавление от патологически расширенных геморроидальных узлов происходит без массивных хирургических вмешательств и длительного реабилитационного периода.

Малоинвазивные процедуры противопоказаны при:

- обострении воспалительного процесса в области прямой кишки и анального отверстия;
- анальных трещинах, травмах;
- тромбозе геморроидальных узлов.

Отличительная особенность применения малоинвазивных методик в лечении геморроя заключается в том, что они выполняются в амбулаторных условиях и не требуют наркоза, а также нахождения пациента в стационаре.

Склеротерапия — суть склеротерапии внутренних геморроидальных узлов заключается в склеивании сосудов химическим веществом склеротантом, который вводится в просвет пораженного сосуда путем инъекции.[15, с.329] Процедура проводится под визуальным контролем посредством аноскопа бескровным методом, поэтому ее называют «лечением геморроя без операции». В результате процедуры просветы сосудов склеиваются. Со временем просвет сосуда зарастает соединительной тканью, а не получающий питания узел уменьшается в размерах.

Электрокоагуляция проводится под контролем аноскопа. К ножке узла подводят электрод и коагулируют (сваривают) ткани, после чего они быстро отмирают. За одну процедуру удается избавиться от 1-2 патологических очагов. После склеивания геморроидальный узел прекращает питаться и расти, а через некоторое время совсем исчезает. [5, с. 98]

Лигирование латексными кольцами — лигирование (пережатие) геморроидальных узлов происходит с помощью латексного кольца с внутренним диаметром 1 мм, которое обладает хорошей эластичностью и обеспечивает равномерное, постоянное сдавление тканей. Это один из самых современных способов малоинвазивного лечения внутреннего геморроя 1-3 стадии, через аноскоп на ножку узла накладывают латексную лигатуру, что приводит к сдавливанию тканей и нарушению в них кровообращения. Отторжение геморроидального узла вместе с лигатурой происходит через 5 - 9 дней после манипуляции. В этот период, как правило, возникает незначительное выделение алой крови из анального канала, которое не требует назначения медикаментозных средств, так как оно купируется самостоятельно. На месте отторгнутого геморроидального узла образуется соединительнотканый рубец.[7]

Криотерапия — кратковременное воздействие на геморрой жидким азотом. После этого геморроидальный узел отторгается. Метод применяется при хроническом геморрое 1, 2 и 3 степени. Процедура проходит под местным обезболиванием, поэтому болезненные ощущения отсутствуют.

В тех случаях, когда малоинвазивные методики малоэффективны и не могут быть применимы, показано хирургическое лечение. Оперативное лечение геморроя считается самым результативным.

Геморроидэктомия — хирургическое лечение внутренних и наружных геморроидальных узлов, при запущенных стадиях геморроя, когда другие методы лечения, в том числе и малоинвазивные методы лечения, уже не дадут выздоровления от этой болезни. [15, с.331]

Существует несколько вариантов этой операции:

Первый вариант — традиционное вмешательство — одномоментное радикальное удаление всех гипертрофированных геморроидальных тканей с перевязкой кровоснабжающих их сосудов, по надежности остающееся и по сегодняшний день «золотым стандартом» в хирургическом лечении геморроя, заключающееся в удалении классически расположенных групп геморроидальных узлов на 3, 7 и 11 часах. [8, с. 595]

В 1999 году была разработана революционная технология LigaSure, которая стала применяться для геморроидэктомии. Суть ее — в образовании аппаратом в основании геморроидального узла «запаянной дорожки», по которой узел бескровно отсекается. При проведении геморроидэктомии эта методика позволяет:

- сохранить абсолютный радикализм классической операции геморроидэктомии;
- провести операцию практически бескровно, значительно упростив ее и сократив продолжительность в 2-3 раза;
- свести до минимума боли после операции;

- снизить вероятность возникновения осложнений;
- резко сократить сроки заживления раны, период восстановления активности и трудоспособности с 1,5-2 мес. при классической геморроидэктомии до 2-3 недель;
- безопасно проводить операцию при непродолжительной госпитализации в течение суток, в то время как традиционная геморроидэктомия требует обязательной госпитализации на 7-10 дней.[4]

Второй вариант, который с условностью можно назвать «геморроидэктомией» это операция Лонго (трансанальная резекция слизистой оболочки прямой кишки) – циркулярная резекция слизистого слоя прямой кишки с применением сшивающего аппарата - степлера, которую приводят как «альтернативу» классической геморроидэктомии. Суть метода заключается в пересечении во время операции прямокишечных артерий, питающих геморроидальные узлы, с одновременной подтяжкой в кишку выпадающих геморроидальных узлов. Сами «сосудистые подушки» – геморроидальные узлы не удаляются.

Данный вариант операции малотравматичен, не требует продолжительной госпитализации, реабилитации пациента после операции происходит в короткие сроки. Однако степень радикальности операции специалистами обсуждается до сих пор, рецидив симптомов заболевания возможен в сроки от года до 3 лет. Метод не позволяет удалять наружные узлы. В настоящее время круг показаний к ней специалистами ограничен ранними стадиями геморроя.

Для того, чтобы предупредить возникновение геморроя, рекомендуют проводить следующие профилактические мероприятия:

- Правильное питание и витаминотерапия – важнейшие меры профилактики, так как его возникновению чаще всего способствуют именно частые запоры и поносы. Пища должна быть здоровой. Следует избегать несвежих продуктов, острых и жирных продуктов, слишком большого количества белка в рационе.
- Уменьшение количества алкоголя или полный отказ от него.
- Поддержание нормальной массы тела.
- Умеренное потребление жидкости и соли. В противном случае вода будет скапливаться в организме, кровеносные сосуды будут переполнены, кровь будет легче задерживаться в венах прямой кишки.
- Активный образ жизни. Для профилактики необходимо совершать, как минимум, утреннюю гимнастику. Но помните о том, что чрезмерные нагрузки, напротив, способствуют развитию заболевания.
- Теплые ванны. Врачи считают, что сидение в ванне с теплой водой – одна из самых действенных мер по профилактике. Ведь в тепле улучшается кровоток в мелких сосудах.
- Необходимо своевременно выявлять и лечить любые проктологические заболевания, такие, как трещина прямой кишки, анальный зуд (при постоянном расчесывании намного легче образуются геморроидальные узлы).[16, с.528]

Принимая во внимание распространенность геморроя среди населения, что связано особенностями жизнедеятельности человека (гиподинамия, неправильное питание, злоупотребление вредными привычками), и тот факт, что данное заболевание ведет к снижению качества жизни, а так же представляют угрозу возникновения осложнений (массивные кровотечения, трещины заднего прохода, парапроктит), что негативно отразится на здоровье пациента, это заболевание стоит рассматривать как социально значимую проблему.

Сложности с ранней диагностикой и лечением геморроя связаны, с высоким уровнем стеснения людей перед столь интимной проблемой, зачастую они пренебрегают обращением к специалисту и прибегают к самолечению, чем существенно усугубляют проблему, так как осознание необходимости посетить врача приходит вместе с более серьезными клиническими проявлениями, которые свидетельствуют о запущенности процесса.

Ранняя диагностика способствует уменьшению объема лечебных мероприятий и как следствие уменьшение дискомфорта для пациента, как во время лечения, так и в период реабилитации. С этими целями ведется активная разработка новых малоинвазивных методов способствующих менее травматичному лечению геморроя, уменьшающих болезненность и сокращающих восстановительный период после лечения в разы.

Литература

1. Алиев, С. А. Методы лечения острого тромбоза геморроидальных узлов / С. А. Алиев, Э. В. Ахмедова — 2018 г.
2. Барыкина Н.В., Зарянская В.Г. Сестринское дело в хирургии / Барыкина Н.В., Зарянская В.Г., Ростов – на – Дону 2016. – с. 363.
3. Богомазов А.М., Головкин Е.Б., Загрядский Е.А. / научная статья по клинической медицине, автор научной работы / Частота факторов риска возникновения геморроя и определение взаимосвязи между геморроем и хроническими заболеваниями вен. – с. 94.
4. Борисов, И. Ф. Геморроидэктомия: дис. канд. мед.наук: / И. Ф. Борисов. — М.,2020 г.
5. Грошилин В.С., Мирзоев Л.А., Швецов В.К., Чернышова Е.В. Эффективность малоинвазивных методов в лечении хронического геморроя 2 – 3 стадии / Ульяновский медико-биологический журнал 2016 г – с. 98.
6. Карпунин О.Ю. Современные методы лечения геморроя / 2019г – с. 35
7. Крылов М.Д. Безоперационные методы лечения геморроя / статья / Крылов М.Д. врач-колопроктолог Скандинавского медицинского центра, кандидат медицинских наук, член Ассоциации колопроктологов России.
8. Кузин М.И. Хирургические болезни под редакцией академика РАМН М.И.Кузина – 2017г.- с 593, 595.

9. МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра / <https://mkb-10.com> / Геморрой и перианальный венозный тромбоз (К64).
10. Парфенов А.И., Геморрой / 2018г - с. 18.
11. Ривкин В.Л., Болезни прямой кишки / Ривкин В.Л.– 2018г. – с. 28
12. Ривкин В.Л., Современные представления о патогенезе, формах, лечении геморроя / Consillium Medicum 2017; 19 (7.1.Хирургия) - с 60.
13. Семионкин Е.И., КОЛОПРОКТОЛОГИЯ / Семионкин Е.И. Москва, 2018.- с.46
14. Стандартные операционные процедуры (СОП) для кабинета раннего выявления заболеваний ГАУЗ ТО «Областной центр медицинской профилактики, лечебной физкультуры и спортивной медицины» департамента здравоохранения Тюменской области – с. 15,18.
15. Федорова В.Д., Клиническая оперативная коло - проктология руководство для врачей/1 под редакцией В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина Москва, 2016 – с.329, с.331
16. Шельгин Ю.А. Клинические рекомендации. Колопроктология./под ред. Ю.А. Шельгина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.- 528 с

ОЖОГОВАЯ ТРАВМА И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГАМИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

*Жумаикалиева О.Б.,
студентка 3 курса отделения «лечебное дело».
Научный руководитель Гудзь Л.А.,
преподаватель,
Актюбинский Высший медицинский колледж имени
героя Советского Союза Манишук Маметовой» на ПХВ*

Комбустиология или ожоговая медицина – сравнительно молодое направление медицины, изучающая тяжелые ожоговые травмы и связанные с ними патологические состояния.

Ожог является одним из самых распространенных травматических повреждений в мире. Две трети всех случаев ожоговых травм происходят в быту. При этом характерным является увеличение группы пострадавших с тяжелыми и крайне тяжелыми поражениями.

Ожоги. Основные виды, площадь и степень тяжести ожогов.

Ожоговое поражение – это открытое повреждение или деструкция кожи, ее придатков или слизистых оболочек. По фактору, который вызвал повреждение, ожоги распределяются на 4-вида:

- термические;
- химические;
- электрические;
- радиационные (лучевые);
- комбинированные.

Для ожогов имеет значение не только вид фактора поражения но и длительность (экспозиция) его действия.

Специалисты оценивают серьезность ожога по площади и глубине повреждений. Чем эти показатели меньше, тем быстрее и легче ожог заживает. Для того чтобы измерить поверхность поврежденного участка, ввели следующий стандарт. Известно, что ладонь человека составляет 1 процент от поверхности его тела. Чтобы определить долю поврежденной поверхности, в человеческом теле принято выделять 11 сегментов по 9 процентов (так называемое правило «девятки»). Так, каждая рука составляет 9 процентов от всего тела, нога – 18, лицом шея – 9 и так далее.

В зависимости от глубины повреждения кожи различают четыре степени ожогов:

I степень ожога – это повреждение поверхностного слоя кожи – эпидермиса.

Признаки и симптомы:

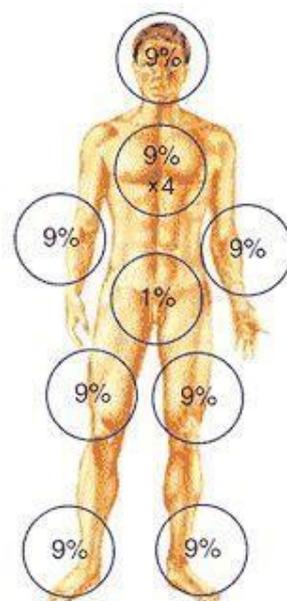
- покраснение кожи,
- отек кожи,
- болезненность пораженных участков.

Симптомы проходят через 2-3 дня. Таковы, например, солнечные ожоги.

II степени ожога – более глубокое поверхностное повреждение кожи – отслойка эпидермиса и поражение сосочкового слоя.

Признаки и симптомы:

- покраснение кожи,
- отек кожи,
- образование пузырей, наполненных прозрачной жидкостью.



В случае разрыва пузырей наблюдается ярко-красное или розовое дно, образованное влажной блестящей тканью, болезненное при легком касании, смене температур, движении воздуха. При боковом осмотре зона ожога отечна, выступает над поверхностью покровов. Заживление длится 5-6 дней и более.

Ожоги первой и второй степени заживают, как правило, самостоятельно.

III степень ожога - глубокие ожоги - повреждение не только эпидермиса и сосочкового слоя, но и соединительной ткани, то есть кожи на всю ее толщину. Делится на две подстепени: IIIА и IIIБ.

Степень ожога IIIА – повреждение почти всех слоев кожи (дермы), кроме самого глубокого – росткового; крупные, напряженные пузыри, заполненные желтоватой жидкостью (иногда желеобразной массой); дно их такое же, но чувствительность при касании может быть снижена. Возможно образование струпа (корки) желтоватого или белого цвета, почти не чувствительного к касанию, при боковом осмотре струп над поверхностью кожи не выступает.

Степень ожога IIIБ – омертвление всех слоев кожи и подкожно-жировой ткани. При этом образуются крупные пузыри с кровянистой жидкостью. Дно сухое, тусклое, белесое или мелкопятнистое («мраморное»), безболезненное или умеренно чувствительное. Возможен струп коричневатый или серый. При поражении всей глубины кожи струп сморщенный, плотный; расположен ниже соседних участков кожи.

IV степень ожога – омертвление не только кожи и подкожной клетчатки, но и глубоко расположенных тканей – сухожилий, мышц костей. Обожженная поверхность покрыта плотной коркой коричневого или черного цвета, нечувствительна к раздражениям.

Лечение пострадавших с глубокими ожогами проводится только в стационаре.

Ожоговый шок

Это тяжелейшее осложнение ожогов протекает остро и обусловлено обширным термическим поражением кожи и подлежащих тканей, приводящим к нарушению кровообращения. Уменьшается объем циркулирующей крови вследствие её концентрирования и сгущения, понижается количество отделяемой мочи.

Прогноз зависит от ранней диагностики и раннего эффективного лечения ожогового шока. В отличие от травматического шока ожоговый шок нельзя распознать в раннем периоде на основании снижения артериального давления и частоты пульса. Артериальное давление обычно существенно не падает и может быть даже повышенным, резкое его снижение при ожогах является плохим прогностическим признаком.

Практически всегда при площади ожога 15-20% и более и глубоком ожоге свыше 10% площади поверхности тела развивается ожоговый шок. Степень его тяжести также зависит от площади ожога: если она менее 20% поверхности тела, то говорят о шоке лёгкой степени, от 20 до 60% - тяжёлой степени, свыше 60% - крайне тяжёлой степени. Эти степени могут переходить одна в другую в зависимости от особенностей течения шока в каждом конкретном случае времени начала и интенсивности лечения.

Для ранней диагностики ожогового шока важны следующие его проявления: пострадавший возбуждён или заторможен, сознание спутанное или вообще отсутствует, кожа и слизистые (вне ожога) бледные, холодные, выражена синюшность слизистых и конечностей, пульс повышен, одышка, рвота, жажда, озноб, мышечная дрожь, подёргивание мышц, моча тёмного цвета, вплоть до бурого, количество её резко уменьшается - характерный признак ожогового шока.

У пожилых людей ожоговый шок протекает на фоне самых разных сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, сердечная недостаточность, заболевания печени и др.), влияющих на его исход. Поэтому противошоковое лечение проводится всем пострадавшим старше 60 лет с поверхностными ожогами и более 10% и глубокими ожогами более 5-7% поверхности тела.

Значительно увеличивает опасность возникновения ожогового шока ожог дыхательных путей, возникающий при вдыхании горячего воздуха, пара, дыма и т.д. Ожог дыхательных путей следует заподозрить, если во время пожара пострадавший находился в закрытом помещении или в замкнутом пространстве. Кроме того, об ожоге дыхательных путей свидетельствует ожог носа, губ или языка, опалённые волосы. При осмотре полости рта определяются покраснение и пузыри на мягком нёбе и стенке глотки. Наблюдаются также першение в горле, осиплость голоса, затруднение дыхания. Окончательный диагноз ожога дыхательных путей ставит отоларинголог. При сочетании ожога кожи и ожога дыхательных путей ожоговый шок может возникать при площади поражения вдвое меньшей, чем только при ожоге кожи. Считается, что ожог дыхательных путей оказывает на поражённого такое же воздействие, как и глубокий ожог кожи площадью около 10-12% поверхности тела.

Первая помощь при термических ожогах.

При ожогах большое значение имеет само- и взаимопомощь, а именно срочное прекращение действия фактора поражения.

Н.В. Никогда не прикладывайте лед к месту ожога, не смазывайте его маслом, жиром, мазью или кремом.

В первый момент все ожоги стерильны, так как они возникают от воздействия высоких температур. Но в следующее мгновение на обожженной поверхности возникают признаки воспаления. Ожог превращается в рану, открытую для любых микробов. Поэтому все, что, по мнению некоторых «советчиков», годится для облегчения боли в обожженном месте (поливание ожоговой поверхности раствором марганцовокислого калия, прикладывание картофеля или картофельных очисток, использование различных трав и масел), может, наоборот, стать источником инфекции.

Самое эффективное средство при любых ожогах – это охлаждение обожженной поверхности

проточной водой. Холод приостанавливает нежелательные процессы. Обожженные ткани как бы впадают в состояние анабиоза (сна). Боль на какое-то время утихает.

Алгоритм действия (первая помощь) при термических ожогах разной тяжести

После устранения поражающего фактора:

Легкие ожоги I или II степени

1. Наденьте латексные перчатки и используйте другие приспособления для защиты себя и пострадавшего от возможного инфицирования.
2. Поливайте место ожога или смачивайте его холодной водой в течение как минимум пяти минут (лучше 10 - 15 минут).
3. Обработайте место поражения слабым (бледно-розовым) раствором марганцовки.
4. Накройте пораженное место стерильной повязкой
5. При большой площади поражения наложите противоожоговую мазь или обработать аэрозолем (3-4 раза в день). Для ожогов желательно иметь в домашней аптечке аэрозоль «Алазол» или «Пантенол».
6. Лосьоны для кожи помогут избежать сухости кожи и снять ее раздражение.
7. Болеутоляющие средства могут уменьшить боль и воспаление.
8. Ежедневно осматривайте место ожога на предмет развития инфекции - покраснение кожи, размягчение или образование гноя (желтоватых или зеленоватых выделений на месте поражения).

Ожоги II степени

Ожоги второй степени, как правило, сопровождаются образованием волдырей. Тонкую пленку волдыря нельзя срывать ни в коем случае. Поверхность под ним очень болезненна.

9. Наденьте латексные перчатки используйте другие приспособления для защиты себя и пострадавшего от возможного инфицирования.
10. Поливайте место ожога или смачивайте его холодной водой в течение как минимум пяти минут (лучше 10-15 минут).
11. Обработайте место поражения слабым (бледно-розовым) раствором марганцовки.
12. Накройте пораженное место стерильной повязкой.
13. Наложите противоожоговую мазь "Алазол" или "Пантенол" или противоожоговый гель "АППОЛО". Покройте тонким слоем мази или гели сам ожог или стерильную марлевую салфетку и приложите ее к ране.
14. Затем завяжите все это марлевым бинтом. Не закрывайте обожженное место пластырем, он затруднит доступ воздуха, ведь ране для заживления необходим кислород.
15. Болеутоляющие средства могут уменьшить боль и воспаление.
16. Повязку следует менять каждый день. Если она присохла – размочите в растворе фурацилина или слабым раствором марганцовки.
17. Ежедневно осматривайте место ожога на предмет развития инфекции - покраснение кожи, размягчение или образование гноя (желтоватых или зеленоватых выделений на месте поражения).

Сильные ожоги II или III степени, занимающие площадь более 5-7,5 см.кв.

1. **ОСТАНОВИТЕСЬ**-Осмотрите и оцените ситуацию?
2. **ПОДУМАЙТЕ**-Обдумайте, как обеспечить безопасность и спланируйте свои действия – Горит ли до сих пор одежда пострадавшего или окружающие его предметы?
3. **ДЕЙСТВУЙТЕ**-Наденьте латексные перчатки и используйте другие приспособления для защиты себя и пострадавшего от возможного инфицирования.
4. Проверьте, реагирует ли пострадавший, и **ВЫЗОВИТЕ** службу скорой медицинской помощи.
5. Проведите первичную оценку и ведите наблюдение за основными функциями жизнедеятельности пострадавшего.
6. Если пострадавший реагирует на активацию, проведите вторичную оценку, чтобы определить степень ожога и площадь поражения.
7. Накройте место ожога холодной влажной стерильной повязкой или чистой тканью.
8. При ожоге пальцев рук или ног, если есть возможность, снимите украшения и с помощью сухой стерильной ткани не давайте пораженному пальцу соприкасаться со здоровым.
9. Продолжайте наблюдать за основными функциями жизнедеятельности пострадавшего до прибытия службы скорой медицинской помощи.
10. Для предотвращения шока необходимо дать пострадавшему анальгин, аспирин по одной таблетке, а также обильное питье.

Тяжелые ожоги III или IV степени

Ожоги третьей и четвертой степени требуют немедленной госпитализации. Однако до прибытия службы скорой медицинской помощи Вы можете провести следующие мероприятия:

1. **ОСТАНОВИТЕСЬ**-Осмотрите и оцените ситуацию?
2. **ПОДУМАЙТЕ**-Обдумайте, как обеспечить безопасность и спланируйте свои действия – Горит ли до сих пор одежда пострадавшего или окружающие его предметы?
3. **ДЕЙСТВУЙТЕ**-Наденьте латексные перчатки и используйте другие приспособления для защиты себя и пострадавшего от возможного инфицирования.
4. Проверьте, реагирует ли пострадавший, и **ВЫЗОВИТЕ** службу скорой медицинской помощи.
5. Проведите первичную оценку и наблюдайте за основными функциями жизнедеятельности пострадавшего.

6. Если пострадавший реагирует на активацию, проведите вторичную оценку, чтобы определить степень ожога и площадь поражения.
7. Постарайтесь освободить пострадавшего от одежды. Если куски ткани "приклеились" к коже, ни в коем случае не отрывайте их.
8. Открытые участки тела оберните чистой теплой мягкой тканью - потеря тепла при тяжелом ожоге опасна для жизни пострадавшего и может привести к различным осложнениям.
9. Помните, что подобные ожоговые травмы вызывают нестерпимую боль и Ваша задача предотвратить болевой шок. Для этого дайте пострадавшему сильный анальгетик (анальгин, баралгин, максигани т.п.) или 2-3 таблетки аспирина с 1 таблеткой димедрола.
10. Напоите пострадавшего горячим чаем или щелочной минеральной водой.

Н.В! При тяжелых ожогах не занимайтесь самолечением. Ни в коем случае не смазывайте ожоги ШИ IV степени жиром, маслом или мазями. Этим Вы только усугубите состояние пострадавшего и можете способствовать заражению раны, а также всего организма.

Оказание помощи обожженным в условиях лечебного учреждения

1. При обращении (поступлении) пострадавших от ожогов необходимо определить тяжесть травмы (площадь и глубину ожогов, наличие ингаляционной травмы или других поражений, ожогового шока).

2. Всем пострадавшим от ожогов проводится экстренная профилактика столбняка.

3. Пациентов с тяжелой степенью тяжести госпитализируют в отделение реанимации и интенсивной терапии, остальных, с целью определения тяжести состояния, площади и глубины ожоговых ран, осматривают в приемном отделении.

4. перевязки следует проводить с соблюдением правил асептики и антисептики.

5. перевязки лучше всего проводить в специально оборудованном помещении. При обширных ожогах манипуляции надо проводить в перевязочной, где имеется возможность поддерживать необходимую комнатную температуру (24–27 °С), осуществлять электронный мониторинг и респираторную поддержку.

6. Время перевязки тяжелообожженных не должно быть длительным в связи с опасностью гипотермии.

7. Все болезненные манипуляции с ранами требуют проведения обезболивания, а при обширных ожогах проводятся под общей анестезией.

8. Важно соблюдение принципов десмургии, особенно на функционально активных зонах. Фиксация повязок при обширных ожогах проводится марлей по типу наложения «контурных» повязок. Необоснованно использование в качестве перевязочного средства простыней.

9. При поступлении больного с ожоговым шоком неотложная помощь заключается в противошоковой терапии, на фоне которой проводится первичный минимально травматичный туалет ожоговых ран с аппликацией на поврежденные участки лечебных повязок.

10. Туалет ожоговых ран заключается в осторожном, минимально травматичном очищении ожоговой поверхности от загрязнения, инородных тел и обрывков эпидермиса, свободных некротизированных тканей, экссудата и остатков перевязочных средств, поскольку они являются источником инфекции. Рану и окружающую кожу обрабатывают водой с детергентами. Лучше применять орошение, а не протирание влажными салфетками. Изотонический 0,9%-ный раствор хлорида натрия является универсальным и предпочтительным средством очистки ран. В то же время эффективность использования для обработки ран на повязках стерильного физиологического раствора или обычной водопроводной воды не доказана. Рекомендуется применять специальный антибактериальный фильтр. Вода должна быть комнатной температуры или теплее, чтобы избежать переохлаждения. Погружение в ванну, особенно пациентов с обширными ожогами, не применяют, поскольку имеется риск загрязнения ран, развитие нарушений в водно-электролитном и тепловом обмене, гемодинамической декомпенсации. После промывания кожу пациента нужно высушить. Перед наложением повязок раны дополнительно обрабатывают растворами антисептиков.

11. В последующем необходимо продолжать гидротерапию в объеме обработки ран и неповрежденных кожных покровов.

12. Волосы на теле на участках с пограничными или глубокими ожогами, а также не менее 2,5 см от границы ожога должны быть сбриты, за исключением бровей. Это позволяет в последующем снизить бактериальную нагрузку, сделать фиксацию и удаление повязок проще и менее болезненно. При наличии ран на лице мужчины должны бриться каждый день, чтобы также уменьшить риск инфицирования. Необходимость удаления волос следует обсуждать с пациентами.

13. Из наиболее доступных как в период ожогового шока, так и дальнейшего лечения, особенно при обширных поверхностных и пограничных ожогах, является использование ватно-марлевых повязок с мазями на водорастворимой ПЭГ-основе. Такие повязки обладают сорбирующим действием, способствуют уменьшению потерь жидкости с ожоговой поверхности, согреванию больного, формированию сухого струпа, при этом не требуют частых перевязок. Альтернативой, особенно при глубоких ожогах, может быть применение марлевых влажновысыхающих повязок с растворами антисептиков (лучше йодофоров, например, йодопирон или бетадин). Дополнительно проводится общее согревание тяжелообожженных с высушиванием ожогового струпа с помощью соответствующего оборудования.

14. После стабилизации состояния пациента с ожоговым шоком или первичном обращении без ожогового шока проводится туалет ожоговых ран. У пострадавших с небольшими ожогами, которые будут лечиться амбулаторно, маленькие пузыри (особенно на ладонях и подошвах) можно не трогать в течение первых

2–3 дней после травмы, тогда как у пациентов стационаров покрывки всех пузырей и десквамированный эпидермис следует удалить, т.к. они являются источником инфекции. Пузыри, вызванные химическими веществами, также должны быть удалены, так как они могут содержать токсичные вещества. Следует заметить, что использование современных повязок также требует удаления отторгнутого эпидермиса.

15. При более позднем выполнении туалета ожоговых ран влажный фибрин и отделяющийся струп также нужно удалить. Свернувшийся сухой фибрин (тонкий струп) лучше не удалять, так как при этом травмируются подлежащие ткани, лечение в этих случаях проводится под сухим струпом.

16. После туалета ожоговых ран повторно и более точно оценивается глубина и площадь поражения, определяется дальнейшая тактика местного лечения, в том числе необходимость в выполнении ранних хирургических операций.

17. При глубоких циркулярных ожогах конечностей, когда высок риск сдавления и ишемии глубжележащих тканей формирующимся ожоговым струпом, а также при циркулярных ожогах грудной клетки, ограничивающих ее экскурсию, проводится операция – декомпрессионная некротомия ожоговых ран – в продольном направлении по медиальной и латеральной сторонам выполняются лампасные разрезы на глубину некроза до расхождения краев раны на 1–1,5 см. При поражениях глубже фасции мышц проводят фасцио- и миотомию. Необходим тщательный контроль гемостаза с учетом возможного отсроченного кровотечения после операции.

18. перевязки проводят по показаниям, но не реже 2–3 раз в неделю. Показанием для более частой смены повязки является их промокание гнойным отделяемым, отек и гиперемия вокруг ожога, возобновление боли в ране, повышение температуры тела. Промокание повязок в первые 2–3 дня после ожога серозным отделяемым и небольшой отек является естественным для течения ожоговой раны, их не следует путать с нагноением ожоговой поверхности. При открытом методе местного лечения и использовании пленочных повязок перевязки проводятся ежедневно.

19. Сами перевязки следует выполнять щадяще, не травмируя тонкий слой растущего эпителия, особенно при лечении ожогов II степени, когда идет эпителизация из сохранившихся дериватов кожи. Присохшие участки повязок отмачиваются водой или растворами антисептиков. Могут использоваться общие и местные ванны (ванночки) с растворами шампуней или мыла. Появление капель крови при снятии сухих повязок свидетельствует о травмировании новообразованного эпителия, в таких местах, сняв верхние слои повязки, нижний слой лучше оставить, обрезав по краям. 20. Необходим постоянный контроль состояния ран со стороны медицинского персонала для своевременного изменения тактики их местного лечения.

21. Неотъемлемой составляющей местного лечения является мониторинг, оценка его эффективности и унификация медицинской документации. Данные, полученные при первичном осмотре, определяют необходимую частоту последующих ревизий. Все параметры должны быть зарегистрированы при каждой перевязке, а всесторонняя оценка ран проводится каждую неделю или при существенном изменении состояния пациента. Документация должна отражать оценку состояния ожоговых ран в динамике, течение раневого процесса, назначаемые лечебные препараты и методы, их переносимость и побочные действия. При этом применение стандартной терминологии позволяет облегчать взаимодействие врачей различных специальностей и провести сравнительные исследования по эффективности того или иного метода терапии с точки зрения доказательной медицины. Кроме этого, полная документация о ходе лечения и уходе – необходимое требование современной страховой медицины.

22. Пациент должен быть проинформирован об особенностях лечения ожоговых ран с использованием различных перевязочных средств.

Стационарное лечение глубоких ожогов

Применяется открытый или повязочный методы местного лечения.

Закрытый метод – основной метод лечения. Применение антибактериальных, стимулирующих и других лекарственных препаратов наиболее эффективно в составе раневых повязок. Под повязками создаются оптимальные условия для местного пролонгированного действия лекарственных препаратов. Нельзя использовать перевязочные средства, не ознакомившись с инструкцией производителя.

При ожогах на участках, где повязки затрудняют уход и физиологические отправления, открытый метод можно применять в основном – на лице и в области промежности.

На практике открытый и повязочный методы местного лечения ран могут быть реализованы соответственно сухим или влажным способом:

1. Использование марлевых повязок с раствором йодофоров (йодопирон, бетадин и др.), мазями на водорастворимой ПЭГ-основе (Левомеколь, Диоксидиновая и др.) в комплексе с дополнительными физическими методами высушивания струпа позволяют вести рану сухим способом, который показан в I стадию раневого процесса (некротическая и дегенеративно-воспалительная фазы), как правило, тяжелообожженным, при лечении обширных ожогов II–III степени и наличии раневой инфекции. Открытый сухой метод с обработкой ран раствором йодофоров эффективно использовать только для консервации струпа на лице. Нет доказательств преимуществ применения каких-либо местных средств для лечения ожогов лица.

2. Использование атравматичных, гидрогелевых, гидроколлоидных, губчатых и пленочных повязок, а также серебросодержащих кремов, создающих влажную раневую среду, позволяет вести рану влажным способом, который более предпочтителен при отсутствии инфекции во 2–3-ей стадиях раневого процесса (воспалительно-регенеративная и регенеративная фазы) для лечения ограниченных поверхностных и

пограничных ожогов I–II степени, а также – «мозаичных» поражений II–III степени. Открытым влажным методом возможно ведение ран только на лице, а в остальных областях тела лучше использовать повязочный влажный метод. Влажный способ более атравматичный и менее болезненный, чем сухой.

3. При использовании влажного способа местного лечения, особенно на площади более 10% п.т., одномоментно отмечается гнойно-резорбтивная лихорадка, свидетельствующая об увеличении интоксикации, что требует обязательного применения дезинтоксикационной терапии и ограничения использования этого способа у больных с обширными ожогами. Кроме того, применение влажного способа у тяжелообожженных, особенно в первые дни после травмы, приводит к выраженной плазмопотере. Длительное применение повязок, создающих влажную раневую среду, способствует усилению гнойного воспаления в области ран с уже имеющимися признаками инфекции. Поэтому применение повязок, создающих влажную раневую среду, не рекомендуется на площади более 10% п.т., при обильном раневом отделяемом, нагноении ран и перифокальном воспалении. В этих условиях более обоснован сухой способ местного лечения с дополнительным местным использованием антимикробных препаратов. В то же время сухой способ лечения ожоговых ран II, а особенно III степени, не предупреждает их нагноения. Поэтому, если имеющиеся средства местной антимикробной терапии не оказывают положительного эффекта, показано системное применение антибактериальных препаратов.

4. В то же время при появлении эпителизации, т.е. при переходе в III стадию раневого процесса, рационально продолжение лечения сухим способом для поддержания новообразованного эпидермиса (например, с применением атравматичных повязок).

Больные, у которых достоверно диагностирована только гиперемия кожи (например, солнечные ожоги) практически в местном лечении не нуждаются. Чтобы уменьшить болевые ощущения и избавиться от возможного отека, обожженное место надо протереть в течение 5–10 мин 40–70%-ным раствором этилового спирта. Возможна обработка гиперемированной поверхности увлажняющими мазями. В связи с тем, что ожоги представляют собой простой контактный дерматит, обосновано использование коротким курсом мазей, содержащих глюкокортикоидные гормоны, или/и гелей с нестероидными противовоспалительными средствами, которые позволяют уменьшить боль и воспаление.

Лечение поверхностных и пограничных ожоговых ран I–II степени проводится консервативно с использованием раневых повязок, создающих влажную раневую среду. При этом нет доказательств преимуществ какихлибо групп перевязочных средств.

В случае длительного (в течение 3 нед после травмы) незаживления пограничных ожогов необходим пересмотр местного лечения, так как возможно раны представляют собой глубокие ожоги, при которых показано проведение хирургического лечения по их пластическому закрытию.

При глубоких ожогах главная роль отводится не использованию перевязочных средств, а активной хирургической тактике, направленной на удаление некроза и пластическое закрытие ран. При отсутствии возможности одномоментного выполнения ранней операции на всей площади ожога при обширных поражениях проводится местная консервативная терапия.

При обширных глубоких ожогах в I стадию раневого процесса обосновано применение сухого способа лечения для «консервации» струпа. В то же время, начиная со 2-й стадии раневого процесса, в том числе после проведения хирургической или химической некрэктомии струпа, при подготовке ран к отсроченной аутодермопластике, влажное ведение ран позволяет ускорить рост грануляций, сохранить участки подлежащей жизнеспособной дермы (парараневая зона), а также уменьшить площадь ран за счет эпителизации ожогов II степени из сохранившихся жизнеспособных дериватов кожных покровов.

Как правило, лечение пострадавших с термической травмой происходит после эвакуации, в условиях ожоговых центров и соответствует общепринятым канонам комбустиологии.

Литература

1. Алексеев А.А. Организация медицинской помощи пострадавшим от ожогов в российской федерации. //Сборник тезисов IX съезда травматологов-ортопедов России. / Саратов. - 2010.
2. Алексеев А.А. Современные методы лечения ожогов и ожоговой болезни. // Комбустиология (эл. версия). -1999 - №1.
3. Кузин М. И., Костюченко Б. А. (под ред.) Раны и раневая инфекция. //Рук. для 20 врачей. - М.: Медицина. - 1990.
4. Лагвилава М.Г. Ранняя аутодермопластика обширных циркулярных глубоких ожоговых ран: средства и методы ее обеспечения: Дис... д.м.н. - Москва, 1993. Алексеев А.А., Бобровников А.Э. Современные технологии местного лечения пострадавших от ожогов. //Материалы IV Конгресса Московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». - 2011.
5. Марченко Д.В. Учебник «Первая медицинская помощь при травмах несчастных случаях», страницы 92-123.

ЭВОЛЮЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК МАСТЭКТОМИИ В СОЧЕТАНИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Ибрагимова А.О.,
обучающаяся 2 курса.
Научный руководитель
Накаева Е.Ю.,
преподаватель,
ГАПОУ СО «БМК», г. Балаково*

Современные возможности хирургической техники, развитие современных алломатериалов и успехов в микрохирургической пересадке комплексов тканей позволяют иметь широкий арсенал средств для достижения оптимального контроля над болезнью без нанесения значительного вреда внешнему виду женщин, страдающих этой патологией. Безусловно, хирургические подходы к лечению рака будут совершенствоваться и мастэктомия, как метод хирургического лечения, будет и дальше адаптироваться к меняющемуся представлению о природе и оптимальных методах лечения рака молочной железы.

Эволюция развития хирургического лечения рака молочной железы протекала поэтапно. Преимущественно значимые события в развитии хирургического подхода. Первый этап- отказ от выполнения операции по W. Halsted в пользу модифицированной техники J. Madden, при которой используется минимально травматичный и инвалидизирующий подход. Второй этап- отказ от бездоказательной лимфаденэктомии при отсутствии метастатически пораженных лимфатических узлов. Техника биопсии сигнальных лимфоузлов (БСЛУ) впервые была описана в 1994 г. , ее целью являлась минимизация травматичности классической аксилярной лимфодиссекции (АЛД). В 2011 г. были предоставлены результаты большого метаанализа, оценивавшего клиническую результативность и безопасность способа БСЛУ. Всего в анализ вошли 8560 пациенток из 8 исследований (группа БСЛУ – 4 301, группа АЛД – 4 259). точность метода определения БСЛУ варьировалась от 93 до 97,1 %, а частота ложно-отрицательного результата от 5 до 22,9 %. Не было найдено статистически достоверных отличий в показателях общей выживаемости, безрецидивной выживаемости и регионарного рецидивирования в исследуемых группах .

Таким образом, настала пора перемен в хирургии рака молочной железы, а именно удаление молочной железы с кожным чехлом. Torth B. и Lappert P. в 1991 г. описали технику сохранения естественного кожного покрова при выполнении мастэктомии. В 1997 г. Carlson G. была предложена спецификация разрезов при кожесохраняющих мастэктомиях, благополучно используемая и по сей день.

Онкологическая безопасность всегда являлась преимущественно важной задачей при попытке реализации новых направлений лечения. Последние изучения доказали, что органосохраняющие операции или подкожные мастэктомии, в сочетании с лучевой терапией на начальных стадиях рака молочной железы, гарантируют те же показатели общей и безрецидивной выживаемости, что и при выполнении радикальной мастэктомии. Одно из первых научных исследований в этом направлении было проведено в 1984 г. Webster D. на основании сравнительного анализа результатов 139 оперативных вмешательств у женщин, перенесших реконструктивно-пластические операции после мастэктомии по поводу рака молочной железы, и историй болезни 204 пациенток с тем же диагнозом, которым не проводили похожие операции, установил, что показатели выживаемости в этих группах одинаковые. Выполнение реконструктивно-пластических операций- лучший способ хирургического лечения на ранних стадиях заболевания.

При планировании операции необходимо руководствоваться рядом факторов:

- стадия заболевания,
- биологические и иммуногистохимические характеристики опухоли,
- размер и форма второй молочной железы,
- конституциональный тип женщины,
- объемом и состоянии местных тканей (наличие или отсутствие кожного чехла, сохранность большой грудной мышцы, предшествующей или планируемой лучевой терапии, отсутствие рубцовой деформации и др.).

Важно установить желаемую форму в соответствии с исходной проекцией и масштабами «пятна» молочной железы, степеньюптоза контрлатеральной молочной железы и перспективой ее мастопексии и/или редукционной маммопластики. недопустимо откладывать или менять план адьювантного лечения в пользу эстетического итога выполняемой операции. При проведении лучевой терапии восстановление молочной железы осуществляют не ранее 6–12 месяцев после завершения облучения в целях профилактики некроза лоскута, формирования капсулярной контрактуры. В случае необходимости лучевой терапии после одномоментной реконструкции молочной железы ее проводят в стандартном режиме. Косметический результат реконструктивнопластической операции повышается при проведении кожесохраняющей мастэктомии, что позволяет оставить «кожный чехол», субмаммарную борозду и сосково-ареолярный комплекс.

Классификация реконструктивно-пластических операций на молочной железе

1. В зависимости от срока выполнения:

- одномоментные,
- отсроченные.

2. В зависимости от используемого пластического материала:

- реконструкция с использованием алломатериалов (эндопротез, экспандер, экспандер-эндопротез



Беккера, ацеллюлярный дермальный матрикс, биodeградируемые сетчатые материалы), аутопластические операции или реконструкция с использованием собственных тканей.

GRAM-лоскут

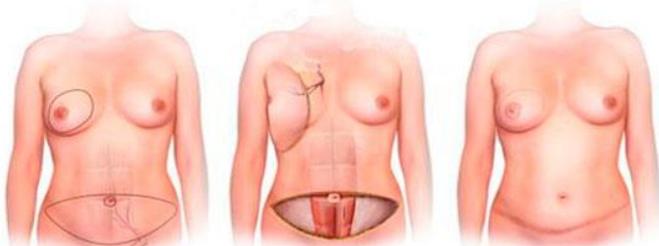
TRAM означает Transverse Rectus Abdominal Muscle, т.е. поперечный кожно-мышечный лоскут передней брюшной стенке на основе прямой мышцы живота. (Рисунок 1).

Данный метод предполагает использование части кожи, жировой ткани и мышцы живота для воссоздания формы молочной железы.

Из нижней части живота берется лоскут и трансплантируется на необходимый участок. Более всего подходит женщинам, у которых в нижней части живота большое количество жира.

Рисунок 1. TRAM-лоскут

DIEP значит Deep Epigastric Artery- глубокая нижняя эпигастральная артерия. (Рисунок 2).



стенка живота меньше ослаблена.

Рисунок 2. DIEP

Так называется основной сосуд, использующийся для кровоснабжения пересаженного лоскута. Этот метод очень похож на метод TRAM- лоскута. Берется та же часть кожи и жировой ткани живота, что и для GRAM- лоскута, но с одним отличием: прямая мышца живота полностью остается на своем прежнем месте и в состав пересаживаемого лоскута не входит. Преимущества такого метода перед методом TRAM- лоскута, что мышца не пересаживается, а следовательно

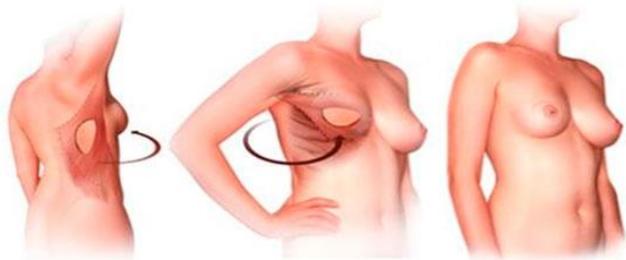


Рисунок 3. LD-лоскут

LD-лоскут (лоскут широчайшей мышцы спины). (Рисунок3).

Метод LD- лоскута представляет реконструкцию с пересадкой части кожи, жировой ткани и мышцы с участка спины на уровне молочной железы. В большинстве случаев лоскут мышцы спины берется совместно с соответствующими сосудами. Поскольку подобный лоскут зачастую тоньше лоскута с живота, часто необходимо использовать еще и имплант. Таким образом, создается больший объем и более естественный вид молочной железы.

Ягодичный лоскут (рисунок 4). При этой операции с помощью овального разреза проводится иссечение лоскута с кожей, жировой клетчаткой и мышцей, который впоследствии подшивается в области молочной железы. Лоскуту придается форма молочной железы. В зависимости от желаемого размера груди дополнительно могут использоваться имплантанты.

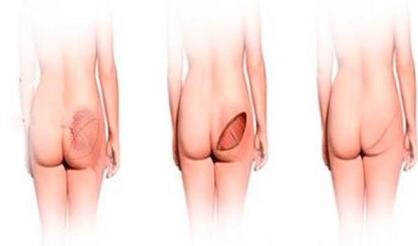


Рисунок 4. Ягодичный лоскут

Преимущества применения методики липофилинг:

- используется собственные ткани пациента,
- освобождаются от жира участки тела с его избытком,
- как правило, выполняется под местной анестезией..

BRAVA липофилинг

Система BRAVA является наружным экспандером, который оказывает мягкое трехмерное растягивающее действие на грудь. Это очень нежное пролонгированное растяжение вынуждает клетки делиться, в результате чего возникает новая железистая ткань. BRAVA базируется на принципе так называемой “тканевой экспансии” – когда ткань тела подвергается растяжению, она начинает расти. предварительный предоперационный период занимает в среднем 4 недели, в течение которых по 10-12 часов в день, а накануне операции 36 часов непрерывно, женщина носит аспирационный бюстгальтер BRAVA. Под наркозом или при желании пациентки под местной

анестезией производится липосакция в области живота, талии, бедер для улучшения контуров тела. Полученный жир вводят в грудь через проколы кожи по специальной технике. После операции еще 4 недели женщина должна носить BRAVA.

Липофилинг с PRP.

PRP-плазма обогащенная тромбоцитами. При липофилнге используются собственные регенеративные факторы (PRP), с целью улучшения приживаемости пересаженных жировых клеток.

Реконструкция с помощью имплантантов.

Реконструкция молочных желез с помощью имплантантов может быть проведена такими методами:

Одноэтапная немедленная реконструкция путем имплантации протеза. (Рисунок 5.) Выполняется в ходе мастэктомии.



Рисунок 5. Реконструкция с имплантом



Рисунок 6. Реконструкция с экспандером.

После удаления пораженной ткани грудной железы пластический хирург вводит имплантат.

Реконструкция путем имплантации протеза, выполняемая в два этапа (с использованием экспандера). (Рисунок 6).

Экспандер - это способное к растяжению силиконовое приспособление по типу надувного шарика, которое понемногу заполняется физиологическим раствором, в следствии чего кожа на месте удаленной молочной железы растягивается.

Установление экспандера может проводиться сразу в ходе мастэктомии (немедленная реконструкция) или через несколько месяцев или лет (отсроченная реконструкция).

1 этап: вначале имплантируется пустая оболочка экспандера, которая впоследствии заполняется стерильным физиологическим раствором. При заполнении экспандера происходит растяжение ткани. С помощью экспандера образуется карман в форме груди, куда далее и имплантируется грудной протез. Операция введения экспандера проводится под общим наркозом.

2 этап: Удаление экспандера и введение протеза молочной железы. Операция по замене экспандера на протез, как правило, проводится под общим наркозом.

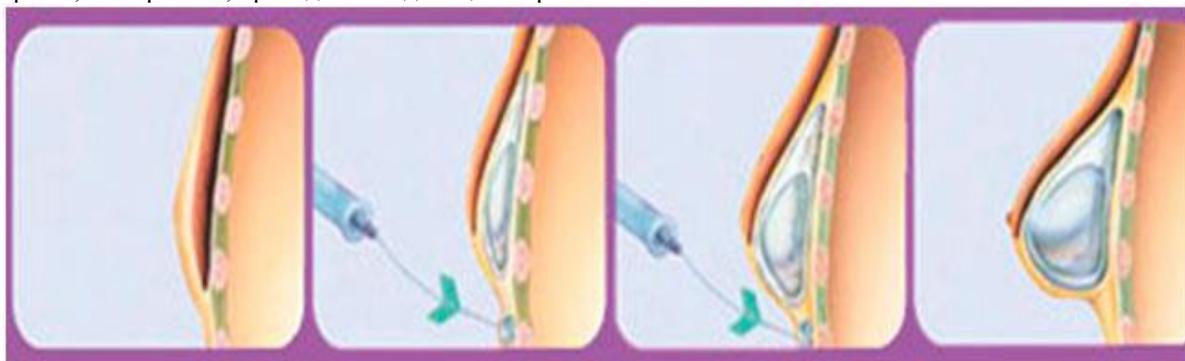


Рисунок 7. Реконструкция путём имплантации комбинированного протеза-экспандера.

Одноэтапная реконструкция путём имплантации комбинированного протеза-экспандера.

Некоторые модели современных тканевых экспандеров могут, впоследствии выполнять и функцию протеза. Протез-экспандер возможно имплантировать как сразу же после выполнения мастэктомии, так и в более поздние сроки. (Рисунок 7).

- комбинированные реконструкции (аутотрансплантат + имплантат).

Одномоментная реконструкция груди:

Показаниями для одномоментной реконструкции груди после операции по удалению рака молочной железы следующие:

- само отсутствие молочной железы,
- подходящий возраст пациентки,
- личное желание пациентки,
- отсутствие противопоказаний.

Противопоказания к одномоментной реконструкции молочной железы

Очень часто операции по реконструкции груди после мастэктомии проводятся отсрочено, так как есть

противопоказания к одномоментной реконструкции:

- запущенная стадия рака (опухоль дала многочисленные метастазы, вышедшие за пределы молочных желез),
- метастазы в лимфатической системе и внутренних органах,
- после мастэктомии запланирован курс интенсивной радиотерапии,
- наличие воспалительного процесса при некрозе опухоли.

Алломатериалы благодаря внедрению в практику силиконовых имплантатов возможно выполнять одно- и двухэтапные реконструктивные вмешательства одномоментно с мастэктомией или отсроченно, после проведенного комплексного лечения. Одноэтапная реконструкция предполагает установку текстурированного импланта или импланта с полиуретановым покрытием непосредственно при выполнении мастэктомии. Установка импланта возможна как препекторально, то есть подкожно, с расположением импланта на большой грудной мышце, а также субмускулярно. Методика прямо пропорционально зависит от конституциональных особенностей пациентки, а также необходимости дальнейшего химиолучевого лечения. В большинстве случаев для достижения симметричности молочных желез требуется проведение корректирующей операции на контралатеральной молочной железе.

Литература

1. Малыгин С.Е. Мастэктомия: рождение, эволюция и современное значение в лечении и профилактике рака молочной железы №4 2019г.(15). с.3-13.
2. Теличко С.В., Коваленко Н.В., Жаворонкова В.В., Иванов А.И., Сухов В.А., Сперанский Д.Л., Девятченко Т.Ф., Чухнин А.Г. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Выпуск №3 2020г.(75), с.179-184.
3. [Электронный ресурс] Лечение рака молочной железы и восстановления груди в клинике «Хелена». <https://www.clinichelena.com/ru/mikroneirovaskulyarnaya-tram-rekonstrukciya-grudi>.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Иванов А.В.,
обучающийся 3 курса.
Научный руководитель
Афандиева В.В.,
преподаватель,*

Аркадакский филиал ГАПОУ СО «СОБМК», г. Аркадак

Хирургия — одна из ведущих специальностей медицины, изучающая заболевания, основной метод лечения которых — операция, разрабатывающая приемы, методы и технику их выполнения. Хирургия — древнейшая медицинская специальность наряду с терапией и акушерством.

Основные виды хирургической патологии. Хирургические заболевания разделяют на следующие группы:

- пороки развития и уродства;
- повреждения (травмы);
- хирургическая инфекция;
- опухоли;
- смежные заболевания.

Пациентов с этими заболеваниями лечат как терапевты, так и хирурги, в зависимости от стадии болезни и/или наличия осложнений. Например, пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки лечат терапевты, а с ее осложнениями (перфорацией, гастродуоденальным кровотечением, стенозом привратника) — хирурги.

Асептика представляет собой комплекс мер, направленных на предупреждение загрязнения операционной раны микроорганизмами. Принципы асептики осуществляются с помощью различных методов: химических, физических, биологических. Принципы асептики должны соблюдаться тщательно и неукоснительно, начиная с первого контакта больного с врачом в приемном отделении, с врачом скорой помощи. Врачи первого контакта, сталкиваясь с ранениями и травмами, должны оказать первую медицинскую помощь и как можно быстрее доставить больного в стационар.

Стерилизация – это метод, направленный на устранение живых микроорганизмов и их спор с поверхности материалов, инструментов и иных предметов, вступающих в контакт с раневой поверхностью до, после и во время операционного вмешательства. Стерилизации должны быть подвергнуты перевязочный материал, белье, шовный материал, резиновые перчатки (некоторые несложные амбулаторные манипуляции, например забор крови на анализ, могут проводиться в одноразовых стерильных перчатках), инструментарий.

Различают следующие методы стерилизации.

1. Кипячение (длительность его зависит от вида загрязнения).
2. Обработка текущим паром или паром, подаваемым под давлением в специальном аппарате – автоклаве (для стерилизации загрязненного перевязочного материала, белья, халатов, бахил). Контроль над температурой в нем осуществляется различными методами. Одним из таких методов является помещение в бикс пробирок, содержащих вещества, температура плавления которых соответствует или несколько ниже необходимой температуры в стерилизационном аппарате. Плавление этих веществ свидетельствует о достижении необходимой для стерилизации температуры.

3. Бактерицидное действие ультрафиолетового излучения (для обеззараживания воздуха операционных, перевязочных и манипуляционных). Бактерицидные лампы включаются в конце рабочего дня после уборки помещения на 3 ч, а если в течение дня отмечается большой поток больных, целесообразно проводить обработку лампами и в течение дня.

Обследование хирургического больного.

Обследование хирургического больного имеет свои особенности. Нередко больные нуждаются в оказании экстренных лечебных мероприятий, когда обследование еще до конца не закончено, но принципом является следующее: «Без диагноза нет лечения». Только из четко сформулированного диагноза можно вывести тактический алгоритм ведения больного и четко определить показания к операции, ее характер и объем.

При обследовании больного не следует забывать, что основой диагностики являются опрос и физикальное обследование больного. Специальные методы исследования играют только вспомогательную роль. Естественно, следует стремиться определить конкретное заболевание, имеющееся у пациента, но не следует забывать, что некоторые состояния, такие как острый живот, шок, потеря сознания, требуют экстренных лечебных мероприятий еще до выяснения их причины. Важным моментом обследования хирургического больного является оценка операбельности и операционного риска.

Обследование больного начинается с выяснения жалоб больного (причем следует выявлять их настолько полно, насколько это возможно). Далее приступают к сбору анамнеза заболевания и анамнеза жизни. Следует обратить особое внимание на наличие сопутствующих заболеваний. Далее приступают к физикальному исследованию (осмотру, пальпации, перкуссии, аускультации). Как правило, после опроса и физикального исследования пациента становится возможным составить представление о вероятном диагнозе.

Использование специальных методов исследования определяется тем, какое заболевание подозревается у данного пациента. Эти методы исследования подтверждают или опровергают первоначальное диагностическое предположение. Больному могут потребоваться, помимо необходимого минимума лабораторных исследований (ОАК, ОАМ, анализ кала на яйца глистов, крови на RW), и биохимический анализ крови, коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора, анализ крови и мочи на содержание α -амилазы.

Также при обследовании хирургического больного (особенно с гнойной патологией) важно провести комплекс микробиологических исследований, включающих в себя микроскопию, бактериологическое исследование с определением чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам.

К инструментальным методам исследования относят эндоскопические, рентгенологические, ультразвуковые, а также томографию (компьютерную и магнитнорезонансную).

Эндоскопические методы исследования.

1. Ларингоскопия.
2. Бронхоскопия.
3. Медиастиноскопия.
4. Эзофагогастродуоденоскопия.
5. Ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ).
6. Фиброколоноскопия.
7. Ректороманоскопия.
8. Цистоскопия.
9. Лапароскопия.
10. Торакоскопия.

Рентгенологические методы исследования.

1. Малоинвазивные: 1) рентгеноскопия за экраном; 2) рентгенография различных областей тела; 3) томографические методы исследования.

2. Инвазивные (требуют строгих показаний, поскольку дают высокий процент осложнений): 1) ангиография; 2) чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХ); 3) фистулография; 4) экскреторная урография; 5) интраоперационные рентгенологические методы исследования.

Ультразвуковые методы исследования.

1. Сканирование.
2. Эхолокация.
3. Допплерография.

1. Этапы хирургического лечения. Предоперационный этап.

Лечение хирургических заболеваний четко подразделяется на такие три этапа, как: предоперационный период, непосредственно оперативное вмешательство и послеоперационный период.

Предоперационный период начинается с момента поступления больного на стационарное лечение (в плановой хирургии часть мероприятий может проводиться на амбулаторном этапе) и заканчивается к моменту начала непосредственно операции. Сам предоперационный период складывается из двух блоков, которые нередко (особенно в экстренной хирургии) невозможно разделить по времени. Это блок диагностических и блок подготовительных мероприятий.

Во время диагностического этапа предоперационного периода должны быть достигнуты следующие цели: необходимо уточнить диагноз основного заболевания, наиболее полно собрать сведения о сопутствующих заболеваниях, выяснить функциональные возможности органов и систем пациента, определиться с тактикой ведения больного, при необходимости операции четко сформулировать показания к ней, определиться с

необходимым объемом предстоящего оперативного вмешательства.

1. Подготовительный блок включает в себя следующие мероприятия: консервативные методы лечения основного заболевания, коррекцию нарушенных функций организма, направленных на подготовку к операции, непосредственную подготовку к операции (премедикацию, бритье и т. д.). Чтобы наиболее полно выполнить все требования обследования больного на диагностическом этапе, необходимо придерживаться определенного алгоритма.

Провести и пройти:

1) предварительное обследование (подвергаются тщательному анализу жалобы, история жизни и болезни, которую у хронических больных прослеживают с момента начала заболевания, а у экстренных больных – с начала настоящего приступа);

2) полное физикальное обследование больного (пальпацию, перкуссию, аускультацию по всем требованиям);

3) необходимый минимум специальных методов обследования: биохимическое исследование крови и мочи, определение группы крови и Rh-фактора, времени свертывания крови и коагулограмму, осмотр стоматолога, ЛОР-врача, консультацию терапевта, уролога – для мужчин, гинеколога – для женщин, всем больным старше 40 лет – ЭКГ. При плановом лечении возможны также дополнительные исследования (с целью уточнения наличия сопутствующих заболеваний).

Длительность предоперационного периода может варьироваться в очень широких пределах – от нескольких минут до нескольких месяцев (в зависимости от срочности оперативного вмешательства). В последние годы наметилась тенденция к сокращению предоперационного вмешательства. В связи с высокой стоимостью дня пребывания больного в стационаре большинство мероприятий диагностического блока при плановых операциях проводят на амбулаторном этапе. Развивается даже целое направление амбулаторной хирургии, но об этом ниже. Итогом предоперационного периода является написание предоперационного эпикриза, в котором должны быть отражены следующие основные моменты: обоснование диагноза показания к предполагаемому оперативному вмешательству и его объем, предполагаемое обезболивание и обязательно документально зафиксированное согласие больного на операцию

2. Подготовка к оперативному вмешательству.

Здесь будут отражены только основные моменты предоперационной подготовки, которая обязательна при всех плановых оперативных вмешательствах. К совокупности этих мероприятий добавляются некоторые специальные методы (такие как метаболическая коррекция при операциях по поводу тиреотоксического зоба, подготовка толстого кишечника при колопроктологических операциях).

Подготовка нервной системы. Пациент априори рассматривается как находящийся в состоянии невроза. Каким бы сильным и волевым ни был человек, он все время возвращается в мыслях к предстоящей операции. Он утомлен предшествующими страданиями, нередко наблюдается возбуждение, но чаще депрессия, подавленность, повышенная раздражительность, плохой аппетит и сон. Для нивелирования отрицательных моментов этого состояния можно применить медикаментозную подготовку (применение легких анксиолитиков и транквилизаторов), необходимо четко соблюдать все правила и требования деонтологии, а также подобающим образом организовать работу планового хирургического отделения (еще не прооперированные больные должны быть помещены отдельно от уже перенесших оперативное вмешательство).

Подготовка кардиореспираторной системы. При нормальной деятельности сердечнососудистой системы специальной подготовки не требуется, а вот правильно дышать – необходимый для пациента навык, особенно если предполагается оперативное вмешательство на грудной клетке. Это в дальнейшем уберет пациента от возможных воспалительных осложнений. Если же имеются какие-либо заболевания дыхательных путей, этому необходимо уделить большое внимание. В острой стадии хронической болезни или при острых заболеваниях (бронхите, трахеите, пневмонии) плановая операция противопоказана. При необходимости назначаются отхаркивающие препараты, микстуры, антибиотикотерапия. Этому придается большое значение, поскольку госпитальная пневмония способна порой свести на нет труды всей бригады хирургов. Если у пациента имеются небольшие функциональные изменения в деятельности сердечно-сосудистой системы, необходима их коррекция (прием спазмолитиков, бета-адреноблокаторов, препаратов, улучшающих метаболизм сердечной мышцы.). При тяжелой органической патологии сердечно-сосудистой системы необходимо лечение терапевта до максимально возможной компенсации нарушенных функций организма. Затем проводится комплексное исследование, по его результатам делается заключение о возможности операции в данном случае. Значительный процент в настоящее время отводится тромбозам осложнением. Поэтому всем больным необходимо исследовать свертывающую систему крови, а лицам, имеющим риск возникновения тромбоэмболии, проводить ее профилактику (применять гепарин и его препараты, а также аспирин). Группы повышенного риска – больные с варикозным расширением вен, ожирением, онкологические больные, имеющие нарушение свертывающей системы крови, вынужденные длительное время проводить в постели. Нередко лица, которые готовятся к плановой операции, имеют анемию (гемоглобин снижен до 60—70 г/л.). Необходима коррекция этих нарушений, поскольку может наблюдаться замедление регенерации. Подготовка пищеварительной системы. Санация полости рта для ликвидации очагов дремлющей инфекции, которая может привести к стоматиту и паротиту. Санация толстой кишки перед операцией над ней, которая включает в себя механическую очистку и химиотерапевтическое подавление микрофлоры. Непосредственно до операции налагается запрет «ничего внутрь», что подразумевает лишение больного пищи и воды с самого утра в день операции. За 12 ч до операции,

если не выполняется специальная подготовка кишечника, необходима клизма. Слабительные препараты стараются не назначать. Для повышения устойчивости организма к оперативному стрессу необходимо позаботиться о метаболической защите печени и повысить в ней запасы гликогена. Для этого используются вливания концентрированных растворов глюкозы с витаминами (аскорбиновой кислотой, группы В). Применяются также метионин, адеметионин и эссенциале.

Подготовка мочевыделительной системы. Перед операцией проводится обязательное исследование функции почек, поскольку после операции им придется столкнуться с повышенными требованиями (массивной инфузионной терапией, включающей в себя введение солевых и коллоидных растворов, растворов глюкозы, препаратов и компонентов крови, лекарственных средств).

Подготовка к экстренной операции. Экстренные операции необходимы при травмах (повреждениях мягких тканей, переломах костей) и острой хирургической патологии (аппендиците, холецистите, осложненных язвах, ущемленных грыжах, кишечной непроходимости, перитоните). Подготовка к экстренной операции коренным образом отличается от подготовки к плановому вмешательству. Здесь хирург крайне ограничен во времени. При этих операциях длительность подготовки определяется тем тактическим алгоритмом, который выбрал оперирующий хирург. Характер подготовки тоже может отличаться при различных заболеваниях, но все-таки общие моменты есть. Клизм при экстренных операциях обычно не делают, чтобы не терять времени. Содержимое желудка выводят с помощью зонда. Премедикация проводится так быстро, как только можно. Подготовку операционного поля проводят по пути в операционную.

Подготовка к операции пожилых людей. Проводится по тем же принципам, что и подготовка других категорий пациентов. Необходимо только учитывать тяжесть сопутствующей патологии и проводить коррекцию имеющихся нарушений с помощью терапевта и анестезиолога. Объем предстоящего оперативного вмешательства выбирается в соответствии с общесоматическим состоянием пациента и способностью его перенести предполагаемое обезболивание.

Подготовка к операции пациентов детского возраста. Предоперационную подготовку в этом случае стараются свести к минимуму. Все исследования, которые возможно провести вне стационара, проводят амбулаторно. Следует помнить, что у детей более рыхлая слизистая оболочка бронхов, это делает их более предрасположенными к возникновению инфекций дыхательных путей (бронхиту, пневмонии).

3. Послеоперационный период.

Этот период во многом определяет дальнейшее качество жизни пациента, поскольку от его течения (осложненный он или неосложненный) зависят сроки и полнота выздоровления. Во время этого периода происходит адаптация организма пациента к новым анатомофизиологическим отношениям, которые были созданы операцией. Не всегда этот период проходит гладко.

По времени выделяют:

- 1) ранний послеоперационный период (с момента окончания операции до 7 суток);
- 2) поздний послеоперационный период (после 10 суток).

Длительность послеоперационного периода может варьироваться у разных пациентов даже при однотипных операциях. Все дело в индивидуальных качествах организма пациента и особенности его реакции на стресс. Это объясняет концепция Селье, который расценивал оперативную травму как сильнейший стресс, который вызывает развитие общего адаптационного синдрома (ОАС).

Первая стадия ОАС, или стадия тревоги (при рассмотрении послеоперационного периода она носит название катаболической фазы), длится в среднем (в зависимости от тяжести оперативного вмешательства) от 1 до 3 суток. Стресс вызывает активацию симпатoadреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем. Это приводит к повышению секреции глюкокортикоидных гормонов, которые вызывают много различных эффектов. Это раздражение центральной нервной системы (гипотермия, гипотония, депрессия, миоплегия), повышение проницаемости клеточных мембран, активация катаболических процессов и (как следствие) развитие дистрофии, отрицательного азотистого баланса.

Фаза резистентности, или анаболическая фаза, длится до 15 суток. В эту фазу начинают преобладать процессы анаболизма. Происходит нормализация артериального давления и температуры тела, повышаются и восстанавливаются энергетические и пластические резервы организма. Идет активный синтез белка, активизируются репаративные процессы. Некоторые авторы выделяют еще и фазу обратного развития, т. е. восстановления нарушенных за время катаболической фазы функций организма. Но эту точку зрения разделяют отнюдь не все.

Анаболическая фаза плавно переходит в фазу реконвалесценции, или, как ее еще называют, фазу восстановления массы тела. Для гладкого течения послеоперационного периода крайне важно, чтобы первая фаза не затягивалась, поскольку при этом превалируют процессы катаболизма, нарушается регенерация, что открывает путь осложнениям.

Лабораторная диагностика подобных нарушений:

- 1) в связи с отрицательным балансом калия повышается его содержание в моче, снижается его концентрация в крови;
- 2) в связи с распадом белка происходит повышение азотистых оснований в крови;
- 3) наблюдается снижение диуреза.

В раннем послеоперационном периоде больного беспокоят, как правило, боли в области оперативного вмешательства, общая слабость, нарушение аппетита и нередко тошнота, особенно после вмешательств на

органах брюшной полости, жажда, вздутие живота и метеоризм (хотя чаще наблюдается нарушение отхождения газов и стула), температура тела может повышаться до фебрильных цифр (до 38 °С).

Литература

1. Барыкина Н.В. Сестринское дело в хирургии (практикум) / Н.В. Бары, О.В. Чернова. – Ростов н/Д: Феникс, 2017 - 460 с.
2. Гостищев В.К. Общая хирургия / В.К. Гостищев. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015 – 608 с.
3. Чернов В.Н. Уход за хирургическими больными: учебное пособие / В.Н. Чернов, И.И. Таранов, А.И. Маслов. – М.; Ростов н/Д: Академия, 2021 – 237 с.
4. <http://vmede.org/sait/>
5. <https://revolution.allbest.ru/medicine/0027468>

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

*Калмыкова А.В.,
обучающаяся 2 курса.
Научный руководитель
Накаева Е.Ю.,
преподаватель,
ГАПОУ СО «БМК», г. Балаково*

После операции у больных раком молочной железы возникают психологические проблемы, связанные с чувством утраты женственности. В это время у больных наступают реальное осознание последствий калечащей операции, чувство собственной неполноценности, утраты привлекательности, женской сексуальности. В результате операции в первую очередь изменяется представление больной о себе, ее самооценка, и только потом приходит осознание благополучного исхода операции и как результат – исчезает страх смерти, доминирующий на дооперационном этапе, поскольку реальная опасность для жизни миновала. Непосредственно после операции неустойчивое настроение, чувство неполноценности, стыдливость даже перед самой собой могут привести к снижению самооценки и стремлению ограничить общение с людьми. У больных отмечается зависимость характера и степени выраженности психологического дистресса от объема проведенной операции с увеличением уровней тревоги и депрессии после радикальной мастэктомии.

Главной целью психологической реабилитации являются мобилизация психических ресурсов, направленная на физическую и психическую компенсацию, снижение неблагоприятных последствий операции.

Работа психолога ведется в двух направлениях, а именно:

1. Формирование у женщин правильного отношения к случившемуся необратимому факту утраты молочной железы.

2. Осознание женщинами, что в новой ситуации, возникшей в результате образовавшегося дефекта, у них есть все шансы устранить видимые признаки увечья и добиться общественной и профессиональной адаптации.

Из этого следует, что психологическая коррекция должна пробуждать жажду жизни, корректировать сферу мотивации и личностной структуры, которые расстроены стрессовой ситуацией, вызванной онкологическим заболеванием.

Для коррекции тревожно-депрессивного состояния у больных применяются следующие психокоррекционные методы: арт-терапия (свободное рисование, раскрашивание мандалы), прослушивание специально подобранной музыки и звуков природы в состоянии мышечной релаксации (англ. Natura Sound Therapy – NST), бинауральные ритмы, когнитивно-поведенческая терапия, телесно-ориентированная терапия, обучение техникам саморегуляции, библиотерапия, символдрама.

В процессе арт-терапии изменяется отношение человека к собственному травматическому опыту, переживаниям, а достигнутый психотерапевтический эффект выражается в упорядочивании психосоматических процессов. Объективность этих данных подтверждена психофизиологическими исследованиями. В терапевтической работе с больными рекомендуется использовать разновидность арт-терапевтического метода – технику рисования мандалы. Благодаря своей уникальной концентрической форме мандала – идеальная модель для медитации, которая помогает расслабиться и подходит как для тех людей, которые раньше никогда не рисовали и не медитировали, так и для тех, кто страдает от стресса, напряжения. Для больной женщины мандала – способ обобщения и упорядочивания себя, своего внутреннего состояния, достижения гармонии.

Прослушивание специально подобранной музыки и звуков природы в состоянии мышечной релаксации эффективно для снятия боли, страха, общего напряжения, улучшения сна. Сеанс проводится индивидуально, как правило, во второй половине дня в течение 45 мин ежедневно. Бинауральные ритмы улучшают функционирование мозга, поскольку помогают налаживать межполушарные нервные связи на нужной частоте. Вместе с этим формируется и терапевтически целесообразное состояние сознания, которому свойственна эта активность. Разными состояниями сознания достигается входение в релаксацию разной глубины или погружение в сон, включение интегративных процессов, ведущих к ощущению психологического равновесия. Сеанс может проводиться как монотерапия, так и в сочетании с прослушиванием специально подобранной музыки и звуков природы.

Мотивы, которые использует метод символдрама, отобраны в ходе долгой экспериментальной работы различных авторов. Активная эмоциональная проработка символов производит психотерапевтический эффект.

Задача психолога выяснить, какой образ ближе конкретной больной и даст возможность ей почувствовать необходимый ресурс.

При наличии у больной трудностей общения используются методы групповой терапии. Вначале группа создается для обмена информацией и не предполагает активного участия больной, а в дальнейшем она трансформируется в группу поддержки, которая сосредотачивается на обучении навыкам совладания со стрессом. Сочетание методов групповой и рациональной терапии с обязательным включением в группу больной, перенесшей лечение РМЖ несколько лет назад, позволяет принять болезнь как факт жизни. Группы собирают один раз в неделю: каждое занятие заканчивается определением установки на выздоровление, составлением плана на следующую неделю.

К сожалению, онкологическое заболевание на поздних стадиях достаточно часто предполагает болевые ощущения, как хронический болевой синдром, так и кратковременные приступы боли различной интенсивности. Для облегчения состояния можно попробовать применить психологические методы.

Прежде чем вы попытаетесь применить эти методы, следует сказать несколько важных вступительных слов.

Во-первых, боль – это предупреждающий сигнал организма о нарушениях его работы. Поэтому если Вы почувствовали боль впервые и не знаете о ее причинах, если она вдруг началась в нетипичном месте, то это и прочие необычные явления требуют немедленного вмешательства врача. Во-вторых, техники снятия боли не являются «панацеей» и ни в коем случае не заменяют фармакологические методы снятия боли, они могут использоваться во взаимодействии с ними. Также методы психотерапии боли требуют наличия хорошо развитого воображения, умения владеть собой и расслабляться.

Как правило, объективно присутствующая боль может усиливаться в связи с несколькими факторами, которые зависят от ее восприятия и психического фона, в котором пребывает человек в момент боли. Проще говоря, есть такие факторы, которые зависят только от нас, и мы можем влиять на них самостоятельно.

К этим факторам относятся:

- Когнитивные оценки боли, то есть как Вы ее воспринимаете, как относитесь к происходящему. Если вы воспринимаете боль как ужасное, непредвиденное, безнадежное чувство, при котором Вы находитесь в состоянии одиночества, беспомощности и изоляции, то боль может субъективно ощущаться как более сильная. С другой стороны, если человек воспринимает ее как один из симптомов болезни, знает ее причины, способы совладания с болью, верит в то, что наступит облегчение и что он найдет поддержку у родных и близких, то боль будет восприниматься более объективно;

- Уровень тревожности личности, то есть если Вас тревожит это ощущение, Вы паникуете, нервничаете сверх меры, убеждены в том, что с болью невозможно справиться, чувствуете беспомощность, это может вызывать излишнее напряжение мышц, ряд физиологических реакций, которые могут провоцировать усиление боли.

Психотерапия боли, прежде всего, включает дыхательные техники, упражнения на снятие тревоги, релаксацию (устранение мышечного напряжения), методы визуализации, медитативные техники.

Предлагаю вашему вниманию несколько из них:

Примеры психологических техник снятия болевого синдрома

Абдоминальное дыхание

Очень простой и эффективный метод. Сядьте удобно и сложите руки на коленях. Сделайте 10 дыхательных циклов (а лучше 2 подхода по 10 циклов с перерывом) следующим образом:

- Медленно вдыхайте через нос до тех пор, пока живот не «раздуется» максимально.
- Задержите дыхание на несколько секунд.
- Медленно выдыхайте через рот или нос, пока не выдохните из легких весь воздух.
- Повторите цикл несколько раз.

Визуализация

Она заключается в том, что вы подробно представляете себе место, в котором хотели бы находиться (например, на пляже или в лесу), и на некоторое время мысленно переноситесь туда. Попробуйте дать свободу своему воображению, постараться расслабиться и сосредоточиться на своих ощущениях, возникающих образах. Большое значение имеют также звуки, запахи, тактильные ощущения. Если вы на пляже, надо почувствовать под собой землю или песок. Какой он? Сухой или мокрый, золотистый или белый, теплый или горячий? Почувствуйте теплый или прохладный бриз, его силу, запах морской соли, водорослей, цветов, шум моря и т.д. Ваше дыхание подстраивается под него. Обратите внимание, во что вы одеты, какое время суток сейчас, что вы видите, какого цвета вода и пена от волн, какова температура воды и воздуха, какого цвета и формы окружающая растительность, какова она на ощупь и т.д.

Во время этого упражнения нужно лечь или сесть поудобнее, можно включить музыку или запись звуков природы (шум волн, дождь, пение птиц, ночь в джунглях), а также воспользоваться ароматической лампой с маслом или понюхать любимый аромат. Эти мероприятия должны содействовать расслаблению мышц и отвлечению от болевых ощущений. Можно вспомнить что-то приятное, что происходило с вами раньше и предельно четко вспомнить детали и ощущение этого момента.

Визуализация боли

Этот способ заключается в визуализации переживания боли, болезни.

1. Обратите свой внутренний взгляд на место, в котором сосредоточены неприятные ощущения, или на ваши негативные эмоциональные реакции.

2. Теперь представьте себе: если бы это выглядело как образ, то каков этот образ?
3. Когда вы видите образ боли, просто оставайтесь с ним и ощущением некоторое время. Не нужно ничего делать специально. Просто смотрите. Просто осознавайте. Возможно, вы сможете это назвать для себя. Например: «Сейчас я чувствую боль, и моя боль выглядит как яркое огненное пламя».
4. Позвольте проявиться этим ощущениям или переживаниям явно. Наблюдайте. Вам ничего не нужно делать специально, не нужно производить особых действий. Смысл в том, чтобы расслабиться и наблюдать.
5. Теперь задайтесь вопросом: какое средство поможет мне с этим справиться? И представьте себе этот образ. Например, если симптом выглядит как огонь, вы используете образ воды. И потушите огонь.
6. Делайте это не торопясь и наблюдая за тем, как меняется ваша внутренняя картинка.
7. Постепенно возвращайтесь к себе, обратите внимание на то, что изменилось в вас. Дайте себе еще некоторое время для релаксации и размышления.

Отвлечение внимания

Иногда, когда вы испытываете боль, следует попробовать сосредоточивать внимание на чем-то другом кроме боли и вызванных ею отрицательных эмоций. Можно использовать аутотренинг, произносить фразы наподобие: «Я могу справиться с этой болью». Можно отвлекаться и на внешние факторы – слушать музыку, смотреть телевизор, разговаривать, слушать, как кто-то читает, смотреть на что-то увлекательное. Также вы можете пытаться отслеживать свои отрицательные мысли и стараться заменять их положительными мыслями и образами.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.) разработана для первичного выявления депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Шкала HADS для определения уровня тревоги и депрессии не вызывает затруднений у пациента и не требует продолжительного времени на заполнение и интерпретацию результатов. Шкала HADS предназначена для того, чтобы помочь врачу лучше понять эмоциональное состояние и самочувствие пациента. Для углубленной диагностики эмоционального состояния пациента рекомендуется использовать: шкалу Гамильтона для оценки тревоги HARS и шкалу Гамильтона для оценки депрессии HDRS.

Таблица №1

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)	Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)
<p>1. Я испытываю напряжение, мне не по себе 3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю</p> <p>2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться 3 - определенно это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю</p> <p>3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове 3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто 0 - только иногда</p> <p>4. Я легко могу присесть и расслабиться 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь изредка, это так 3 - совсем не могу</p> <p>5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь 0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто</p> <p>6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться 3 - определенно, это так 2 - наверно, это так 1 - лишь в некоторой степени, это так 0 - совсем не испытываю</p> <p>7. У меня бывает внезапное чувство паники 3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает</p>	<p>1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - это совсем не так</p> <p>2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - совсем не способен</p> <p>3. Я испытываю бодрость 3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время</p> <p>4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно 3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет</p> <p>5. Я не слежу за своей внешностью 3 - определенно, это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 - я слежу за собой так же, как и раньше</p> <p>6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения 0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю</p> <p>7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы 0 - часто 1 - иногда 2 - редко 3 - очень редко</p>
Количество баллов здесь _____	Количество баллов здесь _____
0-7 баллов → «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)	
8-10 баллов → «субклинически выраженная тревога / депрессия»	
11 баллов и выше → «клинически выраженная тревога / депрессия»	

Например: по шкале тревоги (слева) получилось 11 баллов, по шкале депрессии (справа) – 3 балла
 Можно сделать вывод, что имеет место клинически выраженная тревога, а уровень депрессии находится в пределах нормы
Или: по шкале тревоги получилось 15 баллов, по шкале депрессии – 9 баллов
 Можно сделать вывод о том, что имеет место клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия
Или: по шкале тревоги получилось 6 баллов, по шкале депрессии – 1 балл
 Можно сделать вывод о том, что уровни и тревоги, и депрессии находятся в пределах нормы

Таким образом, успех лечения самых тяжелых болезней во многом зависит от психологического состояния пациента. Он должен сам стремиться к выздоровлению, верить в его возможность, понимать, что даже частичная потеря физических возможностей – не приговор. Нужно помнить об этом.

Литература

1. Малыгин С.Е. Мастэктомия: рождение, эволюция и современное значение в лечении и профилактике рака молочной железы №4 2019г.(15). с.3-13.

- 2.[Электронный ресурс] Психотерапия боли. http://www.help-patient.ru/psychological_help/patients/psychotherapy_of_pain/
- 3.[Электронный ресурс] Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. <https://neiroplus.ru/specialization/nevrologiya/shkala-hads/>.

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

*Кирьянова М.В.,
обучающаяся 2 курса.
Научный руководитель
Накаева Е.Ю.,
преподаватель,
ГАПОУ СО «БМК», г. Балаково*

Термин «мастэктомия», определяющий удаление одной либо двух молочных желез, пришёл к нам из глубины веков и до сих пор используется в медицине. Эволюция оперативной процедуры, которая находилась в основе мастэктомии, проистекала на протяжении многих столетий и происходит в настоящее время из-за развития и улучшения различных методов диагностики в области медицины. В самых ранних источниках, таких как древнеегипетский «папирус по хирургии Эдвина Смита», излагалось 8 случаев опухолевых язв в области груди с попыткой «прижигания». Гиппократ описывал злокачественное новообразование как самостоятельное заболевание.

Галеном, в 168 году, был создан метод «отжигания» молочной железы раскаленным инструментом. Впрочем, хирург сам указывал на неблагоприятный исход болезни вне зависимости от попыток лечения. В эпоху Возрождения разные источники описывали операции удаления молочной железы, повествуя об инструментах и методах острого отсечения железы с остановкой кровотечения путем тугого бинтования. Большинство прооперированных женщин скончалось от болевого шока, большой кровопотери и осложнений из-за нехватки знаний о правильной асептики, отсутствия анестезии и адекватной техники гемостаза.

Каждый год рост заболеваемости злокачественными новообразованиями населения России устанавливает необходимость непрерывного улучшения комплексных способов противоопухолевого лечения, которые значительно улучшают выживаемость больных. Одновременно предотвращение послеоперационных осложнений у прооперированных больных является неотъемлемой задачей для сохранения физической, психической, социальной, профессиональной полноценности и качества жизни.

Главными ранними послеоперационными осложнениями являются:

- А. Лимфорея с последующей серомой;
- Б. Кровотечение, гематома;
- В. Расхождение краев раны и краевой некроз кожи;
- Г. Нагноение послеоперационной раны;
- Д. Флебит, тромбофлебит поверхностных вен верхней конечности.
- Е. Невропатия и плексопатия.

Ранние осложнения затягивают течение послеоперационного периода, снижают защитные функции организма, оттягивают дату проведения других методов лечения, они являются причиной определенных периферийных осложнений кардинального лечения рака молочной железы. Выраженность упомянутых осложнений будут сильнее при осуществлении несоответствующего лечения. Лимфорея с появлением подкожной серомы с прерыванием во время операции лимфатических сосудов, невозможностью наложить лигатуру на них из-за отсутствия изображения – неминуемое послеоперационное осложнение. Факторы риска развития инфекции в области хирургического вмешательства связаны с общим состоянием организма, средой, операцией и микробной обсемененностью раны. У значительного количества больных раком молочной железы отмечается «поверхностная инфекция разреза». Она, независимо от масштаба операции, вызывается обычно стафилококками и стрептококками, а также другими аэробными и анаэробными микроорганизмами.

По проведенным исследованиям, очевидным фактом является развитие у больных раком молочной железы раневых инфекций при том или ином виде оперативного вмешательства. Сильных отличий в частоте инфекций области хирургического вмешательства после радикальной мастэктомии и органосохраняющих операций не отмечалось. На протяжении более 20 лет частота развития раневых инфекций у больных раком молочной железы после радикальной мастэктомии и органосохраняющих операций не перенесла сильных изменений. Невропатия, плексопатия и флебит вен верхней конечности в раннем послеоперационном периоде являются следствием ошибки хирургической техники, травмы во время операции и требуют немедленного активного медикаментозного лечения.

Одним из компонентов оказания высококачественной хирургической помощи является периоперационная антибиотикопрофилактика.

Основными принципами проведения антибиотикопрофилактики являются:

- ✓ Введение антибиотиков с целью профилактики в течение 1 ч до разреза кожи;
- ✓ Длительность антибиотикопрофилактики составляет 24 ч;
- ✓ Препараты выбора – «защищенные» пенициллины и цефалоспорины I–II поколения.

Для предупреждения лимфореи помимо аккуратной хирургической техники, видов и сроков

дренирования предложены различные варианты интраоперационного закрытия «мертвого пространства» подмышечной области, миопластики подмышечной области после лимфаденэктомии, использование фибринового клея, тромбина, тромбоцитарного клея, флелосклерозирующих препаратов.

В послеоперационном периоде применяются компрессионные эластические изделия (повязки, биндажи). С целью коррекции волемиических нарушений, поддержания онкотического давления крови и снижения лимфорей рационально введение больным белковых препаратов и диетотерапия.

Стандартная медикаментозная профилактика позволяет снизить до минимума риск тромботических осложнений в раннем послеоперационном периоде. По наблюдениям, целесообразно больным старше 70 лет выполнять ультразвуковое исследование вен нижних конечностей в раннем послеоперационном периоде для диагностики бессимптомных тромбозов и, по возможности, использования хирургических методов коррекции. А так же необходимо проводить на первом этапе реабилитации лечебно-гимнастические упражнения.

Таблица №1

Комплекс профилактических мероприятий после мастэктомии

№	Исходное положение	Описание упражнений	Число повторений	Методические указания
1	Лежа на спине	Укладка руки оперированной стороны на 2 подушки так, чтобы уровень локтевого сустава был выше уровня плечевого, а угол отведения плеча от туловища был не менее 30°. Пальцы кисти должны охватывать мягкий валик.		Укладка проводится или контролируется медицинской сестрой или методистом лечебной гимнастики при пробуждении больного от наркоза Положение руки меняют каждые 1,5–2 ч несколько раз в день.
2	Лежа на спине	«Здоровую» руку положить на эпигастральную область. Диафрагмальное дыхание.	4–5	Вдох глубокий через нос, выдох с произнесением согласных звуков «ш», «ж».
3	Лежа на спине	Откашливание и глубокое дыхание.	4–5	Вдох через нос средней глубины. Выдох энергичный с произнесением звуков «кхе», «кхе».
4	Лежа на спине	Сгибание рук в локтевых суставах с физическим напряжением, сжимать и разжимать пальцы рук.	4–5	Дыхание произвольное.
5	Лежа на спине	Сгибание и разгибание стоп.	4–5	Дыхание произвольное.
6	Лежа на спине	Развести ноги в стороны, опираясь на пятки, на счет «4», свести ноги на тот же счет.	4–5	Дыхание произвольное.
7	Лежа на спине	«Здоровую» руку поднять вверх – вдох, опустить руку – выдох.	4–5	Темп медленный.
8	Лежа на спине	Положить ноги, согнутые в коленных суставах, в сторону, противоположную стороне операции, с поворотом таза в ту же сторону; опереться о матрац локтем здоровой руки, свесить ноги с кровати, сесть.	1	Первое присаживание выполняется с помощью методиста ЛФК или медицинской сестры, а в дальнейшем начиная со 2-х суток после операции – самостоятельно.
9	Сидя на кровати, ноги опущены	Расслабить мышцы плечевого пояса. «Здоровая» рука поддерживает «больную» руку, согнутую в локте, у груди.		Дыхание произвольное В положении сидя ноги опираются на всю ступню.
10	Лежа, ноги прямые	Круговые движения кистей.	5–10	Менять направление движения. Дыхание произвольное.
11	Лежа, ноги прямые	Согнуть ногу в коленном суставе – вдох, выпрямить ее на постели – выдох.	4–5	Движение ног попеременное в медленном темпе.
12	Лежа, ноги прямые	Пронация и супинация в плечевых суставах.	5–10	Дыхание произвольное. Темп медленный.
13	Лежа, ноги прямые	Поднимание таза с опорой на стопы	2–4	Дыхание произвольное, не

		и спину.		задерживать.
14	Лежа, ноги прямые	Повороты головы в стороны.	4–6	Темп медленный.
15	Перемена исходного положения	Медленный поворот на здоровый бок. Методист поддерживает, а затем укладывает «больную» руку на подушки, переложённые на противоположную сторону кровати, к груди больной, приподнимая предплечье выше плеча. Кисть руки располагается на груди.		Лежание на боку в течение нескольких часов. При повороте на спину – повторное занятие.
16	Лежа на боку	Откашливание и глубокое полное дыхание.	4–5	Паузы между откашливаниями.
17	Лежа на боку	Посмотреть вверх– вдох; прижать подбородок к груди – выдох.		Темп медленный.

Таким образом, современные возможности хирургической техники, развития современных материалов и успехов в микрохирургической пересадке комплексов тканей позволяют иметь широкий запас средств для достижения наилучшего контроля над болезнью без нанесения большого вреда внешнему виду женщин, страдающих этой патологией. Безусловно, хирургические подходы к лечению, а в особенности мастэктомия, как метод хирургического лечения, будет и дальше приспосабливаться к меняющемуся представлению о природе, а также вместе с данной операцией будет меняться и совершенствоваться профилактика послеоперационных осложнений.

Литература

1. Жукова Л.Г., Андреева Ю.Ю., Завалишина Л.Э., Закирходжаев А.Д., Королева И.А., Назаренко А.В., Палтуев Р.М., Пароконная А.А., Петровский А.В., Портной С.М., Семиглазов В.Ф., Семиглазова Т.Ю., Стенина М.Б., Степанова А.М., Трофимова О.П., Тюляндин С.А., Франк Г.А., Фролова М.А., Шатова Ю.С., Невольских А.А., Иванов С.А., Хайлова Ж.В., Геворкян Т.Г. Рак молочной железы. Клинические рекомендации. Современная Онкология. 2021; 23 (1): 5–40.

2. [Электронный ресурс] Издательский дом Панорама наука и практика <https://panor.ru/articles/osnovnyenapravleniya-v-deyatelnosti-feldshera-samostoyatel'nogo-priemapr-i-vypolnenii-trudovoy-funktsii-vyuavlenie-zlokachestvennogo-novoobrazovaniya-rakamolochnoy-zhelezy/52861.html>

3. [Электронный ресурс] ФБУЗ «Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзора <http://cgon.rosпотребнадзор.ru/>

4. [Электронный ресурс] Центр поддержки по вопросам молочной железы «Вместе» <https://dalshefond.ru/>

ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ОСТРОГО ЖИВОТА

*Киселева М.А.,
обучающаяся 4 курса.
Научный руководитель
Рыжкина Н.В.,
преподаватель,
ГАПОУ РБ «БМК», г. Белорецк*

Актуальность проблема острого живота связана с тем, что количество пациентов, обращающихся за медицинской помощью по поводу острой абдоминальной боли, прогрессивно увеличивается. Сейчас число больных с патологией пищеварительной системы (от 40 до 60%) опережает количество пациентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Боль в животе - это наиболее яркий и частый симптом, с жалобой на который обычно обращаются в службу «Скорой медицинской помощи», а впоследствии уже к хирургу. Этот симптом часто указывает на развитие острого заболевания органов брюшной полости, которое может быть опасным для жизни. Также следует отметить, что абдоминальная боль сопровождается различными по природе и тяжести острые и хронические заболевания, хронические процессы, что может затруднять диагностику.

Проблема своевременной диагностики синдрома острый живот в наши дни остается столь же актуальной, что и 50-60 лет назад. Это связано с тем, что, несмотря на внедрение в практику хирургических стационаров современных высокоэффективных методов ультразвуковой, лучевой и эндоскопической диагностики, а также новых технологий оперативного лечения, прогноз заболеваний, сопровождающихся развитием синдрома острого живота, и судьба больного во многом определяются эффективностью первичной диагностики этого симптомокомплекса на догоспитальном этапе, которую обычно осуществляют сотрудники скорой медицинской помощи и участковые врачи поликлиник.

Неоказание помощи может привести к временной нетрудоспособности, но и летальному исходу [10].

Острый живот – симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства [8].

Острый живот — симптомокомплекс, отражающий патологическое состояние организма, при котором произошло серьёзное повреждение органов брюшной полости с раздражением брюшины. Характеризуется резкими сильными болями в животе и патологическим напряжением брюшной стенки [2].

Причины:

1. Непроходимость кишечника, возникающая в результате заворота кишок, узлообразования, ущемления кишки во внутренней или наружной грыже, обтурации кишки извне или изнутри, сдавления кишки спайками;
2. Воспалительные процессы в придатках матки, внематочная беременность, перекрут ножки опухоли или кисты яичника, или опухоли яичников;
3. Острый аппендицит (воспаление червеобразного отростка);
4. Острый холецистит (воспаление стенки желчного пузыря);
5. Острый панкреатит (воспаление поджелудочной железы);
6. Нарушения кровоснабжения внутренних органов, в данном случае органов брюшной полости (заворот сальника, инфаркт кишечника, перекрут кисты яичника);
7. Внутренние кровотечения в просвет желудочно-кишечное кровотечение в брюшную полость (при разрыве трубы при трубной беременности) и забрюшинное пространство (разрыв почки);
8. Закрытые травмы живота, в результате которых повреждаются внутренние органы;
9. Проникающие ранения брюшной стенки с повреждением внутренних органов.
10. Клинические проявления острого живота:
11. интенсивная боль в животе;
12. продолжительная икота;
13. вздутие живота на фоне отсутствия отхождения газов;
14. рвота;
15. полное отсутствие стула;
16. изменение кала.

Основные проявления синдрома острого живота – это сильная боль, располагающаяся либо растекающаяся по всему животу. Как правило, эта боль становится сильнее, если больной двигается. В случае сильных и серьезных поражений, обуславливающих развитие синдрома острого живота, боли приобретают резкий характер, в отдельных случаях может развиваться шоковое состояние. Когда больной пытается встать, но, испытывая при этом очень сильную боль, вынужден сесть или принять полусидящее положение.

Очень часто при синдроме острого живота наблюдается отторжение рвотных масс. Рвота может открываться в самом начале болезни. В более редких случаях больной начинает мучиться сильной непреходящей икотой.

Задержка стула и газов обычно связано с наличием механической или динамической непроходимости кишечника. Реже бывает жидкий стул. Важным симптомом острого живота является изменения кала.

Еще одним характерным симптомом острого живота является напряжение мышц передней брюшной стенки, которое, как и боль, может быть распространенным или локализованным.

Острая кишечная непроходимость является собирательным термином. Разделяется на динамическую и механическую.

Динамическая кишечная непроходимость может быть спастической и паралитической. Спастическая форма встречается значительно реже паралитической. Спазмы кишок могут продолжаться от нескольких часов до нескольких дней. Больные жалуются на сильную схваткообразную боль в брюшной полости, иногда отмечается повторная рвота желудочным содержимым. Язык влажный. Живот обычно обычной конфигурации, мягкий, безболезнен, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Все показатели в норме.

Паралитическая кишечная непроходимость характеризуется равномерным вздутием брюшной полости, сопровождающимся периодической рвотой желудочным, а затем кишечным содержимым, задержкой стула и газов. Больные жалуются на разлитую боль и вздутие живота, задержку стула и газов. Дыхание учащено, грудного типа. Положительный симптом Щеткина – Блюмберга.

Механическая кишечная непроходимость различают в острую странгуляционную, острую обтурационную. При странгуляционной непроходимости имеется сдавление сосудов брыжейки, к этой форме механической кишечной непроходимости относят заворот, узлы, внутренние ущемления, сдавления и ущемления спайками. При обтурационной кишечной непроходимости нет сдавления сосудов брыжейки. Обтурация может быть вызвана желчным и каловыми камнями, инородными телами, аскаридами, доброкачественными и злокачественными опухолями, рубцовыми и воспалительными стенозами.

Странгуляционная кишечная непроходимость. Завороты наиболее часто встречаются завороты тонкой и сигмовидной кишок, значительно реже – слепой и поперечно ободочной кишки и очень редко желудка.

Заворот тонкой кишки протекает тяжело, с выраженной клинической картиной острой непроходимости кишок. Состояние больных тяжелое и прогрессивно ухудшается в связи с шоком, резким обезвоживанием и интоксикацией организма. Лицо осунувшееся, страдальческое, губы цианотичны. Учащение пульса и снижение артериального давления. Больные жалуются на сильную схваткообразную боль и вздутие брюшной полости. Следует подчеркнуть, что при заворотах тонкой кишки у больных может быть стул и отхождение газов, особенно при высоких формах непроходимости, что у недостаточно опытных медицинских работников может служить поводом к диагностическим ошибкам. Температура тела обычно нормальная. Тахикардия при отсутствии температурной реакции организма является одним из основных признаков этого тяжелого заболевания. Большое значение для диагностики заворотов тонкой кишки имеет рентгеновское исследование брюшной полости, во время которого отмечают множественные горизонтальные уровни жидкости в тонкой кишке (чаши Клойбера).

Заворот сигмовидной кишки является наиболее частой формой заворотов толстой кишки. Встречается

преимущественно у мужчин пожилого и старческого возраста. Большинство больных страдают запором и систематически пользуются слабительными средствами. Основными симптомами заболевания являются боль в области сигмовидной кишки, задержка стула и газов, вздутие живота и повторная рвота. Боль возникает внезапно и постепенно ухудшается состояние больного. Кожа бледная, язык сухой. В растянутой и вздутой сигмовидной кишке отмечается шум плеска (симптом Склярова) и металлическая звучность (симптом Кивуля).

Ущемление внутренних грыж. Больные жалуются на острую схваткообразную боль в брюшной полости, повторную рвоту. Отмечается вздутие живота, нарушение отхождения стула и газов. Состояние больных тяжелое и быстро ухудшается в связи с развитием интоксикации и перитонита

Желчнокаменная непроходимость. Боль носит схваткообразный характер, отмечается повторная рвота, иногда примесью крови, вздутие живота.

Нарушенная внематочная беременность. Боль острая внезапно локализующаяся внизу живота, иррадирующая в прямую кишку. Иногда распространяется в область подреберья, может иррадиировать в лопатку, ключицу. Живот слегка вздут или не изменен, участвует в дыхании. При пальпации мягкий живот, выраженная нелокализованная болезненность, больше нижних отделов. Состояние средне - тяжелое или тяжелое. Характерна бледность кожного покрова. Пульс обычно слабого наполнения, артериальное давление резко снижено. В анамнезе воспалительные процессы придатков матки, бесплодие или нарушения функций яичников, нарушение менструального цикла. В ряде случаев острому началу заболевания предшествуют кратковременные приступы болей в животе, сопровождающиеся головокружением и обмороком. Анализ крови – снижение гемоглобина, эритроцитов, объема циркулирующей крови.

Перекут кисты или опухоли внутренних половых органов. Возникает внезапно, чаще острая приступообразного характера, иррадирующая в промежность, бедро, поясничную область. Рвота частая, стул часто задержан. При объективном осмотре больной обеспокоен, холодный пот, пульс частый. При пальпации живота живот вздут, при больших кистах можно обнаружить выпячивание брюшной стенки, асимметрию живота. Часто наблюдается напряжение мышц и выраженная болезненность в нижних отделах живота. Анализ крови – лейкоцитоз. В анамнезе могут иметься указания на распознанную ранее кисту или опухоль в малом тазу. Начало синдрома часто связано с физической нагрузкой и резкой переменой положения тела.

Острые воспалительные заболевания придатков матки. Часто больные отмечают появление гнойных разъедающих белей. Проявление заболевания иногда связано с началом половой жизни, простудой, переохлаждением. Боль острая, локализующаяся внизу живота, больше в области малого таза, иррадирующая в паховую область, внутреннюю поверхность бедра, поясничную область, задний проход. Температура постепенно повышается. Живот мягкий или умеренно напряжен в нижних отделах. Резкая болезненность при пальпации в нижних отделах. Анализ крови - лейкоцитоз.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Боль чрезвычайно резкая, интенсивная, появляется внезапно («удар кинжалом») в эпигастральной области или правом подреберье и постепенно распространяется по всему животу, иррадирует в надключичную область, лопатку. Живот втянут, при пальпации определяется резкое напряжение мышц (живот как доска) и выраженная болезненность всей брюшной стенки. Больной сохраняет вынужденную позу (лежит на боку или на спине с приведенными к животу ногами, иногда сидит). Анализ крови – лейкоцитоз.

Расслаивающая аневризма брюшной аорты. Боль резкая распирающая без четкой локализации с иррадиацией в поясничную область вдоль позвоночника. Часто одновременно наблюдается боль в области сердца. Нарастает слабость, одышка. Состояние тяжелое, тахикардия, аритмия, часто коллапс. Живот несколько вздут при пальпации мягкий, болезненный в околопупочной области. Часто выявляются признаки недостаточности кровообращения в нижних конечностях: бледность кожного покрова. Анализ крови – снижение гемоглобина, лейкоцитоз. Амилаза крови может быть повышена. В анамнезе атеросклероз, гипертоническая болезнь.

Острый аппендицит - воспаление червеобразного отростка слепой кишки (аппендикса) разной степени выраженности. В начальной стадии боль локализуется в эпигастрии или околопупочной области, носит неинтенсивный, тупой характер. При кашле, резкой перемене положения туловища боль усиливается. Через несколько часов от появления боль смещается в правую подвздошную область и может характеризоваться пациентами как дергающая, колющая, жгущая, режущая, острая, тупая. В зависимости от расположения червеобразного отростка боли могут иррадиировать в пупок, поясницу, пах, подложечную область. Температура тела увеличивается до 38.5-39.0⁰С, нарастает интоксикация, отмечается тахикардия до 130-140 уд. в мин. В некоторых случаях может наблюдаться парадоксальная реакция, когда боли, напротив, уменьшаются или исчезают. Это довольно грозный признак, свидетельствующий о гангрене отростка. При объективном обследовании обнаруживают обложенный и суховатый язык. При пальпации живота определяются болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, Ровзинга. Анализ крови – лейкоцитоз, анализ мочи – чаще без изменений. Боли усиливаются при положении на левом боку.

Острый мезаденит - это воспаление лимфатических узлов, расположенных в брыжейке кишечника. Боль появляется внезапно, обычно начинается в нижней половине живота, а дальнейшем локализуется в правом нижнем квадранте и, как правило, никогда не иррадирует. Умеренная боль, иногда может быть и острая, постепенного характера. Живот вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в правой подвздошной и мезогастральной области. Формула крови обычно не изменена, иногда умеренный

лейкоцитоз. В анамнезе - часто наличие инфекции верхних дыхательных путей [7].

Острый холецистит – острое воспаление стенки желчного пузыря с нарушением его функции. Он развивается преимущественно у женщин с избыточной массой тела, обычно страдающих желчно - каменной болезнью. Больные с острым холециститом в основном отмечают резкую боль в правом подреберье, надчревной области колющего или распирающего характера, иррадиирующую в плечо, лопатку, правую часть груди. Появляется озноб, рвота, обычно не приносящая облегчения, повышается температура тела, тахикардия, легкая желтуха. Язык сухой, обложен белым налетом, мышцы в правом подреберье напряжены, пальпируется увеличенный и болезненный желчный пузырь, положительный симптом Ортнера, а при перитоните – симптом Щеткина – Блюмберга. Анализ крови – лейкоцитоз, содержание билирубина нормальное, но при нарушении оттока желчи может быть повышено. Моча чаще без изменений. Для постановки диагноза используют рентгенографию и ультразвук.

Почечная колика - развивается тогда, когда камни либо опухоль перекрывают отток мочи. Боль с одной стороны в боку или пояснице, боль режущая, схваткообразная, нестерпимая; боль иррадирует в нижнюю часть живота, бедро, область паха; вздутие живота; часто – тошнота и рвота, запор, учащенное мочеиспускание, возможно повышение температуры, бледность кожи, кожа влажная и холодная, больной беспокоен, мечется, не может найти облегчающую позу [4].

Острый панкреатит – воспаление поджелудочной железы может протекать в форме отека или некроза железы. Начинается с болей в эпигастриальной области, часто после погрешности в диете. Боли носят опоясывающего характера, иррадируют в спину. Иногда они настолько сильны, что сопровождаются картиной шока. Одновременно с болями возникает неукротимая рвота, которая не приносит облегчения. При панкреатите отмечается цианоз слизистых оболочек, падение артериального давления. Интоксикация вызывает возбуждение, бред или бессознательное состояние. Анализ крови - умеренный или высокий лейкоцитоз с небольшим сдвигом влево. В тяжелых случаях течение заболевания заканчивается смертью в первые сутки. Во время обследования выявляют болезненность в эпигастриальной области и правом подреберье, положительный симптом Мейо-Робсона (болезненность в левом реберно-позвоночном углу).

Тромбоз мезентериальных сосудов. Боль возникает внезапно, очень интенсивная, упорная, резкая, постоянная. Локализуется чаще в эпигастриальной и околопупочной областях, но может распространяться по всему животу. Состояние тяжелое, характерно беспокойство, бледность, акроцианоз. Живот вначале вздут, мягкий, болезненность при пальпации слабо выражена, разлитая. Потом появляется равномерное вздутие, выраженная болезненность при пальпации, но мышечное напряжение. Анализ крови – лейкоцитоз сдвигом влево. В анамнезе ревматические, атеросклеротические и воспалительные заболевания сердечно - сосудистой системы.

Закрытая травма живота с повреждением полых органов. Возникает при ударе в живот, падение с высоты и других травмах. Боль возникает остро по всему животу, по интенсивности постепенно нарастает, чаще постоянно характера с разнообразной иррадиацией, усиливается при малейшем движении. Рвота частая, рвотные массы иногда с примесью свежей крови (при разрывах желудка и двенадцатиперстной кишки). Живот доскообразного напряжения мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при пальпации и перкуссии. В анализе крови – постепенно нарастает лейкоцитоз.

Закрытая травма живота с повреждением паренхиматозных органов. Боль появляется внезапно, четкой локализации не имеет, иррадирует в грудную клетку, лопатку, надплечье. Характерны уменьшение боли в полусидячем положении, симптом ваньки – встанки. Состояние тяжелое. Бледность, холодный пот. Живот несколько вздут, при пальпации мягкий или имеется умеренное напряжение мышц. В анамнезе травма или перенесенные заболевания (малярия, цирроз и др.). В анализе крови нарастающее снижение гемоглобина, эритроцитов, объем циркулирующей крови [9].

Инфаркт миокарда острый – это одна из клинических форм болезни сердца, протекающая с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения. Типичный (ангинозный) вариант: длительность более 10 мин., сопровождающийся чувством страха, бледностью, повышенным потоотделением, жжение за грудиной или сжимающая боль, нехватка воздуха [12].

Диагностика синдрома острого живота.

Методы исследования:

- Сбор анамнеза и жалоб (нужно узнать были ли раньше приступы болей; перенесенные заболевания и операции на брюшной полости; спросить, лечился ли пациент по этому поводу и результаты лечения; боль: попросить больного показать, где болит);
- Оценка общего состояния (сознание, пульс, температура, АД);
- Наружный осмотр (внешний вид, положения больного, цвет кожи и слизистых, состояние языка);
- Осмотр живота (участие в дыхании, форма, наличие выпячивания);
- Пальпация: поверхностная и глубокая.
- Перкуссия;
- Аускультация;
- Произвести ректальное исследование, а у женщин - вагинальное.
- При ректальном исследовании можно выявить болезненность передней стенки прямой кишки, это свидетельствует о скоплении экссудата в полости малого таза. Можно обнаружить патологические процессы в

прямой кишке. Снижение тонуса сфинктера и расширение ампулы прямой кишки характерно для кишечной непроходимости [3].

- Вагинальное исследование позволяет узнать о состоянии внутренних половых органов.
- Дополнительные методы исследования:
- Анализ крови, мочи, кала;
- Рентгенологические методы: обзорная рентгенография органов брюшной полости, пассаж бария по

кишечнику;

- Эндоскопические методы;
- ЭКГ;
- УЗИ;
- Лапароцентез – пункция брюшной полости;
- Лапароскопия – осмотр брюшной полости;
- Диагностическая лапаротомия [13].

Симптом Щеткина-Блюмберга – медленное надавливание на переднюю брюшную стенку всеми сложенными вместе пальцами кисти с последующим их быстрым отнятием, симптом считается положительным при появлении или усилении болей в момент отнятия пальцев (симптом раздражения брюшины).

Симптом Ортнера - резкая боль при легком поколачивании ребром кисти по правой реберной дуге (острый холецистит).

Симптом Мейо-Робсона – ощущается болезненность в точке, которая располагается в самой поджелудочной железе. Такая точка находится с левой стороны в угле реберно-позвоночного вида. Неприятные ощущения, а потом и сильная боль начинаются при воспалительных процессах в поджелудочной железе.

Симптом Розвинга – собранными вместе пальцами левой руки надавливают на переднюю стенку живота, соответственно месту расположения нисходящей ободочной кишки; не отнимая левой руки, пальцами правой надавливают на вышележащий участок нисходящей ободочной кишки; симптом считается положительным, если при надавливании правой рукой возникает или усиливается боль в правой подвздошной области (симптом раздражения брюшины).

Симптом Склярова – шум плеска в кишке при легком ее сотрясении (симптом острой кишечной непроходимости).

Симптом Ситковского – появляется болезненность в правой подвздошной области при положении пациента на левом боку (симптом раздражения брюшины).

Симптом Кивуля – перкуторно тимпанит с металлическим оттенком (симптом острой кишечной непроходимости).

Симптом Воскресенского - натягивается рубашка пациента и резким движением сверху вниз к правой подвздошной области по ней проводят двумя пальцами, при этом в конце движения наблюдается резкая болезненность в правом боку.

Симптом Образцова – при подъеме правой выпрямленной ноги до угла 30° во время пальпации слепой кишки усиливается болезненность [1].

Таким образом, синдром острого живота объединяет группу хирургических диагнозов требующих неотложную помощь. Поэтому, главный пункт в лечении острой боли в животе – правильно установленный диагноз.

Фельдшер должен всегда помнить и строго соблюдать основное правило: при всех острых заболеваниях в брюшной полости или даже при подозрении на какие-либо из них пациент должен быть немедленно направлен в хирургическое отделение.

Острый живот неотложная помощь. При всех формах острого живота, то есть острых заболеваниях органов брюшной полости, состоит в основном в срочной госпитализации больного в хирургическое отделение. До транспортировки в стационар больного следует уложить в постель, запретить ему прием пищи и питья. Применение в этих случаях каких-либо болеутоляющих средств категорически запрещается, так как их действие затемняет клиническую картину заболевания и затрудняет своевременное его распознавание. Запрещается также применение слабительных и клизм, которые усиливая перистальтику кишечника, способствуют более быстрому распространению инфекции. До выяснения диагноза не следует применять и антибиотиков. Чтобы уменьшить боли, можно положить на живот больного пузырь со льдом или холодной водой. Холод можно держать в течение 15 мин., затем снять на 5 мин., заменив его новым и снова положить на живот [11].

Неотложная помощь при острой кишечной непроходимости:

1. Тщательный осмотр всех мест возможной локализации грыж с целью исключения ущемления.
2. Ввести назогастральный зонд на весь период транспортировки.
3. КПВ.
4. Раствор но-шпы 2 мл в/в, или Папаверин гидрохлорид р-р 2% 2 мл в/в, или Платифиллин р-р 0,2% 1 мл в/м.
5. Раствор натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно или Дисоль, Трисоль, Ацесоль 400 мл в/в капельно.
6. Введение обезболивающих препаратов противопоказано!

Тактика:

1. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках. При отказе от

госпитализации – актив врачу СМП через 2 часа.

2. Инфузионную терапию следует продолжать в течение всего догоспитального этапа.
3. Неотложная помощь при ущемленной грыже:
4. Не требует лечения на догоспитальном этапе.
5. Попытка вправления грыжи недопустима!

Тактика:

1. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.
2. Транспортировка на носилках.
3. При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 2 часа.

Неотложная помощь при внематочной беременности:

1. Коррекция гемодинамических нарушений.
2. КПВ.
3. Раствор натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно.
4. Ингаляция кислорода.

Тактика:

1. Экстренная госпитализация в гинекологическое отделение.
2. Транспортировка на носилках с опущенным головным концом.

Неотложная помощь при остром аппендиците:

1. Лечение на догоспитальном этапе не требуется
2. Введение обезболивающих препаратов противопоказано!

Тактика:

1. Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках.
2. При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 2 часа.

Неотложная помощь при остром холецистите, желчекаменной непроходимости:

1. Холод (криопакеты) на область правого подреберья.
2. Раствор но-шпы 2 мл в/в (Папаверин р-р 2% 2 мл в/в, Платифиллин р-р 0,2% 1 мл в/м).
3. Введение обезболивающих препаратов противопоказано!

Тактика:

1. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.
2. Транспортировка на носилках
3. При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 2 часа.

Неотложная помощь при остром панкреатите:

1. ЭКГ. Холод на эпигастральную область.
2. Назогастральный зонд на весь период транспортировки. КПВ.
3. Раствор но-шпы 2,0 в/в (р-р Папаверин 2% 2,0 в/в, Платифиллин р-р 0,2% 1,0 в/м).
4. Раствор натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно (растворы Дисоль, Трисоль, Ацесоль по 400 мл в/в капельно).

При САД>100 мм.рт.ст.

1. Раствор но-шпы 2,0 в/в (р-р Папаверин 2% 2,0 в/в, Платифиллин р-р 0,2% 1,0 в/м, Атропина сульфат 0,1% 1,0 п/к).

При САД<100 мм.рт.ст.:

1. Раствор натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно (Дисоль, Трисоль, Ацесоль по 400 мл в/в капельно).
2. Введение обезболивающих препаратов противопоказано!

Тактика:

1. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.
2. Инфузионную терапию следует продолжать в течение всего догоспитального этапа.
3. При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 2 часа.

Неотложная помощь при закрытой травме живота:

1. Введение обезболивающих препаратов противопоказано!
2. КПВ.
3. Раствор натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно.
4. Холод на живот.

При развитии травматического шока:

1. Ингаляция кислорода.
2. Раствор натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в струйно.

Тактика:

1. Госпитализация в хирургическое отделение.
2. Транспортировка на носилках.
3. Инфузионную терапию необходимо продолжать в течение всего догоспитального этапа.
4. При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 2 часа.

Неотложная помощь при инфаркте миокарда:

1. ЭКГ. Нитроглицерин 1-2 табл. под язык (Нитроминт, Изосорбитда динитрат, Изокет-спрей 1-2 дозы распылить в полости рта). При сохранении боли – через 5 мин. повторить.

2. Ингаляция кислорода.
3. Аспирин 250-300 мг внутрь, разжевать, КПВ.
4. Нитраты: Изокет 10 мг или Перлингнит 10 мг + р-р натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно.
5. Морфин 1% 0,5-1,0 мл в/в дробно (Фентанил 2 мл+ Дроперидол 2 мл в/в).

При САД > 130 мм.рт.ст. и тахикардии:

1. Анаприлин 10-40 мг внутрь, или Обзидан до 5 мг в/в 1 мг/мин, или Брелиблок 500 мкг/кг в/в.

При депрессии сегмента ST (без Q), элевации ST > 6 часов:

2. Гепарин 60 ЕД/кг в/в, не более 4 тыс. ЕД в/в.

При элевации сегмента ST (с Q) <6 часов:

3. Гепарин не вводить!

4. Тромболитическая терапия (только кардиологическая бригада, кардиореанимационная бригада):

Алтеплаза (Актилизе). Тенектеплаза (Метализе) – в первые 6-12 часов.

Тактика:

1. После стабилизации состояния – госпитализация в БКР
2. Транспортировка на носилках с функционирующей капельницей под мониторным наблюдением.

Готовность к проведению реанимационных мероприятий.

3. При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 3 часа [5].

Оказание неотложной помощи пациентам с синдромом острого живота на станции скорой медицинской помощи ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ

Во время прохождения дифференциальной диагностики и оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе работала на станции медицинской помощи. Вела наблюдение за следующими пациентами, карта вызова скорой медицинской помощи представлена.

Пациент 1.

1. Паспортная часть

Повод к вызову: боли в животе.

Ф.И.О: П. 1.

Возраст: 69 лет.

Пол: женский.

Место работы: пенсионерка.

Дата вызова: 16.11.2021 г.

2. Жалобы: со слов больной: около 23:00 появилась тупая боль в правом подреберье, тошнота, сухость во рту, «пучит» живот. Приняла «Эспумизан».

3. Анамнез ИБС с нарушением ритма, ГБ II ст. Диффузные изменения поджелудочной железы.

4. Дополнительные объективные данные. Локальный статус

Болезнь контактна, ориентирована, положение активное. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Мерфи, Орнтера.

5. Диагноз: Острый холецистит.

6. Оказание помощи на месте вызова

Спазмолитический (сняющий спазмы гладкой мускулатуры) препарат:

Rp.: Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2,0 в\м.

Противорвотное средство:

Rp.: Sol. Metoclopramidi 2,0 ml в\м.

Госпитализация в приемное отделение ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ в 12:24 мин.

7. Эффективность проведенных мероприятий

Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Пульс 78 ударов в мин. Частота сердечных сокращений 78 ударов в мин. Температура 36,6°C. Частота дыхания 16 в мин.

Пациент 2.

1. Паспортная часть

Повод к вызову: боли в животе.

Ф.И.О: А. 2.

Возраст: 48 лет.

Пол: мужской.

Место работы: строитель.

Дата вызова: 22.11.2021 г.

2. Жалобы: на боли в животе, преимущественно в правой подвздошной области, тошнота, рвота после приема пищи. Болит 2-ой день, ухудшение состояния с утра.

3. В анамнезе хронических заболеваний отрицает.

4. Дополнительные объективные данные. Локальный статус

Болезнь контактна, на вопросы отвечает, во времени и месте ориентирован, положение активное. При пальпации живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, положительный симптом Ситковского, симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

5. Диагноз: острый аппендицит.

6. Оказание помощи на месте вызова

Осмотр. Госпитализация в приемное отделение ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ, за время транспортировки больного состояние стабильное.

7. Эффективность проведенных мероприятий

Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Пульс 87 ударов в мин. Частота сердечных сокращений 87 ударов в мин. Температура 36,6°C. Частота дыхания 18 в мин.

Пациент 3.

1. Паспортная часть

Повод к вызову: боли в живот.

Ф.И.О: С. 3.

Возраст: 83 лет.

Пол: женский.

Место работы: пенсионерка.

Дата вызова: 14.11.2017 г.

2. Жалобы: на постоянные, ноющие боли в правом подреберье, общее недомогание с вечера 13.11.17 г. Со слов было нарушение диеты (принимала в пищу жареную рыбу).

3. В анамнезе хронический холецистит. Гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, лечение имеет, препараты принимает регулярно.

Язык: влажный, обложен желто-белого цвета.

Живот: болезненный в правом подреберье, участвует в акте дыхания.

Симптомы раздражения брюшины: нет.

Печень: увеличена.

Мочевыделение: свободное, без особенностей.

Стул: регулярный, оформленный, страдает запорами, принимает слабительные.

4. Дополнительные объективные данные. Локальный статус

Больная контактна, адекватна, на вопросы отвечает, во времени и месте ориентирована, положение активное. При пальпации живота боли в правом подреберье – ноющие, постоянные, иррадиирующие в левое подреберье.

Электрокардиограмма (ЭКГ) от 14.11.2017 г.

ЭКГ до оказания медицинской помощи: ЧСС 82 ударов в мин. Ритм нерегулярный, электрическая ось сердца отклонена влево, нарушение внутрижелудочковой проводимости, метаболические изменения миокарда, данных за острую патологию нет.

5. Диагноз: хронический холецистит, обострение.

Сопутствующая болезнь – гипертоническая болезнь ст. II, III ст., риск III.

6. Оказание помощи на месте вызова

Обезболивающая терапия:

Rp.: Sol. Analgini 50% - 2 ml в\в.

Спазмолитический (снямающий спазмы гладкой мускулатуры) препарат:

Rp.: Sol. Platyphyllini hydrochloridi 0,2% - 1,0 в\в.

Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9% - 10,0 в\в.

Ингибитор АПФ:

Rp.: Tab. Captoprili 25 mg. Sub.ling.

Госпитализация в приемное отделение ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ.

7. Эффективность проведенных мероприятий

Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Пульс 82 ударов в мин. Частота сердечных сокращений 82 ударов в мин. Температура 36,4°C. Частота дыхания 23 в мин.

Пациент 4.

1. Паспортная часть

Повод к вызову: боли в спине.

Ф.И.О: Д. 4.

Возраст: 58 лет.

Пол: женский.

Дата вызова: 21.11.2021 г.

2. Жалобы: сильные боли в правом подреберье, отдает в спину, тошнота, слабость. Больна третий день. Принимала «Дротоверин», без эффекта. Сегодня появилась резкая слабость. К врачам не обращалась, 2 дня назад была рвота черного цвета.

3. В анамнезе желчекаменная болезнь.

Язык: сухой, чистый, обложен желтым налетом.

Живот: вздут, напряжен, болезненный в правом подреберье, участвует в акте дыхания.

Симптомы раздражения брюшины: нет.

Печень: не увеличена.

Мочевыделение: безболезненное, без особенностей. Стул: оформленный.

4. Дополнительные объективные данные. Локальный статус

Больная контактна, адекватна, на вопросы отвечает, во времени и месте ориентирована, положение

вынужденное – сидя согнувшись. Положительный симптом Ортнера.

Электрокардиограмма (ЭКГ) от 21.11.2021г.

ЭКГ до оказания медицинской помощи: нарушение ритма, нормальное положение ЭОС, смещение сегмента ST в норму.

5. Диагноз: острый холецистит.

6. Оказание помощи на месте вызова

Спазмолитический (снямающий спазмы гладкой мускулатуры) препарат:

Rp.: Sol. Platyphyllini hydrochloridi 0,2% - 2,0 в\м.

Госпитализация в приемное отделение ГБУЗ РБ Белоречкая ЦРКБ.

7. Эффективность проведенных мероприятий

Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Пульс 80 ударов в мин. Частота сердечных сокращений 80 ударов в мин. Температура 36,5°C. Частота дыхания 20 в мин.

Пациент 5.

1. Паспортная часть

Повод к вызову: боли в животе.

Ф.И.О: В. 5.

Возраст: 80 лет.

Пол: женский.

Место работы: пенсионерка.

Дата вызова: 25.11.2021 г.

2. Жалобы: на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, без иррадиации, нарастающего характера, тошноту, сухость во рту. Болеет 3 день. Подобное состояние впервые.

3. В анамнезе гипертоническая болезнь (около 5 лет).

Язык: влажный, обложен серым налетом. Живот: мягкий, болезненный в верхних отделах. Симптомы раздражения брюшины: нет. Печень: не увеличена.

Мочевыделение: безболезненное, без особенностей. Стул: регулярный, оформленный.

4. Дополнительные объективные данные. Локальный статус

Больная контактна, на вопросы отвечает, во времени и месте ориентирована, речь внятная, лицо симметрично, чувствительность сохранена. При осмотре живот округлой формы, симметричен, не вздут, выпячивание. При пальпации болезненный в верхних отделах живота. Положительный симптом Мейо-Робсона.

Электрокардиограмма (ЭКГ) от 21.11.2017 г.

ЭКГ до оказания медицинской помощи: регистрация ЭКГ 8:45, ритм синусовый, ЧСС 76, ЭОС в норме, ST на изолинии, данных за острую сердечную патологию нет. Сравнение с ЭКГ от 02.05.17 г. без отрицательной динамики.

5. Диагноз: острый панкреатит.

Сопутствующая болезнь – гипертоническая болезнь II ст.

6. Оказание помощи на месте вызова

Осмотр.

Регистрация ЭКГ в 8:45.

Противорвотное средство:

Rp.: Sol. Metoclopramidi 2,0 в\м.

Ингибитор АПФ:

Rp.: Tab. Captoprili 50 mg. Sub.ling.

Госпитализация в хирургическое отделение ГБУЗ РБ Белоречкая ЦРКБ, за время транспортировки состояние стабильное, помощь не оказывалось.

7. Эффективность проведенных мероприятий

Артериальное давление 120/90 мм.рт.ст. Пульс 76 ударов в мин. Частота сердечных сокращений 76 ударов в мин. Температура 36,2°C. Частота дыхания 22 в мин.

Таким образом, результаты оказания неотложной помощи пациентам с синдромом острого живота на станции скорой медицинской помощи следующие: из пяти пациентов два пациента с диагнозом острый холецистит, один пациент с хроническим холециститом, один пациент с острым аппендицитом и один пациент с острым панкреатитом. Всем пациентам была оказана неотложная медицинская помощь и проведена госпитализация в приемное отделение ГБУЗ РБ Белоречкая ЦРКБ.

Рекомендации пациентам с синдромом острого живота

Своевременное посещение участковых врачей. Раннее обращение за медицинской помощью при любых болевых ощущениях в животе. Диетическое питание. Здоровый образ жизни и труда. Избегание злоупотребления алкоголем и никотином.

При приступе болей:

1. Вызвать скорую медицинскую помощь

2. Если медицинская помощь недоступна, как можно скорее госпитализировать человека в ближайший населенный пункт

3. Обеспечить покой – в положении лежа или полусидя, в зависимости от состояния

4. На живот положить холод. Это замедлит процессы воспаления и деструкции, будет способствовать

остановке внутреннего кровотечения. Тем самым удастся выиграть время

5. При сильной жажде смочить губы, полоскать рот.
6. Чего нельзя делать при приступе:
7. Есть и пить
8. Греть живот
9. Принимать антибиотики и обезболивающие препараты
10. Делать клизму или промывать желудок.

Таким образом, «острый живот» не диагноз, а собирательное понятие, это болезни, которые могут вызвать острые боли в животе. Если хирургическая помощь не будет оказана вовремя, может развиться перитонит. Чтобы не вызвать осложнения нужно бороться, то есть лечить. Первая составляющая лечение – это диагностика. Для этого необходимо различные методы лечения, позволяющие добиться качественных и стабильных результатов.

В нашей станции скорой медицинской помощи ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ проводятся своевременные и эффективные методы лечения синдрома острого живота. Радует то, что эти методы лечения проводятся всем пациентам бесплатно по наличию страхового медицинского полиса, и являются доступными пациентам. Но чтобы добиться эффекта от лечения нужно строго соблюдать диету, отказаться от жаренного, копченного, острого, горячего, холодную еду, отказаться от вредных привычек, выполнять врачебные назначения.

В работе изучены понятия, причин, клинических проявлений, диагностика, лечение синдрома острого живота.

В практической части проведено оказание неотложной медицинской помощи пациентам с синдромом острого живота на станции скорой медицинской помощи ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ, разработаны рекомендации для пациентов с синдромом острого живота, которые могут применяться в практических учреждениях здравоохранения.

Цель исследования изучить тактику фельдшера при лечении синдрома острого живота достигнута.

Литература

1. Аванесьянц Э.М., Цепунов Б.В., Французов М.М. Пособие по хирургии / Э. М. Аванесьянц, Б.В. Цепунов, М.М. Французов – Москва 2019 – с. 380.
2. Буянов В.М., Нестеренко Ю.А. Хирургия / В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко – Москва «Медицина» 2018 – с. 511.
3. Власов А.П. Диагностика острых заболеваний живота / А.П. Власов, М.В. Кукош, В.В. Сараев. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017. – с. 448.
4. Волков А.Н. Редкие острые хирургические заболевания органов брюшной полости и симулирующие «острый живот» / А.Н. Волков. – Чебоксары.: Изд-во Чуваш. Ун-та, 2019 – с. 84.
5. Вялов С.С. «неотложная помощь практическое руководство» / С.С. Вялов – Москва «МЕДпресс-информ», 2019 -с.42-45, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 86, 101.
6. Петровский Б.В. Большая медицинская энциклопедия / Б.В. Петровский -Москва издательство «советская энциклопедия» 2016 – с. 32.
7. Русаков В.И. Острые хирургические болезни живота / В.И. Русаков. – М.: ИКЦ «Март», 2018. – с. 96.
8. Федюкович Н.И. Внутренние болезни/ Н.И. Федюкович. - 7-е изд., доп.- Ростов н/Д: Феникс, 2017. - 573 с.
9. Юсков В.Н. «Хирургия в вопросах и ответах» / В.Н.Юсков – Ростов н/Д: «Феникс», 2021 – с. 13.
10. Актуальность темы. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/6010650/>
11. Острый живот. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>
12. Острый живот. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/acute-abdomen
13. Синдром острого живота. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/5622649/> (04.02.2021 г).

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ШОКОВ

*Королева Е.С.,
обучающаяся 4 курса.
Научный руководитель
Манелис Н.М.,
преподаватель,
ГБПОУ «СМК им. Н.Ляпиной»,
г. Самара*

Выбранная тема является актуальной в связи с широкой распространенностью шоковых состояний, ведущих к развитию гипоперфузии жизненно важных органов, поражению людей трудоспособного возраста и к риску развития жизнеугрожающих осложнений.

Шок – это совокупность реакций организма в ответ на сверхсильное воздействие экзо- и эндогенных факторов. В органах и тканях эти реакции сопровождаются нарушением макро- и микроциркуляции крови, лимфы, интерстициальной жидкости.

Термин «Шок» должен восприниматься как сигнал тревоги, сопутствующий основному диагнозу (перелом

костей таза, ожоги, массивные кровопотери и др.) и требующий принятия срочных лечебных мер.

Несмотря на значительные успехи современной медицины в области трансфузионной терапии, сосудистой хирургии, гемотрансфузии и реаниматологии смертность от острой массивной кровопотери с развитием гиповолемического шока все еще высока.

По статистике около 30% случаев летального исхода от гиповолемического шока связано с тяжелой кровопотерей. В общей структуре смертности в России летальный исход от данного шока занимает третье место после сердечно-сосудистых заболеваний.

Кардиогенный шок также является неотложным состоянием, приводящим к высокой смертности. По данным Всемирной Организации Здравоохранения наибольший процент смертности приходится на сердечно-сосудистые заболевания – 17,9 млн. человек в год.

В последние годы отмечается увеличение числа аллергических заболеваний. Наиболее тяжелым проявлением системных аллергических реакций является анафилактический шок, заканчивающийся в 10-20% случаев летально.

Одним из самых тяжелых видов шоков является септический шок. Летальность при нем составляет от 50 до 75%

Шок – это неотложное состояние, при котором в организме человека развиваются такие патологические изменения, которые приводят к резкому ухудшению здоровья, могут угрожать жизни и, следовательно, требуют экстренных лечебных мероприятий. Главным критерием неотложного состояния является время до наступления летального исхода. При неотложных состояниях неоказание медицинской помощи может привести к смерти в ближайшие несколько часов.

Оказание неотложной помощи пациентам при шоках имеет свою специфику и предполагает, прежде всего, борьбу с нарушениями жизненно важных функций – коррекцию нарушений гемодинамики и дыхания.

В настоящее время работа фельдшера скорой медицинской помощи становится определяющей, поскольку увеличивается число выездных фельдшерских бригад. При этом неуклонно возрастает частота неотложных состояний, требующих высокого уровня клинических знаний и навыков.

Фельдшер СМП в условиях дефицита времени должен адекватно оценить состояние больного, определить ведущий патологический синдром, правильно выбрать направление терапии для получения быстрого эффекта и госпитализировать пациента, где ему будет оказана квалифицированная врачебная помощь.

Своевременное оказание неотложной помощи и обоснованная тактика фельдшера на догоспитальном этапе улучшают прогноз заболевания, снижают риск осложнений и смерти.

Объект исследования: шоки

Предмет исследования: инфузионная терапия как метод интенсивной терапии шоков

Цель исследования: изучить использование инфузионной терапии при лечении шоков на базе «Самарской ССМП» Промышленной подстанции скорой медицинской помощи и Самарской Городской Клинической больницы №8 отделение анестезиологии и реанимации.

Задачи исследования:

1. Изучить научную, медицинскую и специальную литературу по теме исследования и дать определения основным понятиям.

2. Изучить методику проведения инфузионной терапии при шоках.

3. Выявить основные методы использования инфузионной терапии на базе «Самарской ССМП» (Промышленная подстанция) и Самарской Городской Клинической больницы №8 отделение анестезиологии и реанимации за 2020 -2021гг.

4. Проанализировать полученные данные и сделать выводы.

Методы исследования:

1. Аналитический

2. Статистический

3. Графический

Практическая значимость:

Исследовательская работа позволит расширить и углубить знания по лечению шоков, выбору, применению инфузионной терапии и использовать полученные знания и данные результаты исследования в дальнейшей профессиональной деятельности.

Исследование проводилось на базе «Самарской ССМП» (Промышленная подстанция) и Самарской Городской Клинической больницы №8 отделение анестезиологии и реанимации.

Мы проследили преемственность и непрерывность оказания медицинской помощи фельдшером на догоспитальном этапе и проведение интенсивной терапии в стационаре. Были изучены статистические материалы по теме за период 2020-2021гг.

В ходе анализа статистических данных, было выявлено увеличение количества вызовов в 2021г. по сравнению с 2020г. на 28(за 2020 год 253 вызова с диагнозом шок, а за 2021 г. 281 вызов). Увеличение количества вызовов связано с участвовавшими случаями ДТП, с ростом сердечно – сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда), отравлениями и т.д.

Было проведено распределение шоков по нозологии и выяснено, что наиболее распространенным шоком является геморрагический – 122случаев (из 281) вызовов, так как в последнее время участились случаи ДТП и желудочно-кишечных кровотечений.

В ходе анализа статистических данных было выявлено, что мужчины чаще чем женщины заболевают кардиогенным, травматическим (ДТП), инфекционно-токсическим, (увеличение случаев заболеваемости панкреатитом и панкреонекрозом) и экзо- и эндотоксическим шоками (увеличение случаев отравления и пневмонии).

Нами рассмотрена и проанализирована смертность при шоках за данный период. Выяснено, что смертность в присутствии бригады СМП в 2021 году уменьшилась на 1,4%, так как была своевременно оказана неотложная помощь и проведена инфузионная терапия. Отсутствует смертность в машине СМП, а смертность до прибытия бригады СМП (за 2021г.) увеличилась на 12,4%, так как участились случаи инфаркта миокарда и случаи позднего вызова бригад СМП при ДТП.

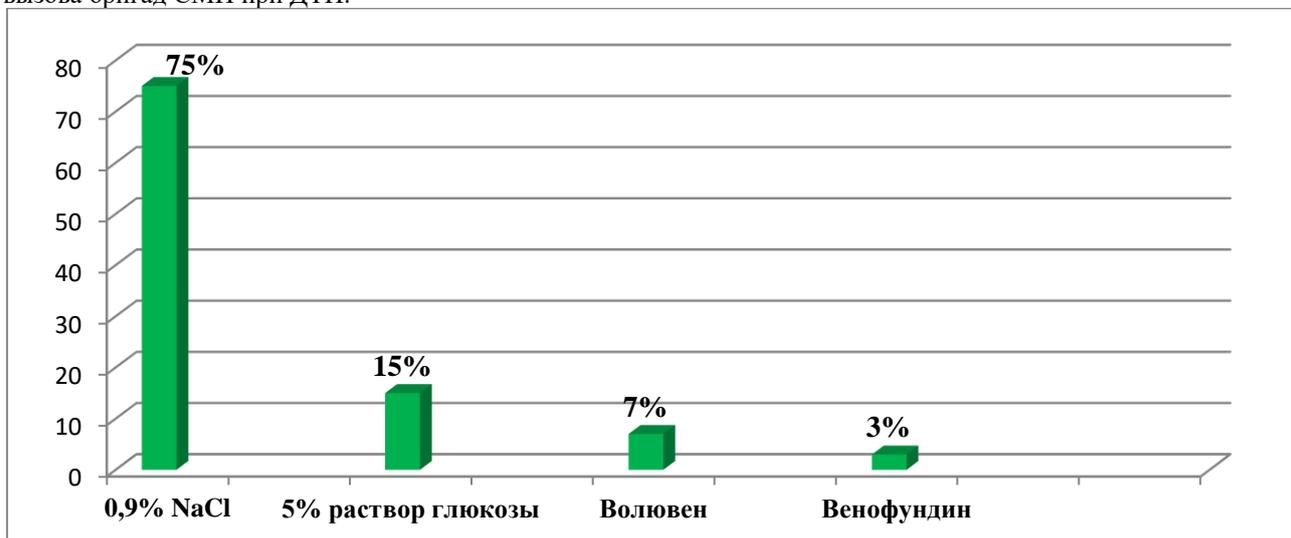


Диаграмма. Распределение частоты применения инфузионных растворов на догоспитальном этапе

Из данных, представленных на диаграмме, при оказании неотложной помощи при шоках чаще используются кристаллоиды (изотонический 0,9% раствор натрия хлорида и 5% раствор глюкозы), что соответствует стандарту оказания неотложной помощи и являются препаратами выбора.

Нами было проанализировано 11 историй болезни, из которых: 6–с септическим шоком, 4–с геморрагическим шоком, 1–с травматическим шоком; проанализировано 16 карт вызова, из которых: 2– с кардиогенным шоком, 2–с инфекционно-токсическим шоком, 6–с травматическим шоком, 5– с геморрагическим шоком и 1 карта вызова с экзо- и эндотоксическим шоками, на соответствие стандартам оказания неотложной помощи и тактики фельдшера на догоспитальном этапе и проведении инфузионной терапии в стационаре.

Рассмотрим карту вызова с геморрагическим шоком и истории болезни с септическим и геморрагическим шоками.

Карта вызова и история болезни №1

Диагноз: колото-резанная рана брюшной полости. Геморрагический шок 2-ой степени тяжести.

Объективные данные: АД – 70/50 ммрт.ст. ЧСС – 120 в мин. ЧДД – 22 в мин. PS – 125 в мин., сатурация O₂ – 91% ШИ – 1,4.

Оказанная неотложная помощь:

1. Венозный доступ, 2 катетера.
2. Оксигенотерапия через маску 2 – 4 л в мин.
3. Обезболивание – Трамадол 5% – 2,0 мл в/в струйно на 10 мл 0,9% NaCl.
4. Раствор 0,9% натрия хлорида – 500 мл в/в капельно быстро.
5. Раствор Венофундина 6% – 250 мл в/в капельно.
6. Обработка раны 3% раствором перекиси водорода.
7. Наложение асептической повязки на рану.
8. Транексам 5,0 мл в/в на 10 мл 0,9% NaCl в/в струйно.

6. Госпитализация на носилках лежа в Городскую больницу №8. Пациент транспортировку перенес удовлетворительно.

По результатам терапии на догоспитальном этапе состояние больного улучшилось – уменьшилась боль, улучшилась гемодинамика: АД 85/60 ммрт.ст., уменьшилась тахикардия Ps 100 ударов в минуту, сатурация увеличилась O₂=93%.

Стандарт оказания помощи данному пациенту был выполнен в полном объеме.

Таким образом, действия бригады СМП соответствуют стандарту оказания медицинской помощи при шоках и инфузионная терапия является неотъемлемой частью лечения.

Далее пациент госпитализирован в Самарскую Городскую Клиническую больницу №8 в отделение анестезиологии и реанимации. Мы проследили преемственность использования инфузионной терапии при лечении шоков на догоспитальном этапе и в условиях стационара, а также полученный эффект.

Больная переведена в ОРИТ с интубационной трахеей на ИВЛ, АД 90/60 ммрт.ст., Ps 104 уд в мин.,

сатурация 96%.

В ходе лечения в ОРИТ больной продолжалась планомерная и целенаправленная инфузионно-трансфузионная терапия для обеспечения стабильного состояния. В первые сутки послеоперационного периода пребывания в отделении реанимации состояние больной оставалось тяжелым, но стабильным. ЦВД 80 ммвод.ст., Нб 95 г/л, Нт 30,6%, Эр $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $11,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты 210×10^9 /л. Мочевина 11,5 мм/л, креатинин 171,5 мкм/л, белок общий 44,0 г/л, билирубин общий 8,5 мкм/л, ПТИ 64%, фибриноген 3,4 г/л, калий 4,8 мм/л, натрий 138,9 мм/л, хлориды 108,9 мм/л, кальций 1,83 мм/л. Исходя из лабораторных и клинических данных, больной была назначена массивная инфузионно-трансфузионная терапия в объеме 7200 мл/сут., т.к. имелись признаки гиповолемии (Эр.масса 500 мл/сут., СЗП 600 мл/сут., NaCl 0,9% – 2800 мл /сут., глюкоза 5% – 2 400 мл/сут. + инсулин 24 ЕД/сут. + KCl 7,5% - 80мл/сут, венофундин 6% – 500 мл/сут, полиглюкин 400 мл/сут, фуросемид 120 мг/сут, а также проводилась антибактериальная терапия и обезболивание). Диурез – 4200 мл/сут. В течение последующих 5 суток качественный состав в переливаемых жидкостях оставался практически неизменным. Объем инфузий составлял от 5 500 мл/сут до 5 000 мл/сут. Переливали полиглюкин, СЗП, гелофузин, растворы глюкозы и 0,9% NaCl, производили коррекцию ионного баланса и кислотно-щелочного равновесия. Лабораторные показатели нормализовались: АД 100/70 мм.рт.ст., Ps 80 уд в мин., сатурация 99%. ЦВД в течение этих дней от 80 до 100 ммвод. ст.

В течение 2х недель больная получала полное парентеральное питание. Ежедневное количество калорий 2500 ккал. Энергетические ресурсы восполнялись введением жировых эмульсий (липофундин), концентрированных растворов глюкозы. Количество белков в сутки составляло 1,5 – 2,0 г/кг. Для восполнения внеклеточного белка в ежедневно переливали СЗП и свежемороженную эритроцитарную массу. Для восполнения электролитных потерь в переливаемые жидкости включались растворы, содержащие калий, кальций, магний, хлор.

Состояние и гемодинамика улучшились, АД 110/70 ммрт.ст., Ps 75 уд в мин., сатурация 99%. ЦВД 110 ммвод.ст., Нб 120 г/л, Нт 40%, Эр $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $7,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты 305×10^9 /л. Мочевина 5,5 мм/л, креатинин 70 мкм/л, белок общий 75 г/л, билирубин общий 6,5 мкм/л, ПТИ 92%, фибриноген 3,7 г/л, калий 4,9 мм/л, натрий 139 мм/л, хлориды 101 мм/л, кальций 2,25 мм/л.

Проводимое полное парентеральное питание позволило удержать на нормальном уровне содержание в крови белка и электролитов. Одновременно проводили дезинтоксикационную и антибактериальную терапию. До 10-х суток проводилось полное парентеральное питание со всеми его компонентами. С10-х суток начато частичное энтеральное питание. Лишь с 20-х суток после лапаротомии больная полностью переведена на энтеральное питание. Для дальнейшего лечения переведена в хирургическое отделение и впоследствии выписана домой.

Таким образом, инфузионная терапия как метод интенсивной терапии является неотъемлемой частью лечения шоков. Правильно подобранная и адекватно проведенная инфузионная терапия нормализовала ОЦК и гемодинамику, периферическую перфузию тканей и гомеостаз в целом. Нормализация количественного и качественного состава крови достигнута путем осуществления геотрансфузии, переливанием плазмы, коллоидных растворов; восстановление обедненных внесосудистых жидкостных пространств организма достигнута вливанием кристаллоидов; восполнение энергетических потребностей организма осуществлено с помощью жировых эмульсий.

История болезни №2

Больной В., 70 лет, масса тела 75 кг, рост 162 см. Поступил в стационар с диагнозом острый гангренозный – перфоративный аппендицит, разлитой перитонит. Септический шок. В процессе обследования выявлена сопутствующая патология: эмфизема легких, ожирение II степени.

При осмотре: состояние очень тяжелое, больной адинамичен. Выражены признаки тяжелой дегидратации. Одышка с ЧДД до 36 в 1 мин., акроцианоз. ЧСС 120 в 1 мин., АД 80/60 ммрт.ст. ЦВД 20 ммвод.ст. Температура тела 39,0 °С.

Лабораторные данные: Нб 130 г/л, Эр $4,23 \times 10^{12}$ /л, Le Эр $14,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 38 мм/ч. Прокальцитониновый тест 7 нг/мл (N до 0,5 нг/мл). Общий белок 54,3 г/л, креатинин 175 ммоль/л, мочевина 19,0 ммоль/л, Ph 7,2 ммоль/л.

С учетом объема предстоящей операции выявлены глубокие расстройства гомеостаза: выраженная общая дегидратация, тяжелая гиповолемия, декомпенсированные нарушения КОС.

Для возмещения указанных дефицитов жидкости в предоперационном периоде немедленно начата инфузионная терапия, растворы вводили внутривенно через подключичный катетер. Перелит первоначальный объем жидкости: 500 мл полиглюкина, 200 мл плазмы, 400 мл гемодеза, 500 мл волювен. В результате чего отмечено постепенное повышение ЦВД до 80 ммвод.ст. В инфузионную терапию включен Допамин 4% – 5 мл на 50 мл 0,9% NaCl, который вводили медленно внутривенно капельно через инфузомат для стабилизации и поддержания АД. Инфузионная терапия предотвратила резкое снижение ЦВД и АД. Дополнительно перелито 1500 мл 0,9% NaCl, 1000 мл 5% глюкозы и 200 мл 4% раствора бикарбоната натрия. На фоне инфузионной терапии назначена антибактериальная терапия: меропенем 3г/сутки + 0,5 % раствор метронидазола по 100 мл через каждые 8 часов в/в капельно. Соотношение вливаемых жидкостей составило 4 400 мл в течение 3 часов, на фоне форсированного диуреза.

На фоне проведенной инфузионной терапии: ЦВД 90 мм вод.ст., тахикардия уменьшилась до 92 ударов в мин., АД 100/70 ммрт.ст., нормализовался Ph 7.4 ммоль/л.

В результате предоперационной подготовки больной стал активнее, самочувствие его значительно улучшилось. Уменьшилась одышка, уменьшилась тахикардия, уменьшилась сухость кожных покровов и слизистых оболочек, повысилось наполнение периферических вен, конечности потептели на ощупь, акроцианоз исчез. По катетеру из мочевого пузыря выделилось около 450 мл светлой мочи. Во время операции диагноз подтвержден, пациент прооперирован. Выздоровление.

Таким образом, эффективная коррекция нарушений гемодинамики с помощью инфузионной терапии значительно снизила риск возможных осложнений и способствовала улучшению состояния пациента и улучшению данных гемодинамики.

Результаты исследования подтвердили, что раннее начало адекватной и правильно подобранной инфузионной терапии и госпитализация пациентов в ОРИТ обеспечивает снижение осложнений и летальности при шоках.

Выводы

1. Наблюдается тенденция роста заболеваемости с диагнозом шок. Количество больных за год выросло на 6%.
2. Наиболее частыми причинами шока являются инфаркт миокарда, дорожно-транспортные происшествия, кровотечения, панкреонекроз и перитонит.
3. За период 2020-2021 гг. остаются наиболее распространенными видами шока: геморрагический, кардиогенный, травматический и септический.
4. Среди пациентов с диагнозом шок за 2020-2021 гг. преобладают мужчины. Основными причинами шока у мужчин являются инфаркт миокарда, ДТП и панкреонекроз.
5. Препаратами выбора при проведении инфузионной терапии при лечении шока являются сначала кристаллоиды, а затем коллоиды. Быстрое восполнение ОЦК является решающим фактором в начале лечения шока.

Проанализировав карты вызовов и истории болезни пациентов, можно сказать, что тактика фельдшера на догоспитальном этапе и лечение пациентов с шоком в стационаре с использованием инфузионной терапии в 100% случаях соответствуют стандарту, что приводит к снижению осложнений и летальности.

Заключение

Изучение научной, медицинской и специальной литературы показало, что шок является общей реакцией организма на действие повреждающего фактора, в результате которого происходит мобилизация всех жизненно важных органов и систем организма до критического уровня. Тяжесть шока определяют: болевой синдром, кровопотеря, интоксикация продуктами распада тканей, нарушение деятельности ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, метаболический ацидоз.

Конкретные мероприятия по оказанию неотложной помощи пострадавшему включают в себя: остановку кровотечения, проведение инфузионной терапии, приведение в соответствие дефицита ОЦК, адекватное обезболивание, коррекцию нарушений дыхания и кислотно-основного равновесия, а так же поддерживающая терапия.

При осуществлении программы инфузионной терапии необходим комплексный подход к устранению всех нарушений водного, электролитного, кислотно-основного и энергетического баланса. Коррекция какого-либо одного нарушения без учета всех видов нарушений недостаточна и может ухудшить состояние больного. Количественные и качественные параметры инфузионной терапии следует увязывать с функцией всех систем организма, особенно сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной и эндокринной.

Таким образом, инфузионная терапия является неотъемлемой частью интенсивной терапии при лечении шоков. Активное лечение шока должно начинаться в предельно ранние сроки с применением инфузионной терапии.

Наиболее важной проблемой при лечении шоков является своевременная госпитализация, раннее и быстрое начало применения инфузионной терапии. Поэтому, большое значение имеют умение фельдшера и врача анестезиолога-реаниматолога (в стационаре) правильно и быстро поставить диагноз и составить программу интенсивной терапии с применением инфузионных растворов для лечения шоков.

Литература

1. Сумин С.А. Основы реаниматологии: учебник для студентов медицинских училищ и колледжей / С.А. Сумин, Т.В. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015.– 688с. ил.
2. Мюллер З. Неотложная помощь: Справочник практического врача / Зёнке Мюллер; Пер. с нем. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕД прессинформ, 2013. – 528 с.ил.
3. Верткин А.Л. Скорая медицинская помощь. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2022. – 368.:ил.

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Кулушева Н.П.
обучающаяся 4 курса.
Научный руководитель
Букина Н.Ф.,
Ермошина Н.В.,
преподаватель,
ГАПОУ РБ «ТМК», г. Туймазы*

Рак молочной железы является наиболее распространенным видом рака среди женщин. Ежегодно диагностируется около 25000 новых случаев этого заболевания, и каждый год от него умирают приблизительно 15000 женщин - больше, чем от любой другой онкопатологии. Это самая распространенная единичная причина смерти среди всех женщин в возрасте от 35 до 54 лет. В республике Башкортостан за последние 5 лет именно рак молочной железы показал наибольший рост - на 18,6 %. В 2018 году удельный вес заболеваемости раком молочной железы в республике Башкортостан составил 11,7 %, занимая 2 место после рака легкого. В Туймазинском районе и г.Туймазы 11,2%. Экономические потери за счет смертности по причине рака молочной железы в России составили 8,6 млрд. рублей и по прогнозам они только возрастут.[10]

Проблема усугубляется еще и тем, что данное заболевание вызывает у многих женщин тяжелейшие психологические переживания. Однако страх женщин перед этой болезнью объясняется не только статистическими данными, но и тем фактом, что рак молочной железы поражает часть тела, которая для большинства женщин очень важна в плане восприятия своей женской сущности, а лечение почти всегда требует хирургической операции на груди.[12] Несмотря на то, что в России и Республике Башкортостан действуют целевые программы по онкологии и вопросы ранней диагностики и профилактики рака молочной железы хорошо изучены и исследованы, заболеваемость и смертность от данного заболевания не снижается и продолжает расти. Многие в области профилактики рака молочной железы могли бы сделать средние медицинские работники, как самая многочисленная профессиональная группа.[8]

Актуальность нашего исследования обусловлена сложившимися противоречиями между имеющимся наработками в области профилактики рака молочной железы и фактическим положением дел в этой области, отсутствием теоретически обоснованных методов профилактики, которые могли бы использовать средние медицинские работники. Все это определило выбор темы исследования и позволило сформулировать проблему «В связи с большими экономическими, психологическими и социальными последствиями рака молочной железы, роль средних медицинских работников в его профилактике недостаточна». Решение данной проблемы является целью нашего исследования.

Цель:

1. Усиление роли средних медицинских работников в профилактике рака молочной железы у женщин.
2. Привлечь внимание к проблеме рака молочной железы, повысить информированность населения в вопросах профилактики рака молочной железы.

Задачи:

1. Изучить теоретические аспекты по данной проблеме по различным источникам литературы.
2. Проанализировать статистические данные по раку молочной железы по РБ, в Туймазинском районе и г. Туймазы за последние 5 лет.
3. Разработать, внедрить проект «Вместе против рака груди», провести анализ эффективности проекта
4. Проведение мониторинга уровня осведомленности медицинских работников и женщин в вопросах касающихся профилактики рака молочной железы.

Объект: профилактика рака молочной железы.

Предмет исследования: роль среднего медицинского персонала в профилактике рака молочной железы.

Гипотезой исследования послужило предположение, что за счет привлечения внимания к проблеме рака молочной железы, активного обучения женщин, средних медработников, студентов, повысится настороженность женщин к своему здоровью и как следствие увеличится обращаемость к медицинским работникам, улучшится выявляемость рака молочной железы на ранних стадиях

Эмпирическая база. Средние медицинские работники г. Туймазы, женское население г. Туймазы, студенты 1-3 курсов Туймазинского медицинского колледжа.

Методы исследования: изучение анализ и обработка информации из различных документов, сбор статистических данных, наблюдение, анкетирование, интервьюирование.

Практическая значимость и новизна в том, что мы использовали комплексный подход к профилактике рака молочной железы: мы внедрили, апробировали и адаптировали для широкого применения проект «Вместе против рака груди». В течение длительного периода времени, в г.Туймазы студенты – волонтеры проводили целевые акции «Проверь себя и будь здоровой». Каждая акция сопровождалась:

- a. распространением печатной продукции – раздача листовок, буклетов, памяток. В результате были распространены более 700 экз.
- b. показом мультимедийной презентации, в которой разъяснялись факторы риска, ранние признаки, методы диагностики и мероприятия по профилактике рака молочной железы.

- в. индивидуальным обучением женщин – отвечали на их вопросы
- г. обучением женщин методике самообследования с использованием муляжа молочной железы.

Данное исследование представляет итоги трехлетней работы студенческого кружка Туймазинского медицинского колледжа «Вместе против рака груди».

Мы разделили нашу исследовательскую работу на 3 этапа: предварительный этап, основной этап, заключительный этап - подведение итогов.

Предварительный этап. Изучили литературу по проблеме, уточнили основные понятия. Проанализировали статистические данные по раку молочной железы по РБ и Туймазинскому району и г. Туймазы за последние 5 лет. Мы установили, что в городе Туймазы рак молочной железы также занимает первое место в структуре онкозаболеваний у женщин. При этом большая часть новых случаев приходится на 3 и 4 стадию заболевания. Отсюда можно сделать вывод о недостаточности профилактической и разъяснительной работы, как среди самих женщин, так и среди медработников. Исходя из этого, были сформулированы цели, задачи, гипотеза исследования, выбраны методы исследования. Мы разработали проект «Вместе против рака груди», в основе которого идея объединения мотивации и обучения, сочетания нескольких методов и средств гигиенического обучения и воспитания. Были разработаны 2 формы проведения санитарно-просветительской работы: уличная акция и урок здоровья. Урок здоровья сочетал в себе несколько методов обучения, устного, печатного и наглядного, формы работы – групповые и индивидуальные. Было использовано такое современное средство интерактивного обучения, как мультимедийная презентация. Отбор материала для презентации был проведен совместно с главным онкологом города.

Основной этап. В течение 3 лет студенты-волонтеры нашего кружка провели 2 уличные акции, 3 занятия с медицинскими работниками, 2 акции для пациентов и персонала поликлиники № 1, 5 уроков здоровья в организациях города и 6 - для студентов и сотрудников Туймазинского медицинского колледжа. Проводимая нами работа привлекла внимание средства массовой информации, была подготовлена тематическая передача Туймазинской студии телевидения «Будь здоров» и статьи в газете «Туймазинский вестник». Всего занятий посетило более 740 человек. В течении этого времени мы проводили мониторинг осведомленности женщин и медицинских работников о раке молочной железы. Предварительный анализ результатов основывался на анкетирование и сбору отзывов во время проведения мероприятий. По результатам анкетирования средних медицинских работников нам удалось установить, что, несмотря на хорошие знания основных аспектов заболевания, большинство из них не проводят его профилактики, так как не считают это своей обязанностью. Мы пришли к выводу, что в работе средних медицинских работников не уделяется должного внимания вопросам профилактики рака молочной железы. Анкетирование женщин показало нам некоторую осведомленность женщин об этом заболевании и методах ранней диагностики, но только 43 % женщин охвачена регулярным скринингом, а 29,3 % никогда не проходила маммографию. Исходя из полученных промежуточных результатов мы пришли к выводу, что ситуация с заболеваемостью раком молочной железы в городе может быть улучшена, если средние медицинские работники примут более активное участие в санитарном просвещении женщин.

Заключительный этап. Совместно с онкологической службой города, мы провели мониторинг заболеваемости раком молочной железы за последние 3 года. Было выявлено, что увеличилась обращаемость женщин к онкологу по собственной инициативе и по направлению средних медицинских работников. В результате увеличилось выявляемость рака на ранних стадиях, что в свою очередь улучшает прогнозы на полное излечение заболевания. Проект вызвал положительные отзывы и у женщин и у медработников.

Выводы:

1. Анализ статистических данных по раку молочной железы в РБ, Туймазинском районе и г. Туймазы показывает, что он также занимает первое место в структуре онкозаболеваний среди женщин и второе после рака легкого.
2. Женщины не достаточно осведомлены о методах ранней диагностике и профилактике рака молочной железы.
3. Разработав и внедрив проект «Вместе против рака груди», среди женщин Туймазинского района и г. Туймазы, мы повысили обращаемость женщин к онкологу.
4. Результаты мониторинга, проводимые среди медицинских работников, выявили слабую работу в области профилактики рака молочной железы.
5. Средние медицинские работники имеют возможность и желание занять более активную позицию в отношении рака молочной железы.
6. Предлагаемые нами методы и формы работы с населением экономически малозатратны, но эффективны.

Рекомендации для практического здравоохранения:

- активизировать совместную деятельность медицинских работников, студентов-волонтеров медицинского колледжа по формированию активной позиции у женщин к своему здоровью;
- объединить работу врача онколога, участкового терапевта, акушер – гинеколога, по выявлению рака молочной железы, для создания банка о состоянии здоровья женщин и групп риска среди них.

Для женского населения:

- вести здоровый образ жизни,
- активно заниматься самообразованием и повышать уровень осведомленности в вопросах профилактики рака молочной железы,

- посещать акции «Вместе против рака груди».

Литература

1. Барыкина Н.В., В.Г.Зарянская Сестринское дело в хирургии Ростов на Дону, Феникс 2018г.
2. Владимиров А.С. Онкология для фельдшеров: уч. пособ. Изд. 2-е, Р-на-Д, 2017.
3. Глыбочко П.В. Онкология М.2016
4. Петерсон С.Б. Онкология М.2016
5. Кабинет министров Республики Башкортостан постановление Кабинета Министров РБ от 06.12.2000 N 337 "О Республиканской целевой программе «Онкология» на 2001-2005 годы»
6. Рубан Э. Д. Хирургия. Среднее профессиональное образование – Феникс, 2018.
7. Байджанова Ю.А. «В Башкирию идёт эпидемия рака молочной железы» Башкирское региональное приложение к газете «Аргументы и факты». <http://www.u7a.ru/articles/health/2863>
8. Республиканская целевая программа "Онкология" на 2001-2005 годы. http://bashkortostan.news-city.info/docs/sistemaw/dok_peyaiz.htm
9. Кудинова Елена Геннадьевна. Заведующая рентгенологическим отделением Перинатального медицинского центра, врач рентгенолог маммолог высшей квалификационной категории Перинатального Медицинского Центра. <http://kp.ru/daily/25728.5/2719154>

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ: КЛИНИКА, ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

*Петрушина Е.А.,
обучающаяся 3 курса,
Научный руководитель
Игонин А.А.,
преподаватель,
ГАПОУ СО «ВМК
им. З.И. Марсевой, г. Вольск*

Парапроктит – это гнойное воспаление жировой клетчатки, расположенной вокруг прямой кишки и анального сфинктера. Гнойный парапроктит бывает острым и хроническим. Острый парапроктит заключается в формировании абсцессов (ограниченных полостей с гноем) жировой клетчатки. Хронический парапроктит проявляется параректальными (околопрямокишечными) и перианальными (вокруг анального отверстия) свищами, возникающими нередко после перенесенного острого парапроктита.

В общей структуре проктологических заболеваний парапроктит занимает 4 место. Он уступает лишь геморрою, анальным трещинам и колитам. По статистике, из 100 больных, обратившихся к проктологу, 20 - 40 человек - это пациенты с парапроктитом, причём большинство из них мужчины.

Парапроктит – очень серьёзное заболевание, которое при неправильной лечебной тактике чревато развитием осложнений и переходом в хроническую форму.

Чтобы понять, как развивается парапроктит нужно иметь представление о структуре слизистой прямой кишки и окружающей её клетчатки.

Орган расположен таким образом, что вокруг него локализовано не одно, а несколько клетчаточных пространств. Это подвздошно-прямокишечное, тазово-прямокишечное и позадипрямокишечное пространства, окружающие прямую кишку с разных сторон.

Кроме них есть ещё подслизистое клетчаточное пространство, расположенное непосредственно в стенке кишки, и подкожное, локализованное вблизи ануса. Воспалительный процесс может возникать в любой, а в особо тяжёлых случаях даже в нескольких из этих областей.

Некоторые особенности имеет и строение слизистой прямой кишки. В области аноректальной линии она образует углубления, или карманы. Это так называемые морганиевы крипты, в дне которых располагаются устья протоков анальных желёз.

В большом проценте случаев парапроктит начинается с криптита, то есть, с воспаления морганиевых крипт, а анальные железы играют определённую роль в распространении инфекции на параректальную клетчатку.

Острый парапроктит

Этиология, патогенез и клиника

Эта форма заболевания характеризуется внезапным началом и выраженными клиническими проявлениями, которые будут зависеть от локализации очага воспаления, его размеров, особенностей возбудителя и общей сопротивляемости организма.

Формы острого парапроктита:

- Подслизистый;
- Подкожный;
- Ишиоректальный;
- Пельвиоректальный (тазовопрямокишечный);
- Ретроректальный.

Общие симптомы, характерные для всех форм парапроктита:

- лихорадка до 38 – 39 °С, нередко с ознобом;
- проявления общей интоксикации: слабость, недомогание, ломота в мышцах и суставах, головная боль, отсутствие аппетита;
- расстройства стула и мочеиспускания в виде запоров, болезненных позывов к дефекации и болезненного мочеиспускания;
- разной интенсивности болевые ощущения в области прямой кишки, малого таза, низа живота, усиливающиеся во время стула.

В то же время течение каждой формы парапроктита имеет свои особенности:

1) При подкожном парапроктите уже с первых дней появляется покраснение кожи, отёк и уплотнение тканей рядом с анусом, резкая болезненность при ощупывании этого участка, невозможность сидеть из-за боли. Очаг воспаления виден невооружённым глазом, поэтому больные практически сразу обращаются к врачу.

2) Тазово-прямокишечный парапроктит вызывает наибольшие затруднения в диагностике, поскольку процесс протекает глубоко в полости малого таза и даёт только общие для всех форм симптомы. Больные обращаются к терапевту, гинекологу, а нередко лечатся самостоятельно, расценивая своё состояние как респираторную инфекцию. Этот период может затягиваться на 1 - 2 недели, причём, самочувствие больного ухудшается, нарастают симптомы интоксикации, боли становятся всё сильнее, и усугубляются нарушения стула и мочеотделения. Иногда самочувствие больного вдруг улучшается: уменьшаются боли, нормализуется температура, а из прямой кишки появляются обильные гнойные выделения с примесью крови. Такая картина возникает при прорыве гнойника в прямую кишку в результате расплавления её стенки. А у женщин гнойник аналогичным образом может вскрываться во влагалище.

3) Определённые затруднения в начале болезни вызывает и диагностика подвздошно-прямокишечного парапроктита, поскольку его симптомы тоже неспецифичны. Только к концу недели с момента возникновения заболевания появляются местные проявления: кожа над очагом воспаления краснеет, отекает, становятся асимметричными ягодичцы, что позволяет заподозрить острый парапроктит.

При самостоятельном вскрытии гнойника или при неправильном лечении острый парапроктит может переходить в хроническую форму.

Внутреннее отверстие гнойника почти всегда одно, а наружных гнойников может быть два и более, причем эти наружные абсцессы нередко располагаются по обе стороны от ануса - сзади или спереди от прямой кишки (подковообразный парапроктит). «Дуга» такого абсцесса проходит позади, между анусом и копчиком (чаще) или спереди от заднего прохода (у женщин между анусом и ректовагинальной перегородкой). При этом диагностируют соответственно, задний или передний подковообразный острый парапроктит, причем с одной стороны абсцесс может быть подкожным, а с другой ишиоректальным. Чаще всего, более чем у половины всех больных, гнойник располагается на границе кожи и слизистой - подкожно-подслизистый краевой острый парапроктит.

Возбудителями парапроктита являются бактерии. Чаще всего это кишечная палочка, реже стафилококки, энтерококки и анаэробные бактерии.

Инфекция попадает в жировую клетчатку из просвета прямой кишки вследствие ранений слизистой оболочки, трещин заднего прохода.

Наиболее частыми входными воротами являются крипты Моргани - своеобразные складки слизистой оболочки анального канала, одна из них почти всегда сообщается с полостью абсцесса. Реже инфекция проникает через кожу вследствие ранения, фурункула или из предстательной железы при ее воспалении. Кроме того, инфекция может быть занесена из другого очага инфекции током крови (гематогенный путь инфицирования).

Предрасполагающие факторы развития парапроктита:

- частые запоры;
- геморрой, трещины заднего прохода;
- ослабление иммунитета из-за алкоголизма, истощения, после перенесенного гриппа, ангины;
- сахарный диабет;
- атеросклероз.

Диагностика острого парапроктита

Диагноз острого парапроктита основывается на характерных клинических данных. Значительную трудность может представлять ранняя диагностика пельвиоректального парапроктита, особенно если не рассматривать его как возможную причину тяжелого лихорадочного состояния и не проводить повторных тщательных исследований прямой кишки.

Основной метод диагностики острого парапроктита - пальцевое исследование прямой кишки. В случае тяжелого состояния больного осмотр можно осуществить в положении лежа на спине (ноги согнуты в коленях и тазобедренных суставах). При наличии гнойника, расположенного высоко в тазово-прямокишечной клетчатке, выбухание в просвет кишки может отсутствовать, но при пальцевом исследовании обязательно возникает острая боль, отдающая в таз.

Установить наличие свища можно путем пункции гнойника (под наркозом) и введения в его полость метиленового синего. По месту расположения синего пятна на тупфере, введенном в прямую кишку, определяют локализацию внутреннего отверстия абсцесса.

При затруднении в постановке диагноза может потребоваться выполнение ультразвукового исследования области промежности. Ультразвуковое исследование позволяет установить локализацию и размеры гнойника,

характер изменений в окружающих тканях. Применение ректального датчика УЗИ помогает в топической диагностике гнойного хода и пораженной крипты.

Фистулография позволяет оценить направление свищевого хода при хроническом парапроктите и заключается во введении контрастного вещества в свищевой ход с последующим рентгенографическим исследованием. Рентгенография или компьютерная томография крестца и копчика может помочь в диагностике врожденной опухоли.

Лечение и осложнения острого парапроктита

Лечение парапроктита только хирургическое. При остром парапроктите выполняют операцию по вскрытию гнойной полости, ее необходимо выполнить тотчас после установления диагноза. Операцию проводят под общим обезболиванием, чаще всего под внутривенным наркозом, или используют спинномозговую анестезию, когда пациент не ощущает боли в нижней половине туловища, но при этом остается в сознании.

Цель операции - вскрытие абсцесса, эвакуация гноя и постановка дренажа. В дальнейшем рану ведут открыто, она заживает самостоятельно или накладывают вторичные швы.

Абсцесс вскрывается широким дугообразным разрезом над местом размягчения, его полость обследуют пальцем, разрушают возможные перепопки, промывают раствором антисептика и дренируют. При затеке гноя на противоположную сторону выполняется контрапертура и дренирование. Глубокие абсцессы, которые на распространяются на подкожную клетчатку, вскрываются через прямую кишку.

В связи с наличием отверстия в прямой кишке, способствующее переходу процесса в хроническую стадию, для профилактики, наряду со вскрытием абсцесса, применяются способы, направленные на устранение этого отверстия: иссечение пораженной Моргановой крипты в области внутреннего отверстия, частичную сфинктеротомию, лигатурный способ (при экстрасфинктерном расположении гнойного хода). При анаэробных парапроктитах применяются широкие множественные разрезы с соответствующей обработкой гнойных затеков.

Выполненная операция позволяет купировать гнойный процесс, но не избавляет от самого заболевания, ведь причиной болезни является поступление гноя из крипты прямой кишки по свищевому ходу. Поэтому приступ острого парапроктита может повториться или может развиться хронический парапроктит со свищевыми ходами на коже. Поэтому после перенесенного острого парапроктита необходимо проконсультироваться с хирургом-проктологом о выполнении радикальной операции.

В послеоперационном периоде медицинская сестра проводит антибактериальную терапию (по назначению врача) и выполняют ежедневные перевязки с антисептическими мазями.

Осложнения.

Необходимо осознавать, что промедление с обращением к хирургу при возникновении симптомов заболевания может привести к печальным последствиям, среди которых можно выделить следующие:

1. Гнойное расплавление стенки прямой кишки с распространением кишечного содержимого в параректальную клетчатку.
2. Образование гнойных свищей между прямой кишкой и влагалищем.
3. Гнойное расплавление уретры, переход гнойного процесса на мошонку с последующей гангреной.
4. Прорыв гноя в свободную брюшную полость и забрюшинную клетчатку с развитием перитонита и забрюшинной флегмоны, которые приводят к сепсису (заражению крови) и летальному исходу.
5. Некроз кожи в области распространения гнойника.

Литература

1. Иванова В.Д., Колсанов А.В. 2-е издание 2017.
2. Хирургические болезни. Автор. Кузин М.И. Издательство. Медицина, 3-е издание. 2016.
3. Федоров В.Д. и Дульцев Ю.В. Проктология, с. 66, М., 2014.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

*Празян А.М.,
обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Корнилова И.М.,
преподаватель,
ГБПОУ «Белореченский
медицинский колледж», г. Белореченск*

Острый аппендицит — острое воспалительно-некротическое заболевание червеобразного отростка слепой кишки, как правило, вызванное обтурацией просвета червеобразного отростка и протекающее при участии микрофлоры, обитающей в просвете червеобразного отростка (факультативных и облигатных анаэробов).

До 75% неотложных хирургических операций выполняется по поводу аппендицита. Заболеваемость составляет 4-5 случаев на 1000 человек в год. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый аппендицит составляет 89,1%, занимая средних первоестоме.

Аппендэктомия-хирургическое вмешательство по удалению воспаленного аппендикса, червеобразного отростка. Несмотря на достижения в области диагностики и совершенствование хирургических методов лечения, после операционные осложнения при остром аппендиците составляют 5-9%, а летальность - 0,1-0,3%

Первая операция по поводу аппендицита (воспаления аппендикса) была произведена за несколько тысячелетий до нашей эры: у одной из египетских мумий эпохи XI династии фараонов в правой подвздошной области обнаружили след разреза, посредством которого, по мнению современных специалистов, был, вероятно, вскрыт гнойник в подвздошной области. Закончилась ли операция для фараона успешно, и он ещё правил после этого, либо она и послужила причиной его превращения в мумию, установить трудно. Но достоверно известно, что ещё долгие века врачи сталкивались с заболеванием, которое называли «воспалительной опухолью» или «подвздошными нарывами». От этого заболевания, как правило, умирали в страшных муках, а случаи излечения наблюдались крайне редко.

В XVI веке нашей эры было установлено, что страдания эти вызывает небольшой отросток слепой кишки, который по непонятным причинам воспаляется, образует гнойник, нередко прорывающийся, и тогда гнойное содержимое отростка изливается в брюшную полость, вызывая воспаление брюшины. Этот отросток, имеющий червеобразную форму и находящийся в области дна слепой кишки, не связан ни с какими другими органами. Поэтому его и назвали аппендиксом, придатком слепой кишки.

Успешно бороться с этим недугом научились в конце XIX века; эту победу одержала хирургия. Сегодня отработанные и усовершенствованные методы оперативного вмешательства дают хорошие результаты, если операция была произведена без промедления.

Сравнительно низкая летальность достигнута частично за счет относительного раннего выполнения большинства операций в плановом порядке, вне выраженного обострения, а также за счет успешно организованного послеоперационного периода.

Медико-социальная значимость проблемы острого аппендицита обусловлена его высокой распространенностью. Острое воспаление отростка наблюдается в течение жизни у 7-12% населения высокоразвитых стран. Риск заболевания уменьшается с возрастом. Так, при рождении он составляет 15%, а в возрасте 50 лет – всего 2%. Среди больных острым аппендицитом 75% составляют лица моложе 33 лет. Наибольшая частота заболевания отмечается в возрасте 15-19 лет. [1, с.230]

Наличие большого количества теорий, предполагающих причины возникновения заболевания, свидетельствует о том, что окончательно причины не ясны.

Развитие данной патологии связывают с двумя факторами - обструкцией и инфекцией. Обструкцию отростка выявляют у 30-40% больных, ее вызывают инородные тела, фекалиты и пр. Обструкция отростка обуславливает повышение внутриаппендикулярного давления, приводящее к сдавливанию сосудов, развитию ишемии, нарушению трофики слизистой, что в итоге и активизирует аутофлору в аппендиксе. В 60-70% наблюдений дебют ОА связывают с вирусной инфекцией, которая, повреждая слизистую отростка, делает ее более уязвимой к заселению бактериями.

Инфекция всегда вызывает значительную гиперплазию ЛФ, что иногда приводит к полной обструкции отростка без участия инородных тел. [2, с.321]

Среди хирургов наибольшей популярностью пользуется следующая классификация аппендицита:

- Острый неосложненный аппендицит: катаральный (простой, поверхностный) и де-структивный (флегмонозный, гангренозный).
- Острый осложненный аппендицит: перфорация отростка, аппендикулярный ин-фильтрат, абсцессы (тазовый, поддиафрагмальный, межкишечный), перитонит, забрюшин- ная флегмона, сепсис, пилефлебит.
- Хронический аппендицит (первично-хронический, резидуальный, рецидивирующий).

Рассмотрим клиническую картину. Начальный симптом заболевания — внезапно возникающая тупая боль без четкой локализации в верхней половине живота или области пупка. Через 4—6 ч (с колебаниями от 1 до 12 ч) боль перемещается в правую подвздошную область. Изменение локализации боли с возникновением болезненности в правой подвздошной области появление соматических болей, обусловленных раздражением висцеральной брюшины (т. е. воспаление захватило все слои стенки отростка). Локализация боли зависит от расположения червеобразного отростка: при типичном положении его больной ощущает боль в правой подвздошной области, при высоком положении — почти в правом подреберье, при ретроцекальном положении — на боковой поверхности живота или в поясничной области, при тазовом положении — над лобком. Тошнота — частый симптом острого аппендицита, иногда, особенно в начале заболевания, возможна рвота. Стул в большинстве случаев не нарушен. При расположении отростка рядом со слепой или прямой кишкой или среди петель тонкой кишки воспаление может распространяться на кишечную стенку, что приводит к скоплению жидкости в просвете кишки и поносу.

В основе клинической картины острого аппендицита лежит развитие воспалительного процесса в стенке червеобразного отростка и ответная реакция тканей организма на это воспаление. Острое воспаление в червеобразном отростке проявляется болью, нарушением функции желудочно-кишечного тракта и температурной реакцией. При этом каждой форме острого воспаления в червеобразном отростке соответствует своя клиническая картина. [3, с.57]

Частота клинических симптомов:

1. Местные боли 95%
2. Тахикардия 90%
3. Мышечный дефанс 75%
4. Температура ниже 38°C 65%
5. Тошнота 50%

6. Температура выше 38°C 32%
7. Рвота 26%
8. Запор 14%
9. Диарея 8%
10. Распространенные боли 5%

Острый аппендицит обычно начинается внезапно, среди полного здоровья. Основной причиной, заставляющей больного обратиться к врачу, является появление боли в животе. Главной особенностью боли, характерной для острого аппендицита, считается ее локализация в правой подвздошной области. Тем не менее, нередко встречаются случаи, когда больной сначала ощущает боль по всему животу или она первоначально локализуется в эпигастральной области. Но где бы ни появлялась боль в начале болезни, она в конечном ее периоде переходит в правую подвздошную область (симптом Kocher).

Вторым характерным признаком боли при остром аппендиците является ее постоянство. Она остается до тех пор, пока сохраняется воспалительный процесс и сохраняется чувствительность нервных окончаний в стенке червеобразного отростка. При стихании воспалительного процесса или разрушении нервных окончаний боль стихает. В последнем случае стихание болевого симптома может быть причиной ошибки диагноза и выбора неверной тактики лечения больного.

Нарушение функции желудочно-кишечного тракта при остром аппендиците проявляется развитием диспепсических расстройств. Эти расстройства непостоянны и могут быть выражены такими симптомами, как тошнота, рвота, нарушение функции кишечника (появление жидкого стула). Как правило, эти симптомы возникают в начале болезни. Наличие их в более позднем периоде заболевания говорит о развитии осложнений острого аппендицита.

Что касается температурной реакции на воспалительный процесс в червеобразном отростке, то она находится в прямой зависимости от степени его развития и от возникновения интоксикации организма больного. В самом начале заболевания температура тела больного может быть нормальной или слегка повышаться (до 37,2-37,5°C). При деструктивных формах аппендицита температура тела может повышаться до 39°C и более.

Общее состояние больного при остром аппендиците также соответствует форме воспалительного процесса. Оно может быть как удовлетворительным, так и достаточно тяжелым, когда возникают серьезные осложнения болезни. При остром аппендиците возможно учащение сердечных сокращений, которое в тяжелых случаях может сопровождаться ухудшением функции сердечно-сосудистой системы.

Общие признаки острого воспалительного процесса в червеобразном отростке проявляются изменением количества лейкоцитов в периферической крови. Однако эти изменения обычно выражены при деструктивных формах воспаления. [4, с. 96-108]

Диагностика. При сборе анамнеза необходимо обращать внимание на проявления симптома Кохера-Волковича. У большинства пациентов перемещение боли в правую подвздошную область происходит в течение первых 4-6 часов заболевания, однако в ряде случаев этот симптом может отсутствовать или затягиваться до 24 часов.

При объективном обследовании состояние больного средней тяжести. Как правило, пациенты активны, могут обратиться на прием к врачу самостоятельно. Кожные покровы обычной окраски, отмечается субфебрилитет.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы характеризуются умеренной тахикардией при нормальном напряжении и наполнении пульса. Артериальное давление находится в нормальных пределах.

При исследовании системы пищеварения обращают внимание на сухость языка и слизистой ротовой полости. Язык, как правило, обложен налетом.

К признакам острого аппендицита, определяемым при осмотре живота, относится ограничение участия правой подвздошной области в дыхании. Живот при этом не вздут, симметричен.

При поверхностной пальпации живота выявляется болезненность и напряжение передней брюшной стенки в правой подвздошной области. Характерны симптомы раздражения брюшины, выявляемые в правой подвздошной области:

Симптом Менделя - боль в правой подвздошной области при лёгком постукивании кончиками пальцев по передней брюшной стенке.

Симптом Блюмберга (Щёткина-Блюмберга) - после мягкого надавливания на брюшную стенку в правой подвздошной области резко отрывают пальцы. При положительном симптоме максимальная болезненность возникает при отрывании исследующей руки, чем при надавливании.

Объективное исследование больного с острым аппендицитом обязательно должно завершаться ректальным осмотром. Характерен симптом Ленандера - разность между подмышечной и ректальной температурой превышает 1 градус С.

Специфические симптомы, характерные для острого аппендицита с типичной локализацией червеобразного отростка:

Симптом Ровзинга - левой рукой в левой подвздошной области сдавливают сигмовидную кишку. Не отнимая придавливающей руки, правой рукой производят короткий толчок через переднюю брюшную стенку на вышележащий отрезок кишки. При аппендиците боль возникает в правой подвздошной области.

Симптом Воскресенского (рубашки) - левой рукой натягивают рубаху за нижний край кончиками 2, 3 и 4 пальцев правой руки проводят скользящее движение из эпигастрия сверху вниз сначала к левой, а затем к

правой подвздошной области. В момент окончания такого «скольжения» справа больной отмечает резкое усиление боли.

Симптом Ситковского- усиление боли в правой подвздошной области при положении больного на левом боку.

Симптом Бартомье-Михельсона- усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку. [5, с.105]

Методы дополнительной диагностики.

Лабораторные методы диагностики:

1. Общий анализ крови - Лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
2. Общий анализ мочи и биохимические показатели крови не имеют специфических проявлений, характерных для острого аппендицита. Эти анализы выполняются для проведения дифференциальной диагностики с другой патологией органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Инструментальные методы диагностики:

1. Ультразвуковое исследование. В настоящее время метод находится в стадии разработки, однако результаты его применения показывают высокую информативность для диагностики острого аппендицита. Признаками острого аппендицита при УЗИ являются визуализация червеобразного отростка и симптом кокарды.

2. Диагностическая лапароскопия. Заключается в непосредственном осмотре органов брюшной полости при помощи специальной оптической системы. Позволяет оценить состояние червеобразного отростка при его расположении в брюшной полости. Признаки острого аппендицита соответствуют макроскопическим признакам заболевания, описанным выше.

Кроме этого, у больных острым аппендицитом для оценки состояния других органов и систем и предоперационного обследования необходимо выполнение ЭКГ, рентгенографии грудной клетки и других исследований, показания к которым определяются индивидуально.

Лечебная тактика при остром аппендиците заключается в возможно более раннем удалении червеобразного отростка – аппендэктомии. При диагнозе «острый аппендицит» экстренная аппендэктомия выполняется у всех больных, поскольку частота осложнений и летальность зависят в первую очередь от времени, прошедшего от начала заболевания до операции. Чем длительнее этот период, тем чаще встречаются осложнения и тем выше послеоперационная летальность. Так, именно при остром аппендиците давностью более 2-х суток возникают осложнения.

На догоспитальном этапе и в период диагностического процесса запрещается: применять местное тепло (грелки) на область живота, вводить наркотики и другие болеутоляющие средства, давать больным слабительное и применять клизмы.

В целях профилактики гнойно-септических осложнений всем больным до и после операции вводят антибиотики широкого спектра действия, воздействующие как на аэробную, так и на анаэробную флору. При неосложненном аппендиците наиболее эффективными препаратами считают цефалоспорины 4-го поколения («Зинацеф», «Цефуросим») в сочетании с линкозамидами («Далацин», «Клиндамицин») или метронидазолом («Метрогил», «Трихопол»). При осложненном остром аппендиците целесообразно назначать карбопенемы («Тиенам», «Импипенем», «Меронем») или уреидопеницилин.

У больных с ВИЧ-инфекцией при снижении количества CD4- лимфоцитов (менее 500) на фоне лейкопении показано назначение иммуноглобулинов и G-CSF (фактора, стимулирующего колонии нейтрофилов).

Аппендэктомию выполняют под общим (внутривенным или эндотрахеальным наркозом) или под местным обезболиванием лапароскопическим или открытым способом.

В последние десятилетия успешно внедряется малоинвазивная хирургия: лапароскопическая и транслюминальная. Методики позволяют удалять аппендикс через небольшие проколы брюшной стенки или полых органов с помощью специальных инструментов.

При лапароскопической аппендэктомии делается, как правило, 3 прокола брюшной стенки

В последние годы появились однопортовые инструменты, позволяющие делать 1 прокол (однопортовая аппендэктомия или аппендэктомия единым доступом).

При транслюминальной аппендэктомии инструменты вводят через прокол стенки желудка или свода влагалища. Преимущество ее заключается в отсутствии косметических дефектов, относительно быстром выздоровлении и сокращении сроков послеоперационной реабилитации.

При лапароскопической аппендэктомии изменяется только оперативный доступ, методика удаления отростка такая же, как при открытой операции.

Достоинствами эндоскопической аппендэктомии являются одновременное решение диагностической и лечебной задач, малая травматичность, уменьшение числа осложнений (нагноение ран). В связи с этим сокращается послеоперационный период и длительность реабилитации.

Продолжительность лапароскопической операции несколько больше, чем открытой. Кроме того, у небольшой части больных (3-5 %) возникает необходимость конверсии эндоскопической операции в традиционную из-за плотных спаек, внутреннего кровотечения, абсцесса, выраженного ожирения.

Стоимость операции при использовании видеоэндоскопической техники в 4 раза больше, чем при открытой аппендэктомии. Противопоказанием к лапароскопии служит беременность. Однако при использовании безгазового метода (отсутствие инсuffляции газа в брюшную полость) она проста и безопасна.

Открытая аппендэктомия при отсутствии явлений разлитого перитонита выполняется через косой

переменный доступ Макбурнея (McBurney), иногда называемый в отечественной литературе доступом Волковича-Дьяконова

При подозрении на распространенный гнойный перитонит целесообразно производить срединную лапаротомию, которая позволяет провести полноценную ревизию и выполнить любую операцию на органах брюшной полости, если возникает такая необходимость.

Доступ Макбурнея малотравматичен, апоневроз наружной косой мышцы живота рас-секается по ходу волокон, внутренняя косая и поперечная мышцы раздвигаются тупо по ходу волокон. При напряжении брюшной стенки все слои раны сближаются. Разрез крайне редко осложняется послеоперационной грыжей. Недостаток разреза – значительные трудности и травматичность при необходимости расширить его.

Второй разрез, применяющийся реже, параректальный. Проводится по наружному краю влагалища прямой мышцы живота. Его легко перевести при необходимости в лапаротомный. Недостаток разреза – возможность образования послеоперационной грыжи в связи с пересечением нервов, иннервирующих мышцы передней брюшной стенки.

Длина разреза лимитируется требованиями эстетики, но не должна влиять на технику проведения операции – возможности выведения в рану илеоцекального угла и проведения ревизии правой подвздошной области. Выведение в рану илеоцекального угла, а не купола слепой кишки, важно для безопасного погружения культя червеобразного отростка в купол слепой кишки, ибо в этот момент имеется опасность сдавления Баугиниевой заслонки и развития непроходимости. Особенно это важно учитывать при оперировании детей.

Если видимые изменения в червеобразном отростке и брюшной полости не соответствуют клинической картине заболевания, то обязательно надо вывести в рану до 1 м подвздошной кишки и провести ее ревизию для выявления заболеваний, манифестирующих острым аппендицит (дивертикул Меккеля, болезнь Крона).

Типичная аппендэктомия заключается в мобилизации червеобразного отростка путем перевязки и пересечения его брыжейки. На этом этапе необходимо учитывать, что в брыжейке проходит а. appendicularis – ветвь а. ileocolica. Кровотечение из нее может быть опасным. Поэтому брыжейка перевязывается с прошиванием не рассасывающимся шовным материалом. После этого отросток пережимается у основания зажимом, перевязывается тонким рассасывающимся материалом и отсекается.

Культя погружается в стенку слепой кишки кисетным серозно-мышечным и Z-образным серо-серозным швом и, попадая в замкнутую полость, может вызвать образование абсцесса (так называемый культит или «аппендицит без аппендикса»). Профилактикой этого осложнения и является рассасывание лигатуры через сутки, и погруженная в стенку слепой кишки культя червеобразного отростка открывается в просвет кишки.

У детей до 10 лет культю отростка перевязывают нерассасывающимся материалом, а видимую слизистую оболочку выжигают электрокоагулятором или 5% раствором йода. Не-которые хирурги у детей инвагинируют культю аппендикса. При лапароскопической аппендэктомии на основание отростка накладывают металлическую клипсу. Погружение культя отростка в слепую кишку не производят.

Если червеобразный отросток в рану не выводится из-за выраженного спаечного процесса или атипичного расположения производится ретроградная аппендэктомия: червеобразный отросток пересекается у основания и погружается в купол слепой кишки, как и при типичной операции. Червеобразный отросток вместе с прилежанными к нему тканями и органами выводится в рану и поэтапно выделяется, мобилизуется, отделяется от брыжейки с ее перевязкой, как и при типичной операции.

При остром простом аппендиците рана послойно зашивается.

При деструктивном флегмонозном аппендиците после аппендэктомии из раны и подвздошной области удаляется экссудат, рана промывается раствором антисептика, осушивается и зашивается наглухо.

Если рану и подвздошную область осушить полностью не удалось, рана и подвздошная область дренируются силиконовой трубкой. Рана зашивается до дренажа. Последний удаляется через 2-3 сут если по дренажу отделяемого нет и клинически нет признаков воспаления.

При гангренозном аппендиците, после всех манипуляций, описанных выше, рана зашивается редкими швами до кожи. На кожу накладываются провизорные швы на 4-5 сут с целью профилактики анаэробной инфекции. Из раны обязательно берется посев для идентификации флоры и ее чувствительности к антибиотикам.

При обнаружении скопления экссудата в брюшной полости (перитоните) рану промывают антисептическим раствором, в брюшную полость вводят дренажную трубку через отдаленный разрез брюшной стенки. [6, с.288]

Существует мнение, согласно которому не следует тампонировать брюшную полость. В то же время некоторые хирурги вместо одного или нескольких двухпросветных дренажей устанавливают тампон при:

- невозможности удалить отросток или его часть из инфильтрата;
- вскрытия периаппендикулярного абсцесса;
- забрюшинной флегмоне;
- неуверенности в состоятельности швов, погружающих культю отростка.

Среди осложнений возникающих после аппендэктомии, на первом месте стоят осложнения, локализующиеся в операционной ране – вторичное кровотечение (образование гематом) и нагноение операционной раны. К осложнениям, связанным с техникой аппендэктомии, относятся: внутри-брюшное кровотечение, развитие местного (инфильтрат или абсцесс в правой подвздошной ямке) и разлитого перитонита. В некоторых случаях могут образоваться межкишечные, подпеченочные, поддиафрагмальные и тазовые абсцессы. Своевременная диагностика развивающихся в послеоперационном периоде осложнений и адекватно

выбранный метод лечения их обеспечат выздоровление больного.

Внедрение в хирургическую практику лапароскопии и разработка специальных инструментов, позволяющих производить различные манипуляции в брюшной полости под лапароскопическим контролем, позволили разработать методику удаления червеобразного отростка под контролем эндоскопии - лапароскопическую аппендэктомию. Впервые лапароскопическая аппендэктомию была выполнена К. Semm в Германии в 1982 г.

Показания к лапароскопической аппендэктомии те же, что и для аппендэктомии традиционным доступом. Выполняя аппендэктомию под контролем лапароскопа, хирург имеет возможность более тщательно осмотреть брюшную полость и ее органы, что невозможно при использовании традиционных доступов к червеобразному отростку в правой подвздошной области.

Выполнение аппендэктомии под контролем лапароскопа противопоказано у больных с выраженными признаками сердечно-легочной недостаточности, с нарушенной свертываемостью крови, при разлитом перитоните, у женщин в поздние сроки беременности. Из-за возникновения технических трудностей не следует выполнять лапароскопическую аппендэктомию у больных с ожирением III-IV степени, а также имеющих в анамнезе хирургические вмешательства на органах нижнего этажа брюшной полости и полости малого таза. Аппендэктомию под контролем лапароскопа не следует производить в случаях флегмоны купола слепой кишки, при перфорации стенки червеобразного отростка в зоне его основания, а также в случаях образования аппендикулярного инфильтрата и аппендикулярного абсцесса.

Противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии является ретроцекально-ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка. [7, с.528]

Прогноз при остром аппендиците зависит от точности и своевременности диагностики. Типичная клиническая картина при остром аппендиците наблюдается в среднем у 50% больных. Перфорация отростка развивается у 25% людей старше 70 лет и у 70% детей в возрасте до 2 лет. Прогноз при перфоративном аппендиците всегда очень серьезный. Поэтому в сомнительных случаях предпочтительнее провести лапаротомию и установить точный диагноз во время операции.

В редких случаях после аппендэктомии остаются боли в правой подвздошной области, заставляющие обращаться к врачу. При обследовании обычно не выявляют какой-либо патологии и болевой синдром объясняют «спаечным процессом». Более серьезные последствия связаны с послеоперационными гнойными осложнениями и релапаротомиями. У этих больных, как правило, развивается тяжелая спаечная болезнь брюшной полости с постоянными болями, нарушениями стула и эпизодическими приступами кишечной непроходимости.

Неотложная помощь на догоспитальном этапе:

1. Голод.
2. Холод на живот.
3. Ввести спазмолитики: дротаверин 2% раствор 0,1 мл/кг в/м, папаверин 2% раствор 0,1 мл/кг в/м, но-шпа 0,1 мл/кг в/м.
4. Борьба с гипертермическим синдромом: физические методы, медикаментозные средства (папаверин 2% раствор 0,1 мл/кг в/в, в/м, димедрол 1% раствор 0,1 мл/кг в/в, в/м).
5. Транспортировать в лечебное учреждение в срочном порядке

На госпитальном этапе:

1. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.
2. Голод.
3. Холод на живот.
4. Борьба с гипертермическим синдромом: анальгин 50% раствор 0,1 мл/год жизни в/м, папаверин 2% раствор 0,1 мл/кг в/в в/м, димедрол 1% раствор 0,1 мл/кг в/в в/м.
5. При тяжёлом состоянии – дезинтоксикационная терапия: глюкоза 10% раствор в/в, ацесоль, дисоль, физиологический раствор натрия хлорида в/в.
6. Премедикация: промедол 1% раствор 0,1 мл/год жизни в/м, атропина сульфат 0,1% раствор 0,05 мл/год жизни в/м.
7. Экстренное оперативное лечение: общее обезболивание лапаротомия по Волковичу-Дьяконову, ревизия, аппендэктомию, санация, дренирование при осложнённом деструктивном аппендиците.
8. Комплексная терапия в раннем послеоперационном периоде: постельный режим, диетотерапия, антибиотикотерапия парентерально, физиолечение, перевязки.
9. Дезинтоксикационная инфузионная терапия – при осложнениях острого аппендицита.

Литература

1. Бондаренко В.А. Острый аппендицит / В.И. Лупальцев, В.А. Бондаренко – К.: Здоровья, 2013. – 230 с.
2. Василевская Л.Н. Гинекология: учебник / Л.Н. Василевская, В.И. Грищенко – М., Медицина, 2014 – 321 с.
3. Гайворонский И.В. Анатомия пищеварительной системы: / И.В. Гайворонский, Г.И. Ничипорук – Спб «ЭЛБИ-СПб» 2011. – 57с.
4. Зайцев В.Т. Алексеенко В.Е., Белый И.С. Неотложная хирургия органов брюшной полости. – К.: Здоровья, 2014. – 96 – 108 с.
5. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита / В.И. Колесов – М.: Медицина, 2013. – 105 с.
6. Кузьмин М.И. Хирургические болезни / М.И. Кузьмин – М.: Медицина 2012.–771с. 7. Кузнецов Н.А.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Россомагина С.А.,
обучающаяся 4 курса.
Научный руководитель
Ковалев М.Л.,
преподаватель,
ГБПОУ «КМУ», г. Кудымкар*

Рак молочной железы (РМЖ) – это злокачественная опухоль, характеризующаяся довольно агрессивным ростом и способностью к активному метастазированию.

Актуальность темы обусловлена тем, что рак молочной железы, среди онкологических заболеваний у женщин занимает первое место, причем заболеваемость растет и прогрессирует среди девушек молодого возраста, все чаще она обнаруживается у женщин в возрасте до 40 лет [5].

В России выявляется около 50 тысяч случаев рака груди, что составляет примерно пятую часть от всех опухолей у женщин. Причем, более 40% случаев рака груди диагностируется на поздних стадиях.

Ежегодно от рака груди умирает более 20 000 россиянок. Каждая восьмая женщина на протяжении жизни рискует заболеть раком молочной железы [5].

Можно выделить такие причины заболеваемости рака молочной железы, как неблагоприятная экологическая обстановка, ранние аборты, некоторые эндокринные и гинекологические заболевания, ушибы молочных желез, неблагоприятная наследственность.

В большинстве случаев рак молочной железы, обнаруживают на поздних стадиях, несмотря на улучшение диагностики, проведение лечебно-профилактических и образовательных мероприятий, поэтому имеет большое значение участие фельдшера в своевременной и правильной диагностике заболевания, следствием чего является назначение раннего соответствующего правильного лечения.

Цель учебно - исследовательской работы: Изучить современные методы лечения рака молочной железы.

Задачи исследования:

1. Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику рака молочной железы.
2. Рассмотреть современные методы лечения рака молочной железы.

Объект исследования: рак молочной железы.

Предмет исследования: методы лечения рака молочной железы.

Методы исследования:

1. Аналитико-синтетический.
2. Обобщение.

Рак молочной железы – злокачественное новообразование, развивающееся из клеток эпителия протоков и долек паренхимы железы. Возникновение рака определяет сложное взаимодействие между эндокринной и иммунной системами организма.

Этиология

Конкретной причины проявления рака молочной железы в настоящее время не установлено. Некоторую роль на развитие РМЖ влияет образ жизни и факторы окружающей среды.

Факторы риска возникновения РМЖ:

- Возраст. Следует быть особенно внимательной к себе в возрасте после 30 лет. Прежде всего, необходимо проводить ежемесячные самообследования, ежегодно - УЗИ молочных и маммографию. У женщин старшего возраста риск заболеть выше, но это не повод не думать об этом в молодом возрасте.

- Осложненный наследственный анамнез. Ежегодное обследование особенно показано женщинам, у которых в семейном анамнезе имеется РМЖ.

- Наличие фоновых заболеваний. Необходимо обязательно проходить ежегодное обследование при таких фоновых заболеваниях, как мастопатия, кисты в молочной железе. При наличии кистозно-фиброзной мастопатии обязательным является наблюдение и лечение у маммолога, следуя всем его рекомендациям.

- Позднее наступление климакса после 55 лет.

- Поздние первые роды. Это группа женщин, у которых первый ребенок родился после 30 лет.

- Искусственное прерывание беременности.

- Прием гормоносодержащих препаратов. Бесконтрольный прием данной группы препаратов может привести к нежелательным последствиям. Следует строго соблюдать назначения врача, не заниматься самолечением.

- Отказ от грудного вскармливания.

- Травмы груди. Любая травма груди требует наблюдения.

- Ожирение. Увеличивается риск развития РМЖ, если ожирение развивается у женщин после наступления климакса.

- Характер питания. Фаст-фуды, перекусы, несбалансированное питание также является фоном для

развития рака молочной железы.

- Увеличение щитовидной железы (при снижении ее функции).
- Перенесенный послеродовой мастит.

Даже если нет ни одного фактора риска из перечисленных выше, полностью исключить вероятность возникновения этого заболевания невозможно. И единственным способом, позволяющим снизить развитие РМЖ, является регулярное обследование, устранение факторов риска, а при необходимости наблюдение у маммолога.

Патогенез

Доказано, что наиболее распространенными генетическими причинами рака молочной железы становятся мутации в генах BRCA1 и BRCA2. Носительницы мутации BRCA1 имеют риск заболеть раком молочной железы 55-65%, а носительницы BRCA2 — 45% [6].

Как выяснилось, имеют также значение такие заболевания, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, атеросклероз и др.

Наиболее часто поражения молочной железы выявляются в верхнем наружном квадранте. В этом квадранте располагается до 50% всех раков молочных желез. Такая частота поражения данной области, по-видимому, связана с большой концентрацией терминальных млечных протоков.

Локализация злокачественных опухолей в других квадрантах следующая:

- нижний внутренний квадрант - 5%;
- нижний наружный и верхний внутренний квадрант - 15%;
- нижний наружный квадрант - 10%;
- центральное расположение позади ареолы - 17% [5].

Распространение процесса

РМЖ распространяется по лимфатической и кровеносной системам. Закупорка подкожных лимфатических сосудов вызывает отек кожи над опухолью и вокруг нее, придавая ей характерный вид “лимонной корки”.

Лимфогенные метастазы поражают в первую очередь лимфатические узлы. Метастазы, образующиеся по пути кровотока, приводят к закупорке небольших подкожных вен, вызывая нарушения кровообращения и покраснения кожи.

Метастазы могут развиваться в позвоночнике, ребрах, черепных костях, плевре, легких, печени, мозге и других органах. Последовательность их развития имеет определенное значение для показания к гормонотерапии и прогнозу при запущенном раке молочной железы. Средняя продолжительность нелеченого рака от момента установления диагноза до смерти составляет три года. Однако некоторые формы обладают очень низкой тенденцией к метастазированию, ограничиваясь лишь местным поражением молочной железы и соседних тканей на протяжении многих лет.

Около 20% больных с нелечеными раковыми опухолями в начальных стадиях доживают до 5 лет, а в течение 10 лет живут лишь 3% подобных больных [3].

Международная TNM классификация рака молочной железы

Первичная опухоль

Tis — рак in situ.

Tis (DCIS) — протоковый рак in situ.

Tis (LCIS) — дольковый рак in situ.

Tis (Paget) — рак Педжета (соска) без признаков опухоли (при наличии опухоли, оценку проводят по её размеру).

T1 mic — микроинвазия (до 0,1 см в наибольшем измерении).

T1a — опухоль до 0,5 см в наибольшем измерении.

T1b — опухоль до 1 см в наибольшем измерении.

T1c — опухоль до 2 см в наибольшем измерении.

T2 — опухоль до 5 см в наибольшем измерении.

T3 — опухоль более 5 см в наибольшем измерении.

T4 — опухоль любого размера с прямым распространением на грудную стенку или кожу:

T4a — распространение на грудную стенку.

T4b — отёк (включая симптом «лимонной корочки»), или изъязвление кожи молочной железы, или сателлиты в коже данной железы.

T4c — признаки, перечисленные в 4a и 4b.

T4d — воспалительная форма рака.

Регионарные лимфатические узлы

N — регионарные лимфатические узлы

NX — недостаточно данных для оценки поражения регионарных лимфатических узлов.

N0 — нет метастазов в регионарных лимфатических узлах.

N1 — метастазы в смещаемых подмышечных лимфатических узлах (на стороне поражения).

N2 — метастазы в подмышечных лимфатических узлах на стороне поражения, спаянные между собой или фиксированные, либо клинически определяемые метастазы во внутригрудные лимфатические узлы при

отсутствии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов.

N2a — метастазы в подмышечных лимфатических узлах на стороне поражения, спаянные между собой или фиксированные;

N2b — клинически определяемые метастазы во внутригрудные лимфатические узлы при отсутствии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов.

N3 — метастазы в подключичные лимфатические узлы на стороне поражения, либо клинически определяемые метастазы во внутригрудные лимфатические узлы при наличии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов, либо метастазы в надключичные лимфатические узлы на стороне поражения (независимо от состояния подмышечных и внутригрудных лимфатических узлов).

N3a — метастазы в подключичные лимфатические узлы на стороне поражения

N3b — метастазы во внутригрудные лимфатические узлы при наличии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов.

N3c — метастазы в надключичные лимфатические узлы на стороне поражения [6].

Отдаленные метастазы

M — отдаленные метастазы;

Mx — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

M0 — нет признаков отдаленных метастазов;

M1 — имеются отдаленные метастазы.

Классификация РМЖ по стадиям

Стадия развития определяет, насколько выросла опухоль, как далеко зашел процесс. От стадии зависит объем и эффективность лечения.

На ранних стадиях лечение обычно проходит успешно, на более поздних — шансов вылечиться полностью меньше. Стадия болезни определяется в зависимости от размера опухоли, состояния лимфатических узлов и ее распространенности в другие органы.

Ранняя стадия 0, когда рак локализован в молочной железе (карцинома).

Стадия 1. Опухоль менее 2 см в диаметре и не распространяется на окружающие лимфоузлы.

Стадия 2А. Опухоль менее 2 см в диаметре с пораженными лимфоузлами или опухоль от 2 до 5 см без вовлечения лимфоузлов, или пораженные лимфоузлы без обнаружения рака в молочной железе.

Стадия 2В. Опухоль более 5 см, но без поражения подмышечных лимфоузлов или опухоль от 2 до 5 см с поражением лимфоузлов.

Стадия 3А. Называется также локально распространенным раком. Опухоль любых размеров с вовлечением подмышечных лимфоузлов, которые спаяны между собой или окружающими тканями.

Стадия 3В. Опухоль любых размеров с распространением на кожу, грудную стенку или внутренние грудные лимфоузлы (располагающиеся с внутренней стороны грудной клетки под молочной железой).

Стадия 3С. Опухоль любых размеров с широким распространением, больше чем 3В.

Стадия 4. Опухоль любых размеров с отдаленными метастазами, например, в кости, легкие или отдаленные лимфоузлы.

Клиническая картина

РМЖ обнаруживается, как объемное образование самим пациентом, или во время объективного обследования, или проведения УЗИ и маммографии. Реже, встречаются симптомы в виде болей, набухания или неясного уплотнения в молочных железах.

Жалобы при раке молочной железы можно разделить на первичные и вторичные.

Первичные: наличие опухоли, асимметрия, втяжение соска, гиперемия, отечность железы, «лимонная корка», выделения из соска, ограничение подвижности железы (спаивается с грудными мышцами).

Вторичные: увеличенные подмышечные лимфоузлы, изъязвление, отек руки и др. [4].

При объективном обследовании оценивают 4 категории признаков:

1. Состояние кожи;
2. Состояние соска и ареолы;
3. Особенности пальпируемого уплотнения;
4. Состояние регионарных лимфатических узлов.

Осмотр проводят в вертикальном положении (сначала с опущенными, а затем с поднятыми руками). При осмотре определяется симметричность, расположение, величина и форма молочных желез, состояние кожных покровов, ареолы и соска. Выявляют смещение, асимметрию, деформацию, изменение уровня расположения соска, сморщивания кожи, отечность или гиперемию, выделения из соска.

Даже при небольших (до 2 см) опухолях можно определить симптом «морщинистости». При центральном расположении опухоли даже при незначительных размерах можно заметить втяжение соска и отклонение его в сторону.

Пальпация молочных желез: пальпируют подмышечные, надключичные и подключичные лимфатические узлы. Также пальпаторно определяют консистенцию молочной железы, однородность ее структуры.

При пальпации можно определить «минимальный» рак — около 1 см, все зависит от локализации опухоли. При поверхностном или краевом ее расположении при самых малых размерах вследствие укорочения Купферовских связок появляется симптом «морщинистости», или втяжения кожи над опухолью. Узел при пальпации чаще безболезненный, без четких контуров, плотной консистенции, ограниченно подвижный вместе

с окружающей железистой тканью.

Самообследование молочных желез

Самообследование (осмотр и пальпация) молочных желез проводят 1 раз в месяц после менструации.

Осмотр проводят перед зеркалом с опущенными, а затем с поднятыми кверху руками. Обращают внимание на: состояние кожи (втяжение или выбухание участка), состояния соска (втяжение соска или укорочение радиуса ареолы), формы и размер молочных желез; наличие или отсутствие выделений из соска или патологических изменений на соске (корочки) [2]. Пальпация:

1. Пальпацию проводят лежа на спине с небольшим валиком, подложенным под лопатку обследуемой стороны, чтобы грудная клетка была слегка приподнята;

2. Ощупывают каждую молочную железу противоположной рукой в трех положениях: рука на обследуемой стороне отведена вверх за голову, отведена в сторону, лежит вдоль тела;

3. Пальцами противоположной руки ощупывают наружную половину молочной железы (начиная от соска и продвигаясь кнаружи и вверх). Затем пальпируют все участки внутренней половины молочной железы (начиная от соска и продвигаясь к груди). Определяют, нет ли узлов, уплотнений или изменений в структуре ткани молочной железы или в толще кожи;

4. Пальпируют подмышечные и надключичные области. При умеренном сдавлении пальцами ареолы и соска проверяют, нет ли выделений;

5. Гиперемию кожи над опухолью (проявление специфического лимфангита);

6. Симптом Краузе: утолщение складки ареолы (вследствие отека из-за поражения опухолевыми клетками лимфатического сплетения подареолярной зоны);

7. Симптом Прибрама (при потягивании за сосок опухоль смещается за ним);

8. Симптом Кенига: при прижатии молочной железы ладонью плашмя опухоль не исчезает;

9. Симптом Пайра: при захватывании железы двумя пальцами слева и справа кожа не собирается в продольные складки, а образуется поперечная складчатость.

Клинические особенности различных форм рака молочной железы

Неинфильтрирующий внутрипротоковый рак молочной железы протекает без выраженных клинических признаков. Иногда пациенты могут предъявлять жалобы на умеренные боли в области молочной железы, дискомфорт и нагрубание. Также могут быть выделения из сосков. Пальпаторно можно определить очаг более плотной ткани.

Дольковый неинфильтрирующий рак также длительное время протекает скрыто. Обычно обнаруживается случайно, при проведении гистологического исследования удаленных тканей молочной железы (нередко и по другому поводу).

Рак Педжета – внутрипротоковый эпидермотропный рак молочной железы, возникающий из устьев крупных выводных млечных протоков соска. Болезнь Педжета имеет различное клиническое течение: наиболее часто на первый план выступает поражение соска и ареолы, реже вблизи соска определяется опухоль, а изменения соска носят вторичный характер.

Больные ощущают в области соска чувство жжения, покалывания и умеренный зуд. В начальной стадии на соске и ареоле появляются чешуйки, поверхностные эрозии, незаживающие трещины. Сосок увеличен в объеме, уплотнен, отмечается также отечность ареолы. Кожа имеет красноватый цвет, местами она представляется зернистой, как бы лишенной эпидермиса.

С течением времени сосок уплощается, разрушается и на его месте образуется изъязвленная поверхность, далее процесс распространяется на ареолу. Вид молочной железы меняется: на месте соска и ареолы образуется изъязвленная дискообразная поверхность, возвышающаяся над уровнем кожи с валикообразными краями. В дальнейшем процесс распространяется эксцентрически, захватывая все новые участки. В ткани молочной железы можно уже четко пропальпировать опухолевидное образование.

Диффузные формы

Общими признаками для этих форм является триада:

1. Отек кожи и ткани железы;

2. Кожная гиперемия и гипертермия;

3. Значительная местная распространенность, неблагоприятный прогноз.

Отечно-инфильтративный рак. Он характеризуется наличием безболезненного или слегка болезненного плотного инфильтрата без четких границ, занимающего большую часть железы. Молочная железа при этом увеличена в размерах, кожа отечная, гиперемирована в складку, собирается с трудом, имеет вид «апельсиновой корки» за счет блокады лимфатических путей опухолевыми эмболами или сдавления опухолевым инфильтратом. Отек наиболее выражен на ареоле и окружающих тканях. В подмышечной впадине нередко определяются плотные лимфатические узлы, сливающиеся в конгломерат.

Маститоподобный рак. В отличие от отечно-инфильтративного рака более выражены симптомы кожной гиперемии и гипертермии. Молочная железа увеличена в размерах, отечна, напряжена, инфильтрирована, горячая на ощупь. В толще железы прощупывается болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, синюшная.

Рожеподобный рак. При рожеподобном раке молочной железы кожа резко гиперемирована, с неровными фестончатыми краями в виде «языков пламени» за счет распространения опухолевых клеток по лимфатическим капиллярам и сосудам – раковый лимфангоит. Отек кожи, гиперемия и гипертермия приобретают наибольшую степень выраженности.

Панцирный рак. Это сравнительно редко встречающаяся форма, протекает длительно, торпидно. Панцирный рак характеризуется обширной опухолевой инфильтрацией как самой ткани железы, так и покрывающей ее кожи. Процесс может выходить за пределы молочной железы и распространяться на грудную клетку, а также на другую молочную железу. Проявляется сморщиванием, уплотнением и уменьшением в размерах молочной железы. Изменения кожи напоминают панцирь: появляется множество мелких сливающихся опухолевых узлов, кожа становится плотной, пигментированной и плохо смещается.

Внутрипротоковый рак молочной железы чаще всего развивается из внутрипротоковой папилломы и представляет собой микрофолликулярные очаги. В начальной стадии единственным симптомом, указывающим на наличие патологического очага, являются кровянистые выделения из соска. Пальпаторно опухоль вначале определить не удастся вследствие ее небольших размеров и мягкой консистенции.

Диагностика

Диагностика заболеваний молочной железы основывается на результатах осмотра молочных желез, их пальпации, маммографии, УЗИ молочных желез, пункции узловых образований и подозрительных участков и цитологическом исследовании пунктата.

Осмотр молочных желез

При относительно больших раковых опухолях можно обнаружить следующие симптомы:

- 1) симптом умбиликации (за счет укорочения куперовых связок, вовлеченных в опухоль);
- 2) симптом «площадки» (генез тот же);
- 3) симптом «морщинистости» (генез тот же);

4) симптом «лимонной корки» (за счет вторичного внутрикожного лимфостаза вследствие блокады лимфатических путей регионарных зон или вследствие эмболии опухолевыми клетками глубоких кожных лимфатических сосудов).

Выявление онкомаркеров РМЖ в крови

Для диагностики рака молочной железы используется определение онкомаркеров в крови (С15-3, С 125, РЭА и др.). Онкомаркерами называют специальные белки, которые сигнализируют о возможном онкологическом заболевании. Эти вещества выделяются злокачественными опухолями или организмом в ответ на возникновение этой опухоли. Для выявления РМЖ наиболее эффективно определять одновременное содержание СА 15-3 и РЭА в крови пациентки.

Сочетание СА 15-3 и ПК-М2 позволяет выявить опухоль на ранней стадии, а дополнительные онкомаркеры ТПА и СА 125 лишь подтвердят поставленный диагноз.

Маммографическое исследование

Является высокоэффективным методом при распознавании и дифференциальной диагностике. Маммография позволяет определить размеры образования, его характер, распространенность процесса на окружающие ткани. Применение маммографии помогло многим женщинам сохранить грудь, благодаря диагностике рака на самом раннем этапе. По статистике маммография позволила на 35% снизить смертность от рака груди у женщин пожилого возраста [8].

Первичные рентгенологические признаки рака: наличие характерной опухолевой тени. Чаще всего это неправильная, звездчатая, амёбовидная, с неровными, нечеткими контурами тень с радиарной тяжистостью. Опухолевый узел может сопровождаться «дорожкой» к соску, его втяжением, утолщением кожи. Наличие микрокальцинатов, т. е. отложений солей в стенке протока. Они встречаются как при раке, так и при мастопатиях и даже в норме. Однако их характер при этом отличается. При раке микрокальцинаты обычно бывают менее 1 мм, напоминают песчинки. Чем их больше, чем они мельче, тем больше вероятность рака.

Дуктография (галактография или контрастная маммография).

Осуществляется после введения контрастного вещества в молочные протоки. Показана при наличии выделений из соска любого характера и цвета, но особенно при значительном их количестве и кровянистом характере.

Ультразвуковое исследование

По данным УЗИ молочных желез можно выявить в молочной железе патологический очаг, его локализацию, форму и размеры. Однако эффективно УЗИ лишь у молодых женщин, у которых хорошо развита железистая ткань.

Цитологическое исследование

Цитологический метод диагностики рака молочной железы позволяет судить о процессе до начала лечения, когда требуется максимально достоверное подтверждение клинического диагноза.

Гистологическое исследование

Для эффективного лечения рака молочной железы (РМЖ) также важны результаты иммуногистохимического исследования, которое позволяет оценить рецепторный статус и пролиферативный потенциал опухолевых клеток. Особенно это актуально при карциноме молочной железы.

На поверхности клеток опухоли существуют специальные белки – рецепторы, стимуляция которых запускает рост новообразования.

Исследование проводится для:

- дифференциальной диагностики патологического процесса;
- определения вида и подвида опухоли, степени ее злокачественности и распространенности онкологического процесса;

- подбора адекватной терапии, в том числе с учетом полученных результатов иммуногистохимического анализа;
- контроля эффективности лечения;
- динамического контроля и прогноза у лиц, находящихся под наблюдением.

Диагностическая секторальная резекция молочной железы

Применяется при непальпируемых образованиях молочной железы или при невозможности верификации процесса при помощи других методов исследования.

Таким образом, при изучении теоретических аспектов рака молочной железы было выявлено, что данное заболевание в современных условиях встречается довольно часто и является актуальной проблемой современной медицины. Считается, что имеется большое количество факторов риска развития РМЖ и их сочетание, однако конкретной причины до сих пор не выявлено. Ранние признаки РМЖ можно выявить, если не игнорировать обследования у специалистов, 1 раз в год проходить маммографию, знать и уметь проводить самообследование молочных желез.

Большая роль в раннем выявлении РМЖ принадлежит фельдшеру. Ранняя диагностика РМЖ позволяет своевременно начать лечение, что является залогом благоприятного течения и исхода заболевания.

Методы лечения рака молочной железы

В настоящее время при своевременном и правильном лечении РМЖ отмечается благоприятный исход. Запускать состояние не стоит, промедление может оказаться чрезвычайно опасным и привести к смерти в течение нескольких лет.

Лечение РМЖ может быть хирургическим, комбинированным и комплексным, когда одновременно или последовательно используются различные лечебные методы.

Выбор методов лечения зависит от стадии заболевания, темпов роста опухоли, выраженности инфильтративного компонента, состояния окружающих опухоль тканей, возраста больной, ее гормонального фона, иммунобиологического статуса, сопутствующих заболеваний, общего состояния и т. д.

Для лечения рака молочной железы используются следующие методы:

1. Хирургическое лечение;
2. Лучевая терапия;
3. Химиотерапия;
4. Гормональная терапия;
5. Иммунотерапия.

Хирургическое лечение. Хирургическое лечение является радикальным и до настоящего времени остается ведущим в лечении рака молочной железы. Хирургическое вмешательство - единственный способ полностью излечить данное заболевание. Но и оно не всегда дает положительный результат, многое зависит от характера и стадии рака.

Несколько десятилетий назад для лечения данного заболевания требовалось полное удаление груди. Это вынуждало многих отказываться от наиболее эффективной терапии. На данный момент полное удаление не всегда требуется: появились новые типы операций и новое оборудование, позволяющее сохранить грудь хотя бы частично.

Виды хирургических операций:

1. Лампэктомия

Этот тип операции подразумевает под собой удаление самой опухоли. Проводится при условии, что опухоль есть только в одной области и не имеет больших размеров (до 4 см). После лампэктомии грудь сохраняет свою форму и чувствительность. После операции необходимо пройти лучевую терапию (5-7 недель). К сожалению, лампэктомия не исключает рецидивы - возникают они чаще, чем после других операций.

2. Мастэктомия

Радикальная мастэктомия подразумевает полное удаление молочной железы и некоторых других тканей. Подобная операция исключает рецидивы (в большинстве случаев). Дает эффект в случае, если нет метастазов. Впрочем, и при их наличии мастэктомия позволяет продлить срок жизни пациента, улучшить ее качество. Косметический эффект от мастэктомии довольно серьезный, но это единственный способ сохранить жизнь при крупных опухолях. Это лечение направлено на полное удаление опухоли во время операции.

Если болезнь удалось диагностировать на ранней стадии, хирург может выполнить лампэктомию.

При более крупных опухолях проводится мастэктомия, когда молочная железа удаляется целиком, равно как и ближайшие к ней лимфатические узлы. Если по оценке врача риск развития рака во второй молочной железе достаточно высок, пациентке может быть рекомендовано удаление обеих молочных желез сразу.

3. Криомаммотомия и абляция

Помимо традиционного хирургического вмешательства могут использоваться и дополнительные методики: криомаммотомия и абляция (лазерная, радиочастотная и т.д.). Эти методики позволяют провести операцию женщинам, имеющим противопоказания к хирургическому вмешательству (например, пациенткам с сахарным диабетом). В этом случае возможно более успешное и менее травматичное лечение РМЖ, но также не исключены рецидивы.

Лучевая терапия. Лучевая терапия – разрушение активно делящихся опухолевых клеток с помощью местного применяемого ионизирующего излучения.

Во время процедуры уничтожаются раковые клетки непосредственно на месте опухоли. Главная задача

такой терапии – исключить рецидивы после операции.

Лучевая терапия при РМЖ – часть комплексного лечения, и в качестве средства монотерапии в настоящее время не используется. Она может сочетаться с другими методами (операция, гормонотерапия, химиотерапия). С уменьшением объема хирургического лечения при органосохраняющих операциях роль лучевой терапии возрастает.

Выбор схемы комплексного лечения определяется следующими факторами:

- Распространенностью ракового процесса;
- Гистологическим строением новообразования;
- Характера роста опухоли.

В зависимости от цели, лучевая терапия при РМЖ бывает:

- Радикальная, при которой достигается полная резорбция опухоли и излечение больного.
- Паллиативная применяется при распространенном процессе, когда добиться полного излечения невозможно. Под действием лечения можно лишь продлить жизнь больного, уменьшив страдания.
- Симптоматическое облучение применяется для устранения наиболее тяжелых симптомов рака, в первую очередь, болевого синдрома, который не поддается купированию наркотическими обезболивающими препаратами.

Активное применение лучевой терапии при широком распространении опухоли позволяет перевести неоперабельную опухоль в операбельную форму.

Умеренные побочные эффекты лучевой терапии встречаются практически у всех пациентов. Однако примерно у 5% пациентов наблюдается развитие последствий лучевой болезни, например, поражение плечевого сплетения, возрастает риск некроза тканей и костей, развития фиброзов и др.

Следует тщательно выбирать между облегчением тяжелых симптомов и потенциальными осложнениями.

Облучаемые области при проведении радиотерапии:

В зависимости от цели, облучению могут подвергаться следующие зоны:

- Молочная железа (пораженная сторона);
- Регионарные лимфатические узлы (на стороне поражения);
- Надключичные и подключичные лимфоузлы с захватом кивательной (грудинно-ключично-сосцевидной) мышцы.

Химиотерапия. Подразумевает под собой прием химических препаратов - цитостатиков, оказывающих негативное воздействие на раковые клетки. Данные препараты имеют побочное действие и вместе с клетками опухоли уничтожают и клетки крови и тканей организма, которые могут быть чувствительны к тому или иному препарату.

Выпускаются химиопрепараты в форме таблеток или растворов для внутривенного переливания (Таблица 1).

Таблица 1 – Цитостатики, используемые для химиотерапии

Название препарата	Форма выпуска, дозы	Кратность приема, продолжительность
<i>Антиметаболиты</i>		
Капецитабин	Таблетки, 2,5 мг/сут.	В течение 2 недель
Ралтитрексид	Раствор, 2 мг/м ² , в/в	Вводится 30 минут, 1 применение, в каждые 3 недели
Гемцитабин	Раствор, 1000 мг/м ² , в/в	Вводится 30 минут, в 1, 8 и 15 дни каждого 28-дневного цикла.
<i>Ингибиторы топоизомеразы I</i>		
Иринотекан	Раствор, 125 мг/м ² в/в	Вводится 30-90 минут, 1 раз в неделю, в течение 4 недель
Топотекан	Раствор, 1 мг/м ² в/в	Вводится 30 минут, в течение 5 дней с интервалом в 21 день перед началом каждого курса

Химиотерапия проводится периодически, в несколько этапов. Применяются и до, и после операции, иногда заменяют собой хирургическое вмешательство. После химиотерапии организм может восстановиться в течение нескольких месяцев.

Выделяют следующие виды химиотерапии при раке груди:

- Адьювантная;
- НеАдьювантная;
- Лечебная.

Адьювантную (профилактическую) химиотерапию проводят после хирургического вмешательства на грудной железе для воздействия на скрытые очаги опухоли в других органах.

НеАдьювантная химиотерапия назначается до операции. Она позволяет узнать, чувствительны ли новообразования к воздействию препаратами. Минусы неадьювантной терапии: затягивание с оперативным вмешательством, сложности с определением гистологического типа новообразования.

Лечебная химиотерапия при РМЖ проводится ещё до оперативного вмешательства с целью уменьшения размера локализованного новообразования. В отдельных случаях такая мера позволяет вместо мастэктомии (полного удаления молочной железы) обойтись всего лишь люмпэктомией. Также этот вид химиотерапии

проводят для уменьшения отдалённых метастазов.

Стандартами химиотерапии являются: 6 циклов химиотерапии в режиме AC (адриамицин + циклофосфан) или ACF (адриамицин + циклофосфан + фторурацил) или CMF (циклофосфан + метотриксат + фторурацил).

Стандартом неоадьювантной химиотерапии является схема AC (адриамицин + циклофосфан). В настоящее время продолжается поиск более эффективных режимов неоадьювантной химиотерапии. С этой целью в комбинации химиопрепаратов включают цисплатин, навельбин, таксаны, а также совсем новые препараты – кселоду и герценти.

Гормональная терапия

Гормонотерапия направлена на подавление действия собственных половых гормонов пациентки с раком груди (эстрогенов и прогестерона), которые стимулируют рост рака груди. Основным показанием к назначению препаратов гормонотерапии является высокая чувствительность к ним клеток опухоли. Чаще всего препараты гормонотерапии применяются при значительном распространении опухоли или наличии отдаленных метастазов рака груди.

Широкое распространение при раке молочной железы получил антиэстрогенный синтетический препарат тамоксифен (нолвадекс, зитазониум), механизм действия которого основан на способности препарата конкурентно связываться с эстрогенными рецепторами клеток опухоли и препятствовать их взаимодействию с эстрогенами, прежде всего – с эстрадиолом.

Самые распространенные препараты включают блокаторы рецепторов к гормонам на поверхности опухолевой клетки - тамоксифен и торемифен, а также блокаторы синтеза эстрогенов - летрозол (фемара), анастрозол (аримидекс) и ряд других.

Применение препаратов гормональной терапии совместно с лучевой терапией и химиотерапией может приводить к снижению эффективности каждого из методов, что обусловлено различием механизмов их действия. Поскольку препараты гормонотерапии приводят к снижению скорости роста клеток, но химиопрепараты и лучевая терапия воздействуют именно на растущие и активно делящиеся клетки. Поэтому современные схемы комплексного лечения предполагает последовательное назначение компонентов лечения.

Как правило, гормональная терапия назначается после применения других методов лечения рака и продолжается от 5-6 месяцев до 5-7 лет, обеспечивая ремиссию рака груди.

При невысокой степени распространенности рака груди гормональные препараты могут назначаться на 2-3 месяца с целью отграничить опухолевые и здоровые ткани перед проведением циторедуктивной операции.

При агрессивном течении опухоли гормональные препараты могут быть назначены сразу после проведения первичной химиотерапии и совмещаться с курсами лучевой терапии.

При назначении тамоксифена отмечается снижение на 50% частоты рецидива на фоне приема препарата и на 30% в следующие 5 лет после прекращения его приема, он остается золотым стандартом лечения рака молочной железы. Это сопровождается снижением смертности на 30% в течение 15 лет с начала приема тамоксифена. Ингибиторы ароматазы в течение 5 лет обладают еще большим эффектом в сравнении с тамоксифеном, уменьшая риск прогрессирования на 30% за период приема и на 15% риск смерти впервые 10 лет. Однако накопленный опыт показывает, что после прекращения 5-летнего приема тамоксифена или ингибиторов ароматазы (анастрозол, летрозол), у больных сохраняется риск отсроченного прогрессирования. Это послужило основанием для проведения исследований по увеличению сроков адьювантной гормонотерапии. При лечении тамоксифеном обязательно регулярное наблюдение: осмотр гинекологом и УЗИ органов брюшной полости и малого таза по назначению врача (Таблица 2) [7].

Таблица 2 – Лекарственные препараты, рекомендуемые для адьювантной гормонотерапии рака молочной железы

Название препарата	Форма выпуска, дозы	Кратность приема, продолжительность
<i>Антиэстрогены</i>		
Тамоксифен	Таблетки, 20 мг/сут.	Ежедневно, в течение 5 лет
Фулвестрант	Раствор, 500 мг в/в	В 1 месяц 2 раза, затем раз в месяц
<i>Ингибиторы ароматазы</i>		
Летрозол	Таблетки, 2,5 мг/сут.	Внутрь ежедневно
Анастрозол	Таблетки, 1 мг/сут	Внутрь ежедневно
Эксеместан	Таблетки, 25 мг/сут.	Внутрь ежедневно
<i>Аналоги ГРГ</i>		
Гозерелин	Раствор, 3,6 мг п/к	1 раз в 28 дней
Трипторелин	Раствор, 3,75 мг в/м	1 раз в 28 дней
Бусерелин	Раствор, 3,75 мг в/м	1 раз в 28 дней
Лейпрорелин	Раствор, 3,75 мг в/м	1 раз в 28 дней

Гормонотерапия снижает риск не только рецидива заболевания, но и предотвращает развитие опухоли в противоположной молочной железе.

Виды лечения РМЖ:

1.Радикальное. Радикальным методом лечения является хирургическое лечение. Проводится радикальная мастэктомия - полное удаление молочной железы и некоторых других тканей.

2. Условно радикальное. Условно радикальным называют лечение, требующее длительной реабилитации и имеющее достаточно высокую эффективность. К таким методам относят: лучевую терапию, химиотерапию, гормонотерапию.

3. Паллиативное. Паллиативным называют лечение, направленное на облегчение страданий пациента, которого невозможно вылечить полностью. Применяют сильнодействующие анальгетики, операции, направленные на удаление очага рака молочной железы, препараты, усиливающие иммунитет и устраняющие симптомы. Назначается такое лечение на последних стадиях рака.

Некоторые препараты, облегчающие симптомы, используют и в сочетании с условно радикальными и радикальными методами.

Паллиативное хирургическое лечение проводится у 30-40% всех больных с раком молочной железы на поздних стадиях. В связи с распространением опухолевого процесса с поражением окружающих тканей, регионарных лимфоузлов, при проведении мастэктомии проводится полное или частичное удаление молочной железы, а также окружающих тканей – фасций большой и малой грудных мышц, соединительной ткани, кожи. Кроме того, производится резекция подмышечных лимфатических узлов, и при вовлечении в процесс – и других регионарных лимфоузлов. В последующем при хорошей динамике состояния пациента возможно эндопротезирование молочной железы для восстановления психологического статуса пациентки.

Выполнение паллиативных хирургических вмешательств избавляет пациенток от распада опухоли, с формированием опухолевой язвы и массивного кровотечения, септико-токсической интоксикации, и септического шока.

Органосохраняющие операции при паллиативном лечении не проводятся.

Паллиативная лучевая терапия проводится при поражении 4-х и более регионарных лимфатических узлов, а также при местно-распространённой форме рака молочной железы.

Таким образом, исследование показало, что вопрос лечения рака молочной железы сегодня весьма актуален. Актуальность проблемы обусловлена увеличением количества случаев рака молочной железы среди женщин моложе 40 лет, так как большинство из них относится к социально-активной работающей части женского населения. По своей сути РМЖ является болезнью социального благополучия.

На начальной стадии заболевания внешние симптомы рака молочной железы отсутствуют, что затрудняет раннюю диагностику РМЖ. Зачастую женщина даже не подозревает о нависшей над здоровьем угрозе. Но со временем появляются более выраженные признаки заболевания, которые все сложнее игнорировать. Первые симптомы рака груди можно заметить, когда механизм болезни уже запущен.

Будучи генетически разнородным заболеванием, имеющим множество форм клинического течения, РМЖ считается одним из наиболее сложных заболеваний при выборе рационального лечения, когда приходится учитывать множество факторов, каждый из которых может быть решающим не только в прогнозе заболевания, но и в судьбе пациентки.

Имеются безусловные доказательства того, что маммографический скрининг, дополняемый физикальным обследованием и обучением женщин самообследованию, способен привести к значительному (на 30-50%) снижению смертности от РМЖ. Успехи скрининга могли бы привести почти к полному отказу от калечащих расширенных хирургических вмешательств на молочной железе в сторону органосохраняющей хирургии, дополняемой высокоэффективным системным лечением (химио- и гормонотерапией) для гарантированного излечения рака молочной железы.

Своевременно поставленный правильный диагноз РМЖ и вовремя назначенная терапия позволяют добиться более чем в 80% случаев пятилетней выживаемости пациенток с раком молочной железы.

Лечение пациентов с раком молочной железы, необходимо начинать с первых признаков заболевания. Лечение проводится индивидуально каждому пациенту и зависит от стадии заболевания, распространенности ракового процесса, гистологического строения новообразования, характера роста опухоли.

Эффект лечения зависит от своевременности его начала, правильного выбора методов лечения и их сочетания.

В наст время существует много методик лечения РМЖ, таких как хирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапия, гормональная терапия, иммунотерапия.

Радикальным методом лечения является хирургическое лечение. Если заболевание выявлено на ранних стадиях, возможно проведение органосохраняющих оперативных вмешательств. Но лечение РМЖ должно быть комплексным. Поэтому в основном всегда хирургическое лечение сочетается с такими методами, как химиотерапия, гормональная терапия. Такое комбинированное лечение позволяет добиться отсутствия рецидивов заболевания. Данные методы лечения имеют много побочных эффектов. Важная роль в наблюдении за пациентками после комбинированной терапии принадлежит фельдшеру. Поэтому каждый фельдшер должен владеть знаниями о методах лечения данной патологии.

Результаты исследования планируется использовать в дальнейшей профессиональной деятельности.

Литература

1. Морозов М.А. Рак молочной железы // Здоровый человек и его окружение / М.А. Морозов, М.: Лань, 2016. – С. 333-338.
2. Назарова И.Б., Шембелев И.Г. Профилактика рака молочной железы // Репродуктивное здоровье и планирование семьи / И.Б. Назарова, И.Г. Шембелев, М.: Лань, 2016. – С. 235-246.
3. Семиглазов В.Ф., Черенков В.Г. Рак молочной железы. Как снизить риск и сохранить здоровье / В.Ф.

Семиглазов, В.Г. Черенков, М.: Специальное издательство медицинских книг, 2014. – 192 с.

4. Керимов Р.А. Рак молочной железы // Справочник фельдшера и акушерки. – 2015. – № 8. – С. 60-71.

5. Всемирный День борьбы с раком молочной железы. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://aids-centr.perm.ru/Новости-центра.15-октября-всемирный-день-борьбы-с-раком-молочной-железы> (дата обращения – 16 октября 2020 г.)

6. Классификация TNM рака молочной железы. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://24radiology.ru/molochnye-zhelezy/klassifikatsiya-tnm-raka-molochnoj-zhelezy/> (дата обращения – 20 октября 2020 г.)

7. Оптимальная продолжительность адъювантной гормонотерапии у больных раком молочной железы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rosoncweb.ru/news/oncology/2018/01/16-1/> (дата обращения – 22 октября 2020 г.)

8. Основы клинической маммологии. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.oncology.ru/specialist/journal_oncology/archive/0109/003.pdf (дата обращения – 20 октября 2020 г.)

Направление конференции – Лечение пациентов акушерско-гинекологического профиля

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

*Абилова Р.С.,
обучающаяся 3 курса.
Научные руководители
Тацат Ф.Ж., Тукешова Г.С.,
преподаватели,*

*ГКП «Актюбинский Высший медицинский колледж имени
героя Советского Союза Манишук Маметовой» на ПХВ, г. Актюбе*

1. Вводная часть

Цель исследования: проанализировать состояние репродуктивного здоровья подростков Актюбинской области за последние 3 года.

Задачи исследования:

- анализ и изучение общего количества беременных среди подростков, родов среди подростков, искусственного прерывания беременности в течение 3-х лет, показатели заболеваний, влияющих на репродуктивное здоровье подростков;

- получение развернутой характеристики сексуального поведения, репродуктивных установок и информированности по вопросам репродуктивного здоровья путем анкетирования, изучение характера и особенностей контрацептивной практики современной молодежи;

- оценка распространенности нарушений репродуктивной функции и разработка комплекса предложений по совершенствованию репродуктивного потенциала молодежи, направленных на оптимизацию медико-демографических процессов в регионе.

Актуальность. Актуальность проблемы охраны репродуктивного здоровья молодежи определяется кризисной демографической ситуацией в Республике Казахстан, снижением репродуктивного потенциала молодых женщин, низкими репродуктивными установками и неадекватным репродуктивным поведением, наличием неблагоприятного медико-биологического фона: высокого уровня первичной заболеваемости и хронической патологии, увеличением частоты нарушений функции репродуктивной системы.

Материал и методы: исследование проводилось на базе «Консультативно-диагностического отделения областного перинатального центра».

- Были проанализированы статистические данные следующих показателей: общее количество подростков по городу и районам, сведения о подростковой беременности, показатели беременности среди подростков по районам Актюбинской области, показатели родов среди подростков, показатели аборт среди подростков; показатели заболеваний, влияющих на репродуктивное здоровье подростков (воспалительные заболевания женских половых органов, нарушения оварияльно-менструального цикла, опухоли и опухолевидные образования яичников) за 3 года с 2016 по 2018 годы.

- С целью выяснения уровня знаний о репродуктивном здоровье была разработана анкета, содержащая 30 вопросов. Опрошено 77 студентов первого курса Актюбинского Высшего медицинского колледжа в возрасте от 15 до 18 лет.

2. Основная исследовательская часть

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как состояние полного физического, духовного и социального благополучия. Репродуктивное здоровье – способность женщин и мужчин реализовать стремление иметь потомство.

Одной из актуальных проблем любого государства является охрана репродуктивного здоровья для воспроизводства здорового поколения.

Различным аспектам изучения репродуктивного поведения и здоровья девочек девушек посвящено довольно значительное число научных исследований как российских, так и зарубежных авторов (Н.Ж. Амирова, 1996; С.П. Баранов, 2000; Е.А. Богданова и соавт., 1998, 2002, И.И. Гребешева, 2001; А.М. Дюкарева, 1999; Н.З. Зубкова и соавт., 1994, 1999, 2000; Ю.А. Гуркин, 2000; Т.Г. Захарова, 2002; Е.В. Уварова, 2002; Ю.А. Гуркин, 1998, 2001, 2003; О.В. Шарапова, 2003; V.C. Strasdurger, 2000; L. Bond, 2002). Материалы этих работ свидетельствуют, что формирование репродуктивного поведения и здоровья девочек и девушек подростков зависит от воздействия многочисленных факторов: социально-экономических, биологических, экологических, медико-организационных и других, что диктует необходимость комплексного подхода к решению проблемы охраны репродуктивного здоровья девочек до 18 лет.

События, обуславливающие начало репродуктивной жизни, и возраст, в котором они происходят, являются важными факторами, определяющими как фертильность, так и репродуктивное здоровье, оказывают выраженное влияние на будущий жизненный путь человека, увеличивают риск наступления нежелательной беременности и приводят к росту числа искусственных абортов или родов у подростков в условиях их биологической, психологической и социальной незрелости.

Анализ состояния здоровья девочек-подростков также свидетельствует о большом неблагополучии, о низком уровне индекса здоровья девушек-подростков, почти каждая вторая из них (46,9 %) имеет те или иные заболевания. Здоровыми можно признать не более 46 процентов девочек; заболеваемость гинекологической патологией у них составляет сегодня 1466,5 на 100 000 тысяч. Более половины девочек-подростков имеют различные нарушения репродуктивной системы. Высоки показатели абортотворности среди подростков, а показатель подростковой беременности на тысячу девочек составляет более десяти процентов. По данным Агентства РК по статистике на 01.01.07. в республике зарегистрировано 10307 (2005 год-10 257) случаев подростковой беременности, из которых 6094 (2005 год- 6348) закончились абортами, остальные 4213 родами (2005 год-3909). Удельный вес абортотворности у подростков составил 5% от общего числа прерывания беременности. По данным анкетирования, проведенного среди старшеклассниц, 74,8% считают единственным способом предотвращения нежелательной беременности, это прибегнуть к аборту, а не отказ от ранних половых связей или, в крайнем случае, использование контрацептивов. Ранние половые связи приводят не только к нежелательной беременности, но и к риску заразиться инфекциями, передаваемыми половым путем. При этом, чаще подвержены риску заболеть девушки-подростки, особенно в возрасте до 15 лет.

Среди основных факторов, негативно влияющих на формирование репродуктивно-го здоровья: раннее начало половой жизни, рост среди молодежи инфекций, передающихся половым путем (ИППП), и низкая информированность, в особенности в молодежной среде о методах контрацепции, и профилактики ИППП/ВИЧ, вредные привычки, сниженная ответственность родителей, распространение наркомании и алкоголизма среди молодежи.

Угрожающие темпы роста заболеваемости среди современных детей и подростков определяют необходимость активного выявления неблагоприятных факторов, влияющих на формирование отклонений в состоянии здоровья подрастающего поколения. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает здоровье молодежи посредством ключевых индикаторов, включая табакокурение, которое является одной из основных причин высокой заболеваемости и смертности среди взрослого населения. Состояние и развитие психофизиологических функций подростков находится в сильной зависимости от образа жизни и, конечно, от распространенности вредных привычек. Распространенность поведенческих факторов риска является важнейшим медико-социальным показателем, характеризующим состояние здоровья детей и подростков, а также характер и стереотипы поведения. Особую роль играет курение, значение которого для современных подростков становится одним из наиболее важных факторов риска.

Согласно результатам исследования курение в подростковом возрасте является провоцирующим фактором в возникновении нарушений менструальной функции, как по типу дисфункциональных маточных кровотечений, так и в формировании гипоменструального синдрома. Последнее наиболее выражено у девушек, интенсивно и длительно курящих. Токсическое воздействие табака приводит к снижению общей реактивности организма, нарушениям вегетативноадаптационных механизмов и, как следствие, формированию расстройств в системе регуляции менструального цикла. Нарушения становления овариально-менструальной функции у девушек в период полового созревания могут приводить к значительным нарушениям в состоянии здоровья, снижению работоспособности, бесплодию. Особую тревогу вызывает заболеваемость подрастающего поколения, более 60% девочек-подростков имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья. Особое внимание фиксируется на сохранение здоровья подростков с акцентом на репродуктивное. Состояние здоровья этой возрастной группы имеет тенденцию к ухудшению за счет роста новообразований, болезней кровеносной, пищеварительной, эндокринной систем, психических расстройств, вследствие употребления психоактивных веществ, а также травм и отравлений, а у девушек – отмечен рост гинекологической патологии. Важно отметить, что происходит значительное “омоложение” воспалительных процессов органов малого таза у молодежи. Так, по данным Г.М. Савельевой, из всех больных с сальпингитом 70% – девушки моложе 25 лет, 75% – нерожавшие, при этом даже после однократного эпизода воспалительного заболевания, частота бесплодия составляет от 5 до 18%. Поведенческие факторы риска, обуславливающие формирование репродуктивной жизни, и возраст, в котором они происходят, являются важными факторами, определяющими как фертильность, так и репродуктивное здоровье. Это определяет необходимость разработки методов и организации работы по формированию у девушек ответственного отношения к своему здоровью, в т.ч. и репродуктивному, созданию стереотипов здорового образа жизни, активной профилактики нарушений репродуктивного здоровья девушек, обусловленных негативным влиянием поведенческих факторов риска.

Результаты исследования и их обсуждение.

Для изучения состояния репродуктивного здоровья подростков Актыбинской области за последние 3 года на базе «Консультативно-диагностического отделения областного перинатального центра» проанализированы статистические данные следующих показателей:

- Показатели общего количества подростков по городу и районам.
- Общие сведения о подростковой беременности по Актыбинской области.
- Показатели беременности среди подростков по районам Актыбинской области.
- Показатели родов среди подростков по Актыбинской области.
- Показатели абортотворности среди подростков по Актыбинской области.
- Показатели заболеваний, влияющих на репродуктивное здоровье подростков (воспалительные заболевания женских половых органов, нарушения овариально-менструального цикла, опухоли и опухолевидные образования яичников).

- С целью выяснения уровня знаний о репродуктивном здоровье была разработана анкета, содержащая 30 вопросов. Опрошено 77 студентов первого курса Актыбинского медицинского колледжа в возрасте от 15 до 18 лет.

1. Показатели общего количества подростков по городу и районам

Год	Общее число подростков	от 0 - до 15 лет	От 15- до 18 лет
2016	153104	112158	40946
2017	153625	112600	41025
2018	131887	117609	24278

Выводы: отмечается уменьшение количества подростков в возрасте от 15 до 18 лет, соответственно уменьшается обращаемость и заболеваемость среди подростков.

2. Общие сведения о подростковой беременности по Актыбинской области

Год	Общее количество беременностей	по городу	по районам
2016	145	62	83
2017	142	56	86
2018	101	58	43

Выводы: отмечается уменьшение общего количества беременностей среди подростков, что видимо связано с профилактической работой гинекологов, психологов, юристов. В сравнении с городом показатели по району выше, это связано с тем, что численность подростков по району больше, кроме того в районах уделяется недостаточно внимания профилактической работе с подростками.

3. Показатели беременности среди подростков по районам Актыбинской области

Район	2016 год	2017 год	2018 год
Каргалинский	7	6	2
Хромтауский	9	7	4
Айтеке би	5	9	4
Мугалжарский	6	5	7
Иргизский	5	9	1
Мартукский	9	10	3
Алгинский	13	5	2
Темирский	9	9	11
Шалкарский	11	12	5
Хобдинский	5	6	2
Байганинский	4	8	2

Выводы: в таких районах как Каргалинский, Хромтауский, Алгинский, Шалкарский, Хобдинский, Байганинский отмечается уменьшение числа подростковой беременности, что связано с профилактической работой врачей и педагогов. По Мугалжарскому (6-5-7) и Темирскому (9-9-11) району отмечается рост числа беременностей среди подростков, что указывает на недостаточную работу педагогов и медицинских работников.

4. Показатели родов среди подростков по Актыбинской области

Наименование	2016 год	2017 год	2018 год
Общее число беременных по Актыбинской области	145	142	101
Общее количество родов	140	139	95
Количество родов по городу	59	56	53
Количество родов по району	81	83	39

Выводы: за последние 3 года отмечается уменьшение общего количества родов. Причем количество родов по району за 2 года оставалось стабильно высоким, за последний год значительно снизилось. Это связано с уменьшением общего количества беременных подростков, а также с эффективной работой гинекологов, психологов, преподавателей.

5. Показатели абортов среди подростков по Актыбинской области

Наименование	2016 год	2017 год	2018 год
Общее число беременных по Актыбинской области	145	142	101
Общее количество абортов	5	3	6
Количество абортов по городу	3	3	5
Количество абортов по району	2	-	1

Выводы: общее количество абортов увеличилось, особенно среди городских женщин; в то время как сельские предпочитают роды.

6. Показатели заболеваний, влияющих на репродуктивное здоровье подростков (воспалительные заболевания женских половых органов, нарушения овариально-менструального цикла, опухоли и опухолевидные образования яичников).

Наименование заболеваний	2016 год	2017 год	2018 год
--------------------------	----------	----------	----------

Общее количество подростков, обратившихся к врачу	2078 (100%)	2426 (100%)	2410 (100%)
воспалительные заболевания женских половых органов	999 (65%)	916 (50%)	900 (50%)
нарушения овариально-менструального цикла	454 (29%)	790 (43%)	770 (43%)
опухоли и опухолевидные образования яичников	13 (0,8%)	36 (2%)	28 (1,6%)

Выводы: общее количество девушек подростков, обратившихся к врачу увеличилось. Отмечается незначительное снижение воспалительных заболеваний женских половых органов (65% - 50% - 50%), что соответствует статистическим данным; на первое место выходят нарушения овариально-менструального цикла ((29% - 43% - 43%); также отмечается увеличение случаев опухолей и опухолевидных образований яичников.

С целью выяснения уровня знаний о репродуктивном здоровье подростков была разработана анкета, содержащая 30 вопросов. Опрошено 77 студентов первого курса Актюбинского медицинского колледжа в возрасте от 15 до 18 лет. За 2018 год в кабинете детского гинеколога посещений -2410. Из них на долю

АНКЕТА комплексного изучения сексуального поведения и репродуктивных установок молодежи.

Анонимность Ваших ответов гарантируется.

При заполнении анкеты подчеркните правильный ответ или впишите недостающую информацию

1. Возраст (полных лет): 15-17; 18-20; 21-23; 24 и более.
2. Пол: женский 01; мужской.
3. Как Вы оцениваете свое здоровье в целом: отличное; очень хорошее; хорошее; сносное; плохое; затрудняюсь ответить.
4. Знаете ли Вы что-либо о заболеваниях, передаваемых половым путем (ЗППП): да; нет.
5. Было ли у Вас когда-либо ЗППП: нет; да .
6. Если ДА, то укажите какое из перечисленных ниже: сифилис; гонорея; хламидиоз; трихомониаз; генитальный герпес; кандидоз (молочница); гарднерелез; кондиломы генитальные; другие.
7. В каком возрасте у Вас наступила первая менструация (впишите) : (лет) (мес.).
8. Сколько дней длится менструация (впишите): (дней).
9. Бывают ли задержки менструации: нет; да .
10. Бывают ли боли внизу живота во время менструации: нет; да.
11. Какова продолжительность менструального цикла (впишите): 30 дней; 20-21 день; 35 дней (дней) .
12. Укажите наиболее оптимальный возраст, по Вашему мнению, вступления в брак (лет): 15-17; 18-20; 21-23; 24-26; 27-29; 30 и более; затрудняюсь ответить .
13. Ваше отношение к добрачной половой жизни: положительное; отрицательное ; затрудняюсь ответить.
14. Живете ли Вы половой жизнью: да ; нет .
15. Что явилось побудительным мотивом для начала сексуальных отношений: любовь ; физическое влечение ; самоутверждение; не отстать от сверстников ; любопытство; затрудняюсь ответить.
16. Если живете половой жизнью (ДА), то с какого возраста (лет): до 15; 15-17 ; 18-20; 21-25; после.
17. Используете ли Вы контрацепцию (предохранение от беременности): да; нет.
18. Если Вы пользуетесь гормональным методом, то каким из перечисленных ниже: комбинированные оральные таблетки; мини-пили ; инъекционная контрацепция ; имплантанты (Норплант); экстренная гормональная контрацепция.
19. Если Вы пользуетесь барьерными методами контрацепции, то какими из перечисленных ниже: презервативы; колпачки (диафрагмы); спермицидные химические средства (кремы, гели, свечи, аэрозоли и т.д.).
20. Если Вы пользуетесь барьерными методами контрацепции, то по чьей рекомендации: врач; друзья, знакомые; родители; самостоятельно; медицинская литература .
22. Одобряете ли Вы использование противозачаточных средств: да; нет ; затрудняюсь ответить.
23. Укажите причину использования противозачаточных средств: предохранение от нежеланной беременности ; предохранение от заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), в том числе и СПИДа; затрудняюсь ответить.
24. Была ли у Вас беременность (укажите количество беременностей): не было; одна; две; три.
25. Оказывает ли, по Вашему мнению, аборт отрицательное влияние на здоровье девушки (женщины): да; нет; затрудняюсь ответить.
26. В каком возрасте Вы впервые обратились в женскую консультацию (вписать): лет.
27. Укажите причину первого обращения к гинекологу: гинекологическое заболевание; беременность; профилактический осмотр; получение направления на аборт; консультация; прочие причины (впишите).
28. При наступлении нежеланной беременности у Вашей партнерши (подруги, жены) Вы поступили бы следующим образом: предпочли аборт; перенесли ответственность полностью на партнершу; предпочли рождение ребенка; затрудняюсь ответить.
29. Кто должен думать (заботиться), по Вашему мнению, о последствиях нежеланной беременности: оба партнера ; женщина ; мужчина ; затрудняюсь ответить .

30. Источники информации по вопросам контрацепции: беседы с друзьями; официальные источники информации (телевидение, радио, газеты, журналы); родители.

По итогам анкетирования выявлено:

На вопрос «знаете ли Вы что-либо о заболеваниях, передаваемых половым путем (ЗППП): 50 (65%) респондентов ответило «да»; 27 (65%) – «нет». Это говорит о том, что третья часть опрошенных не владеет информацией о ЗППП. На вопрос «было ли у Вас когда-либо ЗППП, все респонденты ответили отрицательно. На вопрос «Ваше отношение к добрачной половой жизни» положительно ответили 13 респондентов, отрицательно 54, т.е. почти 17% считают возможным половые отношения до брака. Исследование показало, что 12 человек из 77 (15,5%) живут половой жизнью, но оптимальным возрастом вступления в брак считают 24-26 лет (49%); 21-23 года (15%); 18-20 лет (7,7%); 27-29 лет (9%). На вопрос «Что явилось побудительным мотивом для начала сексуальных отношений»: 57% ответили любовь; 19% физическое влечение; 3,9% самоутверждение. Исследование показало, что подростки, живущие половой жизнью, для предохранения от беременности пользуются только презервативами – 12 (100%), другие средства не используют или не знают. Информацию о контрацепции и планировании семьи подростки получают из бесед с друзьями 10 (7,7%); официальных источников информации 54 (70%); родители 3 (3,8%). На вопрос «Укажите причину использования противозачаточных средств»: 50 (65%) ответили предохранение от нежеланной беременности; 27 (35%) предохранение от заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП). Информацию о контрацепции и планировании семьи подростки хотели бы получить у врача женской консультации 50 (65%), у родителей 10 (7,7%), самостоятельный поиск 17 (22%). По результатам анкетирования можно заключить, что презервативы оцениваются как лучшее средство контрацепции.

На вопрос о том, кто из партнеров должен отвечать за отрицательные последствия половых отношений, таких как нежеланная беременность, возможность заражения ИППП, респонденты ответили следующим образом: в первую очередь женщина – 23 (29,8%), оба должны думать о последствиях – 54 (70%). По самооценкам 52% подростков, формирование сексуальной культуры должно начинаться с 16-17 лет врачами женской консультации.

Итоги нашего опроса дают основание считать, что подростки мало владеют информацией о методах контрацепции, имеют ошибочное представление о самом надежном методе контрацепции (презерватив). В основной массе подростки считают, что оба половых партнера должны думать о последствиях и что аборт оказывает отрицательное влияние на здоровье девушки. Новые знания они хотели бы получать в специальных кабинетах по контрацепции и в школе. Девушки-подростки ожидают активной просветительской деятельности от врачей женских консультаций, специалистов консультаций планирования семьи, семейных врачей (скорее всего, имеются в виду знакомые врачи, друзья семьи), родителей по волнующим вопросам. При обсуждении особенно интересными для подростков явились темы предохранения от нежелательной беременности и профилактики ИППП. Информацию о сексуальной жизни в целом, о методах предохранения от нежеланной беременности, прерывания нежеланной беременности, предохранения от ИППП, о психологических взаимоотношениях мужчин и женщин девушки-подростки хотели бы получать с 10-17 лет. В первую очередь за консультацией девушки-подростки будут обращаться к врачам-гинекологам и родителям.

Выводы:

- за последние 3 года отмечается уменьшение общего количества беременностей среди подростков (145 – 142 - 101), что видимо связано с профилактической работой врачей, педагогов, психологов.

- в сравнении с городом показатели беременности по району выше, это связано с тем, что численность подростков по району больше, кроме того в районах уделяется недостаточно внимания профилактической работе с подростками

- если взять количество подростковой беременности по районам, отмечается увеличение показателей по Мугалжарскому (6-5-7) и Темирскому (9-9-11) району, что связано с недостаточной профилактической работой педагогов, психологов, центров здорового образа жизни.

- общее количество родов за последние 3 года уменьшилось (140-139-95), причем количество родов по району остается высоким, и только за последний год отмечается значительное снижение, это связано с тем, что сельские девушки не успевают сделать аборт вовремя, упускают время.

- показатели абортов увеличились среди городских подростков, т.к. городские девушки предпочитают сделать аборт, чем рожать; среди сельских подростков этот показатель меньше.

- увеличилась обращаемость девушек подростков к гинекологу по поводу нарушений оварияльно-менструального цикла (29% - 43% - 43%), в то время как воспалительные заболевания женских половых органов незначительно уменьшились (65% - 50% - 50%). По статистике на первом месте среди всех гинекологических заболеваний стоят воспалительные заболевания.

- по итогам анкетирования выявлено, что подростки не владеют достаточной информацией о современных методах контрацепции, в основном предпочитают барьерный метод. Большинство подростков считают, что оба половых партнера должны думать о последствиях нежелательной беременности, что аборт оказывает отрицательное влияние на здоровье девушки. Новые знания они хотели бы получать в специальных кабинетах по контрацепции в школе. Девушки-подростки ожидают активной просветительской деятельности от врачей женских консультаций, специалистов консультаций планирования семьи, семейных врачей, родителей.

Рекомендации:

- районным гинекологам, школьным медработникам, педагогам особенно Мугалжарского и Темирского районов, уделить пристальное внимание на санпросветработу по профилактике нежелательной беременности среди подростков: регулярно проводить лекции, семинары, конференции, круглые столы, анкетирование, выступать на радио, телевидении

- с целью профилактики воспалительных заболеваний женских половых органов и заболеваний, передающихся половым путем проводить пропаганду здорового образа жизни, занятия спортом, физической культурой, разнообразить досуг подростков

- полученные данные о сексуальном поведении, репродуктивных установках и контрацептивной практике молодежи могут быть использованы Центром планирования семьи, органами и учреждениями здравоохранения и образования при разработке мероприятий, направленных на совершенствование репродуктивного потенциала девушек и юношей. Научно-практическая значимость исследования основана на возможности использования выводов и практических рекомендаций в работе органов и учреждений здравоохранения, образования различных уровней и органов исполнительной и законодательной власти.

Литература

1. Здоровье подростков КМПА (Казахстанская Ассоциация по половому и репродуктивному здоровью)
2. Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова (КазНМУ), Алматы, Казахстан.
Scientific-Practical Journal of Medicine, "Vestnik KazNMU".
3. Особенности репродуктивного здоровья девочек-подростков в Чуашской республике ГУЗ «Республиканский перинатальный центр» МЗ ЧР,
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары
4. Баклаенко Н.Г., Современное состояние охраны репродуктивного здоровья подростков /Н.Г. Баклаенко, Л.В. Гаврилова //Здравоохранение. -2000.-№7.-С. 26-33.
5. Баранов А.А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения /А.А. Баранов //Российский педиатрический журнал. 1998. -№ 1. – С. 5-8.
6. Богданова Е.А. Охрана здоровья девочек и девушек основа репродуктивного здоровья женщин /Е.А. Богданова, М.Н. Кузнецова, О.Г. Фролова //Акушерство и гинекология. – 1992. – №2. – С. 46-48.
7. Бурцева Г.А. Факторы риска формирования репродуктивной системы девочек в современных условиях: Автореферат диссертации кандидата медицинских наук /Г.А. Бурцева. Томск, 2000. – 17 с.
8. Деятельность ВОЗ в области охраны репродуктивного здоровья подростков //Акушерство и гинекология. 1992. – №1. – С. 3-4.
9. Савельева И.С. Подростки, сохранение репродуктивного здоровья: Информация о 15 Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов /И.С. Савельева, Ю.Б. Белохвостова //Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1998. -№1. – С. 108-111.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫПАДЕНИЕМ ТЕЛА МАТКИ

*Бурханова И.В.,
обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Михайлова А.В.,
преподаватель,
ГАПОУ СО «СОБМК», г. Саратов*

В последние десятилетия возросла продолжительность жизни, в связи с чем женщина заинтересована в том, чтобы сохранить женственность и сексуальный потенциал после менопаузы. Одним из наиболее препятствующих этим целям заболеваний является выпадение половых органов.

Анализ статистических данных показывает, что в РФ каждая пятая пациентка, обратившаяся к гинекологу, предъявляет жалобы, связанные с опущением и выпадением внутренних половых органов. Выпадение матки-наиболее тяжелая стадия этого заболевания.

По данным различных исследований, среди больных, находящихся на лечении в гинекологических стационарах, 12-15% составляют женщины с данной патологией, а среди всех гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения - 28-40%.

Считается, что выпадения половых органов – болезнь пожилых людей. Среди женщин пожилого и старческого возраста частота пролапса гениталий достигает 50-60%.

Однако, из 100 женщин в возрасте до 30 лет данная патология имеет место у каждой десятой. В возрасте от 30 до 45 лет она встречается в 40 случаях из 100, а после 50 лет диагностируется у каждой второй женщины. Нередко, заболевание начинается в репродуктивном возрасте и носит прогрессирующий характер.

По мере развития патологического процесса усугубляются функциональные нарушения со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. У 85,5% развиваются функциональные расстройства смежных органов: недержание мочи – у 70 % пациенток, нарушение дефекации – у 36,5%, диспареуния – у 53,3% Отмечаются сухость стенок влагалища, истончение слизистой оболочки или, наоборот, резкое ее утолщение, пролежни.

В тяжелых случаях выпадение половых органов сочетается с дисфункциями тазового дна, такими как недержание мочи, газов и кала. Многие пациентки имеют различные виды расстройства сексуальной функции.

Большинство исследователей развитие пролапса гениталий связывают с родами. При количестве родов в анамнезе 2 и более, риск развития пролапса гениталий увеличивается в 4,5 раза, а при количестве родов более 4- в 11,5 раза.

Выпадение матки — это полное или частичное смещение матки за пределы влагалища. Матка представляет собой мышечный полый орган грушевидной формы, расположенный в норме между мочевым пузырем (спереди) и прямой кишкой (сзади). Она располагается таким образом, что ее тело не выступает за границу плоскости входа малого таза.

Удерживается в нормальном (анатомическом) положении благодаря имеющемуся связочному аппарату, мышцам и фасциям тазового дна.

Заболевание развивается постепенно, медленно прогрессирует и неблагоприятно отражается на общем состоянии больной

Все это приводит женщину к физическим и моральным страданиям, частичной или полной потере трудоспособности.

Ряд проблем, возникающих у женщин с опущением матки:

1. Потеря трудоспособности на короткий или длительный срок;
2. Нервно-психические расстройства;
3. Потеря сексуальной способности;
4. Нарушение репродуктивной функции.

У 2% нерожавших женщин имеется выпадение матки и влагалища, сопровождающееся клиническими проявлениями. Это наводит на мысль о врожденной слабости соединительной ткани.

Из так называемых больших гинекологических операций 15% проводят именно по поводу этой патологии, что характеризует это не только как медицинскую, но как экономическую проблему.

Единого мнения об этиологии и патогенезе этого состояния до сих пор не существует. Ряд авторов считают, что причиной выпадения половых органов развивается вследствие недостаточности мышц тазового дна и его следует рассматривать как разновидность тазовой грыжи.

Проявления выпадения половых органов разнообразны. Чаще всего больные жалуются на чувство распирания или инородного тела во влагалище, тянущую боль или чувство тяжести в поясничной области. Симптомы, как правило, исчезают в положении лежа, отсутствуют или менее выражены утром и нарастают в течение дня, особенно если женщина много времени проводит на ногах.

Заболевание проходит в несколько стадий, и чем раньше начато лечение, тем выше шансы на успех.

Существует несколько направлений в лечении пролапса гениталий, включающие консервативные и оперативные технологии. Основным и наиболее эффективным является хирургическое восстановление целостности тазового дна.

Способы лечения опущения и выпадения стенок влагалища и матки делятся на неоперативные (консервативные) и оперативные. Выбор тактики лечения, определяется:

- степенью опущения выпадения матки;
- анатомо-функциональными изменениями органов половой системы (наличием и характером сопутствующей гинекологической патологии);
- возможностью и необходимостью сохранения или восстановления детородной, менструальной функции;
- особенностями нарушения функции толстой кишки и сфинктера прямой кишки;
- возрастом больных;
- сопутствующей экстрагенитальной патологией, степенью риска хирургического вмешательства и анестезиологического пособия.

Консервативные методы лечения показаны при начальных стадиях опущения влагалища и матки (при опущении передней и задней стенок влагалища и отсутствии цисто- и ректоцеле) и наличии противопоказаний к оперативному вмешательству (сахарный диабет, артериосклероз, обширное расширение вен и склонность к тромбозу, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы и др.).

Неоперативное лечение должно быть комплексным, направленным на повышение тонуса мышц тазового дна и передней брюшной стенки.

Оно включает:

1. Изменение образа жизни: сбалансированное полноценное питание, освобождение от работы, связанной с подъемом и ношением тяжестей, лечение запоров.
2. Коррекция дефицита эстрогенов путем их местного введения в виде вагинальных свечей, вагинального крема (например, эстриол в виде свечей/мази по 2мг местно 2-3 раза в неделю).
3. Тренировка мышц тазового дна-назначение лечебной гимнастики с включением упражнений, укрепляющих мышцы живота (сгибание и разгибание туловища, боковые повороты, сгибание и разгибание ног в положении лежа) и тазового дна (ходьба с полуприседанием, поднимание ног под прямым углом к туловищу, упражнение Кегеля (изометрические сокращения поперечно-полосатых мышечных волокон, входящих в состав

тазового дна), Юнусова (произвольное сокращение мышц тазового дна во время мочеиспускания до прекращения тока мочи) и др.

4. Применение ортопедического метода – использование пессария, чаще всего имеющего кольцевидную форму. Его вводят во влагалище на определенное время, так как продолжительное ношение может вызвать раздражение, отек слизистой оболочки влагалища, изъязвления или обширные глубокие пролежни, врастание в ткани влагалища, образование пузырно- и прямокишечно-влагалищных свищей.

Пессарии или кольца для матки — это гибкие силиконовые медицинские изделия, которые предназначены для создания дополнительной опоры, фиксации органа при его смещении, а также в качестве барьера, препятствующего опущению матки, прямой кишки, мочевого пузыря или провисанию стенок влагалища. Благодаря своей эластичности, данное приспособление, после введения внутрь, легко принимает нужное положение и совершенно не влияет на свободу движений женщины и ее привычный ритм жизни.

По форме и размеру кольца бывают разные: тонкие;

- изогнутые (пессарии Ходжа);
- грибовидные;
- чашечные обычные или перфорированные;
- тандемные;
- уретральные;
- чашечно-уретральные;
- кубические;
- адаптационные.

Преимущества:

- Эффективная терапия пролапса матки.
- Помощь в сохранении беременности и предупреждении риска преждевременных родов.
- Высокая результативность на любом сроке беременности и при различной степени опущения матки.
- Гипоаллергенность.
- Безопасность и простота использования.
- Абсолютное отсутствие риска травмирования мягких тканей.

Для использования пессариев существуют противопоказания: отсутствие возможности у пациентки следовать правилам использования пессариев (например, деменция), наличие свищей влагалища, маточно-вагинальной эрозии, воспалительных процессов органов малого таза и нераспознанного кровотечения из половых путей.

В современных условиях предпочтение отдается хирургическим методам лечения. Цель хирургического лечения — не только (и не столько) устранение нарушения анатомического положения матки и стенок влагалища, но и коррекция функциональных расстройств смежных органов (мочевого пузыря и прямой кишки). Вид оперативного вмешательства выбирают с учетом степени смещения матки и влагалища, сопутствующих патологических процессов в половых органах, экстрагенитальных заболеваний и возраста больной.

В последние годы чаще используют комбинированное хирургическое лечение, которому отдают предпочтение большинство гинекологов. Эти вмешательства предусматривают укрепление тазового дна, пластику стенок влагалища и проведение фиксации матки, культы шейки матки или купола влагалища лапаротомическим или лапароскопическим доступом.

В послеоперационном периоде рекомендована активная тактика. Это способствует более быстрой нормализации жизнедеятельности органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, восстановлению кровообращения в половых органах, тканях промежности и влагалища. Вставать больным разрешается к концу первых суток с учетом состояния пациентки. Кроме того, раннее вставание способствует восстановлению самостоятельного мочеиспускания и функции кишечника без медикаментозных и других методов стимуляции.

В первые трое суток назначается полужидкая диета, в дальнейшем общий стол. Швы на промежности обрабатывают со вторых суток 6% раствором марганцовокислого калия или спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Обработку швов во влагалище проводят 0,05% раствором водного хлоргексидина или 1-2% раствором марганцовокислого калия. Для ускорения заживления швов можно применять специальные вагинальные свечи «Депантол» (по 1 свече 2 раза в день в течение 7-10 дней). В каждой свече содержится заживляющий и противомикробный компоненты. При растворении свеча превращается в раствор, который оказывает лечебное действие на стенки матки, а при вытекании – на промежность.

Садиться разрешается на 12-15 сутки на жестком стуле. Половая жизнь разрешается через 2 месяца после операции. Физические нагрузки ограничиваются до 3-4 кг в течение полугода.

Диспансерное наблюдение осуществляется дважды в год с проведением гинекологического осмотра на зеркалах, бимануального гинекологического исследования. Обязательно проводятся проба при натуживании на подтекание мочи (проба Вальсальва) и УЗИ органов малого таза.

Профилактики выпадения матки

Большое значение имеют предупреждение заболеваний в детском возрасте и в период полового созревания, правильное питание, гимнастика и спорт, регулярное пребывание на свежем воздухе. Не подлежит сомнению роль физкультуры во время беременности и после родов, особенно упражнений, способствующих укреплению брюшного пресса и мышц тазового дна. Необходимо стремиться к предотвращению осложнений

беременности и родов. Большое значение имеют своевременное и правильное зашивание разрывов промежности после родов, борьба с родовым травматизмом. Для каждой женщины необходимо определять целесообразный вид работы и не допускать нарушения условий труда.

А также профилактикой является выработка правильной осанки(наклонение таза), танцы, спорт(коньки, ролики, плавание), устранение чрезмерной физической нагрузки.

Период менопаузы также вносит свой вклад в возможное патологическое состояние. Поэтому и в этот период нужно уделять внимание профилактике возможного заболевания. Врач может посоветовать вам лечебно-профилактическую гимнастику, гормональную заместительную терапию, улучшающую тонус и кровоснабжение матки, ее связок.

Гимнастика при опущении матки и для его профилактики.

Упражнения, укрепляющие мышцы влагалища.

1. Медленное сжатие мышц промежности. Мышцы промежности следует держать в напряженном состоянии 3–4 секунды, после чего необходимо расслабиться. Затем мышцы снова напрягаются на 5–20 секунд, после чего снова необходимо медленно расслабиться.

2. Упражнение, при котором необходимо плавно напрягать и ослаблять мышцу промежности, многие называют «лифт». Начинать упражнение необходимо, плавно напрягая мышцы промежности, оставляя их в тонусе на 3–5 секунд (так называемый первый этаж), затем необходимо еще усилить мышечное напряжение и снова задержать мышцы в тонусе на несколько секунд («второй этаж») и т. д. Следует продолжать повышать напряжение до тех пор, пока это возможно, затем также плавно следует расслаблять мышцы влагалища.

3. Сокращение. Следует последовательно напрягать и расслаблять мышцы промежности, постепенно наращивая темп выполнения упражнения.

Упражнения, направленные на укрепление мышц тазового дна и брюшного пресса.

Начинать занятия следует с повторения упражнений по 5–7 раз, постепенно увеличивая до 15–20 повторений. Многие упражнения знакомы нам с уроков ритмики и физкультуры в школе и не требуют специальной физической подготовки.

- в положении лежа выполняется упражнение «велосипед» согнутыми в коленях ногами, и упражнение «ножницы» выпрямленными ногами;

- в положении лежа следует поднимать выпрямленные ноги до угла 45 градусов от пола, задерживая их в приподнятом положении сначала на 3–5 секунд, затем постепенно увеличивая это время до 10–15 секунд;

- в положении лежа на спине необходимо согнуть ноги в коленях, затем, опираясь на локти, нужно приподнять бедра, а затем втянуть мышцы промежности; через несколько секунд можно расслабиться и вернуться в исходное положение;

- в положении лежа на животе нужно одновременно приподнять вытянутые руки и ноги, делая «лодочку»;

- ходьба по ступенькам также является одним из упражнений, улучшающих тонус мышц малого таза.

Выше приведены упражнения, которые могут выполняться в домашних условиях. Уделяя всего 30 минут в день такой лечебно-профилактической гимнастике, значительно снижается риск развития опущения не только матки, но и других органов малого таза.

Выводы: Выпадение матки является тяжелым гинекологическим заболеванием и частой патологией тазового дна у женщин. Заболевание нередко начинается в репродуктивном возрасте и носит всегда прогрессирующий характер. При развитии этой патологии всегда есть повышение внутрибрюшного давления экзо или эндогенного характера и несостоятельность тазового дна. Клинически проявляется нарушением нормального анатомического взаимоотношения матки, влагалища, мочевого пузыря, прямой кишки и смещением этих органов вниз и за пределы входа во влагалище. Во многих случаях происходит нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки.

Диагностика основана на двуручном гинекологическом исследовании, трансвагинальном УЗИ, функциональных исследованиях нижних мочевыводящих путей. Консервативные методы лечения показаны при начальных стадиях опущения влагалища и матки и при противопоказаниях к оперативному лечению. В остальных случаях показано хирургическое лечение.

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 608 с.

2. Дзигуа М.В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни. Учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 360 с.

3. Клинические рекомендации. Выпадение женских половых органов. Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N81.0, N81.1, N81.2, N81.3, N81.4, N81.5, N81.6, N81.8, N81.9 Год утверждения (частота пересмотра): 2021

4. Пропалс (опущение, выпадение) тазовых органов // Сайт ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России [М., 2021] URL: <https://www.pirogov-center.ru/specialist/diseases/detail.php?ID=518>

5. Опущение и выпадение матки и влагалища // Сайт ЦКБ РАН [М., 2020]. URL <https://www.ckbran.ru/cure/gynecology/opushchenie-i-vypadenie-matki-i-vlagalishcha>

6. Опущение и выпадение матки // Медицинская энциклопедия [М., 2019]. URL: <http://www.medical-enc.ru/ginekologia/opushchenie-i-vypadenie-matki.shtml>

СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. ПРИЧИНЫ, СИМПТОМЫ, ЛЕЧЕНИЕ

*Гирда Д.Н.
обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Пышина Г.М.,
преподаватель,
ГАПОУ СО «ВМК
им. З.И. Марсевой», г. Вольск*

Актуальность проблемы:

В начале XXI века сепсис продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем современной медицины вследствие неуклонного стремления к росту числа больных и стабильно высокой летальности, которую представляют даже самые авторитетные отечественные и зарубежные клиники. В целом в Европе ежегодно фиксируется до полумиллиона случаев сепсиса.

При исследовании частоты сепсиса отмечено, что только в США ежегодно регистрируется от 300 000 до 500 000 случаев летальных исходов, при которых погибает от 30 до 90% больных. При этом учитывается, что не все случаи заболевания своевременно и адекватно диагностируются.

В акушерстве частота гнойно-воспалительных и септических осложнений составляет около 5-26%.

Росту септических осложнений в акушерстве способствует увеличение удельного веса женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией, индуцированной беременностью, гормональной и хирургической коррекцией шейки матки при невынашивании беременности, резкое повышение процента абдоминального родоразрешения и нередко возникающая иммунодепрессия вследствие длительного приема некоторых лекарственных препаратов.

Септический шок - тяжелое неспецифическое инфекционное заболевание, обусловленное проникновением из очага инфекции в кровяное русло микроорганизмов и их токсинов с последующим образованием метастатических очагов гнойного воспаления в различных органах и тканях.

Причины: Развитию шока в подобной ситуации способствуют несколько факторов:

- матка, являющаяся входными воротами для инфекции;
- сгустки крови и остатки плодного яйца, служащие прекрасной питательной средой для микроорганизмов;
- особенности кровообращения беременной матки, содействующие легкому поступлению бактериальной флоры в кровеносное русло женщины;
- изменение гормонального гомеостаза (в первую очередь эстрогенного и гестагенного);
- гиперлипидемия беременных, облегчающая развитие шока;
- аллергизация женщин беременностью.

Чаще всего послеродовой септический шок развивается на фоне эндометрита (90%), значительно реже - при наличии раневой инфекции, мастита, инфекции мочевых путей (апостематозный нефрит) или постинъекционного абсцесса.

Развитию локальной, а затем и генерализованной инфекции способствуют хронические или острые экстрагенитальные воспалительные заболевания во время беременности и в родах, инфицирование во время процесса родового акта (продолжительные роды, длительный безводный промежуток, родовой травматизм, оперативные вмешательства, задержка частей последа в матке и др.).

Акушерский септический шок относится к полиэтиологическим заболеваниям: его возбудителями могут быть практически все патогенные и условно-патогенные микроорганизмы. Локализация первичного очага инфекции позволяет определить спектр наиболее вероятных возбудителей. Основными возбудителями являются энтеробактерии (*Escherichia coli*, *Pseudomonas* spp., *Klebsiella* spp. и др.), грамположительные кокки (*Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis*, *Enterococcus* spp., *Staphylococcus A* и *B* spp.), а также неспорообразующие анаэробы (*Bacteroides* spp., *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp. и др.). Наиболее тяжело протекает сепсис, обусловленный бактериально-вирусной инфекцией.

Симптомы: Септический шок наступает остро, чаще всего после операций или каких-либо манипуляций в очаге инфекции, создающих условия для «прорыва» микроорганизмов или их токсинов в кровеносное русло. Развитию шока предшествует гипертермия. Температура тела повышается до 39-41°C, сопровождается повторными ознобами, держится 1-3 суток, затем критически падает на 2-4 градуса до субфебрильных или субнормальных цифр. Основным признаком септического шока считают падение АД без предшествующей кровопотери либо не соответствующее ей. При гипердинамической или «теплой» фазе шока систолическое АД снижается и держится недолго: от 15-30 минут до 2 часов. Поэтому гипердинамическую фазу врачи иногда просматривают. Гипердинамическую, или «холодную» фазу септического шока характеризует более резкое и длительное падение АД (иногда ниже критических цифр). У некоторых больных могут наступать кратковременные ремиссии. Такое состояние длится от нескольких часов до нескольких суток. Наряду с падением АД, развивается выраженная тахикардия до 120-140 уд. в минуту. Гиперемия и сухость кожных покровов быстро сменяют бледность, похолодание с липким холодным потом. Большинство женщин отмечают боли непостоянного характера и различной локализации: в эпигастриальной области, в нижних отделах живота, в

конечностях, в пояснице, грудной клетке, головную боль. Почти у половины больных бывает рвота. При прогрессировании шока она приобретает характер "кофейной гущи" в связи с некрозом и кровоизлияниями в участки слизистой оболочки желудка. На клиническую картину септического шока часто наслаиваются симптомы острой почечной недостаточности, острой дыхательной недостаточности, а также кровотечения вследствие прогрессирования синдрома ДВС. Септический шок представляет смертельную опасность для больной, поэтому важна своевременная диагностика.

По локализации - в зависимости от первичного очага инфекции (матка, почки, молочные железы, тяжелая раневая инфекция).

Диагноз ставят, главным образом, на основании следующих клинических проявлений:

- наличие септического очага в организме;
- высокая лихорадка с частыми ознобами, сменяющаяся резким снижением температуры тела;
- падение АД, не соответствующее геморрагии;
- тахикардия;
- тахипноэ;
- расстройство сознания;
- боли в животе, грудной клетке, конечностях, пояснице, головная боль;
- снижение диуреза вплоть до анурии;
- петехиальная сыпь, некроз участков кожи;
- диспропорция между незначительными местными изменениями в очаге инфекции и тяжестью общего состояния больной.

Диагноз СШ устанавливается, если к вышеперечисленным клинико-лабораторным признакам присоединяются артериальная гипотензия (систолическое АД менее 90 мм рт. ст. или ниже более, чем на 40 мм рт. ст. от исходного уровня), тахикардия более 100 уд/мин, тахипноэ более 25 в 1 мин., нарушение сознания (менее 13 баллов по шкале Глазго); олигурия (диурез менее 30 мл/час); гипоксемия (PaO_2 менее 75 мм рт. ст. при дыхании атмосферным воздухом); $SpO_2 < 90 \%$, повышение уровня лактата более 1,6 ммоль/л, петехиальная сыпь, некроз участков кожи.

Необходимо постоянное осуществление следующих диагностических мероприятий: мониторинг параметров гемодинамики: артериального давления, частоты сердечных сокращений, центрального венозного давления, контроль параметров дыхательной системы (подсчет частоты дыхания, газы крови, SpO_2), почасовой контроль диуреза, измерение прямокишечной температуры минимум 4 раза в сутки для сопоставления с температурой тела в аксиллярных участках, посевы мочи, крови и выделений из цервикального канала, определение кислотно-щелочного равновесия крови и насыщения тканей кислородом, подсчет количества тромбоцитов и определение содержания фибриногена и мономеров фибрина (растворимый фибрин).

Лечение:

1. Срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии.
2. Коррекция гемодинамических нарушений путем проведения инотропной и адекватной инфузионной терапии с постоянным мониторингом гемодинамики.
3. Поддержка адекватной вентиляции и газообмена.
4. Хирургическая санация очага инфекции.
5. Нормализация функции кишечника и раннее энтеральное питание.
6. Своевременная коррекция метаболизма с постоянным лабораторным контролем.
7. Антибактериальная терапия с постоянным микробиологическим контролем.
8. Антимедиаторная терапия.

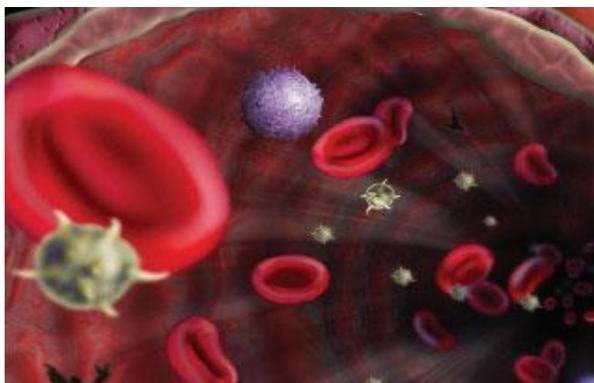


Рис. 1 Форменные элементы крови

Основной целью инфузионной терапии у септических больных является поддержание адекватного кровоснабжения тканей. Объем инфузионной терапии в случае СШ определяется комплексной оценкой реакции гемодинамики на инфузию (реакция АД, особенно пульсового, центрального венозного давления (ЦВД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), скорости диуреза). Особое значение в этих случаях имеет определение ЦВД в динамике; достаточно информативным ориентиром также является определение реакции ЦВД на дозированное

введение жидкости (проба с объемной нагрузкой). Больной на протяжении 10 минут вводят внутривенно тест-дозу жидкости и оценивают реакцию гемодинамики.

Реакцию гемодинамики оценивают следующим образом: если ЦВД увеличилось более, чем на 5 см вод. ст.; инфузию прекращают и проводят инотропную поддержку; если ЦВД увеличилось не более, чем на 2 см вод. ст.; продолжают инфузионную терапию без инотропной поддержки.

Рекомендуется следующая программа инфузионной терапии при СШ. Вначале жидкость вводят со скоростью 10 мл/мин. в течение 15–20 мин., а затем - в обычном темпе, в зависимости от показателей гемодинамики, дыхания, диуреза и др. Для проведения инфузии применяются производные гидроксиэтилкрахмала (венофундин, рефортан, ХАЕС-стерил) и кристаллоиды (0,9 % раствор натрия хлорида, раствор Рингера) в соотношении 1:2. В отличие от других коллоидов, растворы гидроксиэтилкрахмала уменьшают степень повреждения эндотелия капилляров, улучшают функцию легких и уменьшают проявления системной воспалительной реакции.

С целью коррекции гипопроотеинемии назначаются 20-25 % концентрированные растворы альбумина, т.к. применение 5 % альбумина при критических состояниях способствует повышению летальности больных. Включение в состав трансфузионных сред глюкозы нецелесообразно, т. к. у больных в критическом состоянии она повышает продукцию лактата и CO_2 , а также увеличивает ишемические повреждения головного мозга и других тканей. Инфузия глюкозы оправдана только в случаях наличия гипогликемии и гипернатриемии.



Рис. 2 Инструментарий для исследования

В состав инфузионных сред целесообразно включать свежемороженную плазму (600-1000 мл), которая является донатором антитромбина. Антитромбин является ингибитором активации лейкоцитов и предотвращает повреждение эндотелия сосудов, благодаря чему уменьшаются проявления системного воспалительного ответа и эндотоксемии. Кроме того, введение свежемороженой плазмы необходимо и для лечения ДВС-синдрома, который, как правило, развивается при прогрессирующем СШ.

Инотропная поддержка. Если после нормализации ЦВД артериальное давление остается низким, вводят допамин в дозе 5-10 мкг/кг/мин. (максимум до 20 мкг/кг/мин.) или добутамин, который вводится со скоростью 5-20 мкг/кг/мин. Если эта терапия не приводит к стойкому повышению АД, симпатомиметическую терапию дополняют введением норадреналина гидротартрата со скоростью 0,1-0,5 мкг/кг/мин., одновременно снижая дозу допamina до «почечной» (2-4 мкг/кг/мин.). Учитывая роль бета-эндорфинов в патогенезе СШ, совместно с симпатомиметиками оправдано одновременное применение налоксона до 2,0 мг, способствующего повышению АД.

В случае неэффективности комплексной гемодинамической терапии возможно применение глюкокортикостероидов. Эквивалентной дозой (в пересчете на гидрокортизон) является 2000 мг / сутки. Его введение, с целью профилактики эрозийных повреждений желудка, необходимо комбинировать с H_2 -блокаторами (ранитидин, фамотидин).

Поддержка адекватной вентиляции и газообмена. В тяжелых случаях дыхательной недостаточности на фоне прогрессирования полиорганной дисфункции необходимо безотлагательно решать вопрос о переводе больной на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Показаниями к ИВЛ является: $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт. ст., $\text{PaCO}_2 > 50$ мм рт. ст. или < 25 мм рт. ст., $\text{SpO}_2 < 85$ %, частота дыхания более 40 за минуту. Поток кислорода должен быть минимальным, обеспечивая PaO_2 не менее 80 мм рт. ст. Респираторная терапия СШ также должна включать режим положительного давления в конце выдоха (3–6 см вод. ст.), но при условии адекватного выполнения ОЦК.

Хирургическая санация очага инфекции. Показаниями к лапаротомии и экстирпации матки с маточными трубами является отсутствие эффекта от проведения интенсивной терапии, наличие гноя в матке, продолжающееся кровотечение, гнойные образования в области придатков матки, выявление при ультразвуковом исследовании наличия остатков плодного яйца.

Нормализация функции кишечника и раннее энтеральное питание является одним из важных задач при лечении больных СШ, поскольку возобновление барьерной функции кишечника является залогом последующей транслокации микроорганизмов в кровяное русло и уменьшения проявлений системного воспалительного ответа.

Это достигается энтеральным капельным введением 0,9 % раствора натрия хлорида или негазированной минеральной воды 400-500 мл в сутки через желудочный зонд, или ниппельный дуоденальный зонд с последующим увеличением объема введенной жидкости и расширением пищевых препаратов - при условии нормализации перистальтики в режиме «алиментарного фактора», что отвечает 2000-4000 ккал в сутки.

Целесообразно также одновременное применение прокинетики (метоклопрамид) и глутаминовой кислоты, поскольку последняя нормализует обмен веществ в ворсинках кишечника. После стабилизации состояния больной для последующей профилактики бактериальной транслокации возможно проведение селективной деконтаминации кишечника: 4 раза в сутки в кишечник вводят смесь полимиксина - 100 мг, тобрамицина - 80 мг и амфотерицина - 500 мг.

Одним из важных моментов в комплексной терапии СШ является антибактериальная терапия. Учитывая, что в настоящее время практически почти невозможна микробиологическая экспресс-диагностика, при проведении антибактериальной терапии целесообразно придерживаться тактики эмпирической дэскалационной антибиотикотерапии. После идентификации микроорганизма и определения его чувствительности к антибиотикам переходят к антибиотикотерапии по данным антибиотикограммы, ибо без устранения причины, запустившей патологический процесс, излечение вообще невозможно. Критичность ситуации, наряду с проведением неотложной органо-системной поддержки, требует достижения быстрой эрадикации микробных штаммов с помощью бактерицидных антибактериальных препаратов, не оставляя времени на исправление ошибки с выбором препарата.

При СШ внебольничного происхождения могут быть рекомендованы следующие схемы стартовой АБТ: цефалоспорины III - IV поколения + метронидазол + аминогликозид; ингибитор-защищенный пенициллин + аминогликозид. Начало лечения с препаратов ультра-широкого спектра действия (карбапенемы или моксифлоксацин) в монотерапии также представляется целесообразным. При СШ, осложнившим течение госпитальных инфекций, спектр оптимальных вариантов стартовой эмпирической АБТ сужается. На первый план выходят карбапенемы и цефепим, из аминогликозидов - амикацин. Назначение цефтазидима или ципрофлоксацина без знания локальных особенностей резистентности сопряжено с риском неудач. Добавление ванкомицина или линезолида будет оправданным у пациентов с нейтропенией.

Антимедиаторная терапия базируется на современных знаниях патогенеза СШ и является достаточно перспективной. Существуют убедительные доказательства применения многоклональных иммуноглобулинов в сочетании с пентоксифиллином. Учитывая отсутствие в Украине многоклональных иммуноглобулинов, целесообразным является применение пентоксифиллина в комплексной терапии СШ и сепсиса. С этой же целью оправдано применение дипиридамола.

Применение методов экстракорпоральной детоксикации возможно только после стабилизации состояния пациентки, ибо их использование при развернутой картине полиорганной недостаточности повышает летальность больных.

Заключение:

В последнее время зафиксирован рост частоты гнойно-воспалительных осложнений в акушерстве, преимущественно участились тяжелые их формы. Под влиянием антибиотиков, активных по отношению к стафилококку, несколько снизилась роль этого возбудителя, и немаловажное место заняли кишечная палочка, энтерококк, а также анаэробы и грамотрицательная флора, эшерихии, клебсиелла, ассоциации бактерий и условно-патогенной микрофлоры. Серьезную проблему послеродовых инфекций приобретает внутригоспитальная инфекция, которая при снижении общей резистентности организма женщины имеет выраженную вирулентность. Сам по себе родовой акт таит в себе определенную опасность развития пуэрперальной инфекции, а предрасполагающими факторами могут стать: продолжительность родов более 12 часов, длительный безводный промежуток, большое число влагалищных исследований, кольпиты, бактериальный вагиноз, эндометрит в родах и ручные внутриматочные вмешательства. Своеобразная роль отводится операции кесарева сечения.

Септический шок является наиболее тяжелым осложнением гнойного процесса, лечение которого сложно и не всегда приводит к благоприятным исходам. Летальность при сепсисе остается высокой и достигает 20-30%. Поэтому чрезвычайно важно проводить профилактику развития сепсиса, включающую санацию гнойного очага и адекватную терапию начальных проявлений инфекции.

Акушерский септический шок представляется итогом недостаточного лечения гнойно-воспалительных заболеваний. В борьбе с воспалительными заболеваниями огромное значение имеет профилактика этих осложнений у беременных, которая должна начинаться еще задолго до родов. Предварительно должны быть выделены группы повышенного риска беременных по гнойно-воспалительным заболеваниям, и в этих группах врачи женской консультации должны провести профилактические мероприятия по своевременному выявлению и санации очагов инфекции, адекватному лечению хронических воспалительных заболеваний, желудочно-кишечного тракта, почек кожи и слизистых и т. д.

Литература

1. https://provisor.com.ua/archive/2008/N19/sephok_198.php
2. https://provisor.com.ua/archive/2008/N19/sephok_198.php
3. Бодяжина В. И., Геппе Н.А. Акушерство: Учебник/ Алматы: Эверо, Том-3., 2018.- 200 с.
4. Делина Т.Н., Роговая О.Н., Овсяник М.А. Современные взгляды на проблему акушерского сепсиса. Медикосоциальные проблемы семьи, 2001; 1: 98-106.

5. Дуда В.И., Акушерство: Учебник, 2019г., стр. 435.
6. Кулаков В.И., Серов В.Н. «Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии», 2018г; глава 17, стр. 199
7. Манухин И.Б., Бурдули Г.М., Селиванов Г.Б. Сепсис после осложненных родов. Акуш. гин., 2017; 5: 34-38.
8. Озолина Л.А., Бахарев И.В., Сороки на А.В. Гнойновоспалительные после-родовые осложнения и пути их профилактики. Проблемы беременности, 2018; 6: 48-54.
9. Рациональная антимикробная терапия: Руководство для практикующих врачей. Под общ. ред. В.П. Яковлева, С.В. Яковлева. М.: Литтерра, 2019.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

*Гречкина М.А.,
обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Юракова Л.А.,
преподаватель,*

ГБПОУ «Белореченский медицинский колледж», г. Белореченск

Миома матки (фибромиома, лейомиома) – доброкачественная моноклональная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки.

Является самым распространенным доброкачественным, гормонально-зависимым опухолевидным образованием женской половой системы, развивающимся из гладкомышечных элементов и оказывающим значительное неблагоприятное воздействие на репродуктивное здоровье женщины.

Согласно исследованиям, проводимым в последние годы, отмечается «омоложение» данной патологии, женщин страдающих миомой матки в возрасте до 30 лет, то есть в активном репродуктивном возрасте, становится все больше. У женщин возрастом 20-25 лет миома матки отличается быстрым ростом, и образование множественных миоматозных узлов.

Миома матки и последствия ее оперативного лечения играют значимую роль в общем снижении фертильности. Почти у 40 % пациенток с множественными миомами наблюдается бесплодие. Именно эти аспекты и обуславливают актуальность данной темы.

Актуальность данной темы связана не только с частотой заболеваемости миомой матки, но и с появлением инновационных методов диагностики и лечения, что ещё больше подстегивает к изучению данной темы.

Существует много классификаций миом матки, отражающих количество миоматозных узлов или их размер, но наиболее значимыми в прогностическом смысле являются классификации отражающие тип роста и расположение миоматозных узлов в матке.

По типу роста выделяют следующие виды миомы матки:

- Центрипетальным (внутри).
- Экспансивным (раздвижение ткани).
- Эксцентричным (наружу).
- Интралигаментарным (в листках широкой связки).

По расположению узлов в матке выделяют:

— Подслизистые узлы (субмукозная миома) — расположены ближе к полости матки. Встречаются относительно редко, иногда они имеют тонкую ножку и могут опускаться из матки в шейку матки или во влагалище; в этом случае говорят о «рождающемся» узле миомы.

— Межмышечные узлы (интерстициальную, интрамуральную) — узлы находятся в стенке матки в мышечном слое.

— Подбрюшинные узлы (субсерозная миома) — расположены на наружной стороне матки, ближе к брюшной полости. Могут иметь основание меньшего диаметра, чем сам узел; в этом случае употребляют термин «узел на ножке».

— Межсвязочные узлы (интралигаментарная миома).

— Шеечная миома.

Типичное расположение узлов в 95% в теле матки – интрамуральная (опухоль располагается в толще стенки матки), субмукозная (рост миомы происходит по направлению к полости матки, вызывая деформацию полости матки) и субсерозная (рост миомы происходит по направлению к брюшной полости).

Атипичным расположением узлов является их нахождение в шейке матки, это – шеечная форма, интралигаментарная (межсвязочное расположение узлов), на эти случаи приходится всего 5%. [2, с.134]

До настоящего времени о причинах развития миомы матки нет единого мнения, но выдвигается несколько версий:

— Миому матки принято считать гормонально-зависимой гипертрофией и гиперплазией миометрия, так как она возникает и прогрессирует у женщин репродуктивного возраста, когда высока гормональная активность яичников, и нередко регрессирует после менопаузы, когда резко снижается выработка гормонов;

— Миому матки можно считать результатом патологической регенерации поврежденного, в частности

воспалительными инфильтратами, миометрия, риск которых выше у женщин детородного возраста;

- Заболевания эндокринных желез;
- Аборты, внутриматочные контрацептивы;
- Наследственная предрасположенность к миоме матки;
- Инфекционные агенты.[7, с.498-499]

В развитии миомы матки выделяют 4 фазы роста:

Первая фаза – характеризуется образованием классической зоны роста вокруг мелкого сосуда в месте его дегерметизации, как правило, в денервированном участке миометрия.

Вторая фаза – проявляется превращением зоны роста в нодозныйпролиферат, в котором начинается процесс дифференцировки пролиферирующих миогенных элементов.

Третья фаза – характеризуется образованием хаотично располагающихся пучков из гладких мышечных клеток, составляющих новообразованный пласт чужеродногомиометрия

Четвертая фаза – характеризуется появлением на поверхности этого пласта соединительно-тканно-сосудистой капсулы, в которой начинается процесс пролиферации миогенных элементов сосудистого происхождения.

К сожалению, клиническая картина миомы матки а ранних стадиях не имеет явных проявлений и поэтому о развитии миомы матки женщина может не подозревать, поскольку внешние признаки могут и не проявляться. Нередко наличие данной патологии выявляется при осмотре пациентки гинекологом по совершенно другим причинам и во время обследования выявляет новообразование. Симптомы проявляются активно в случаях, когда матка вырастает до больших размеров, но если опухоль небольшая, симптомов может и не быть.

При миоме матки клиническая картина отличается широким разнообразием, зависит от возраста пациентки, длительности заболевания, локализации и величины опухоли и наличия сопутствующих патологических процессов.

Основными симптомами миомы матки являются:

- Тянущие боли, тяжесть внизу живота. Боли могут быть острыми и схваткообразными, усиливающиеся во время менструации;
- Появление в середине цикла выделений с кровью;
- Большая продолжительность и нерегулярность менструаций (полименорея, гиперменорея);
- Маточные кровотечения, причем довольно обильные;
- При наличии опухоли большого размера учащается мочеиспускание, нарушается регулярность стула по причине давления крупной опухолью на органы;
- Возникает ощущение сдавленности органов таза;
- Объем живота увеличивается, что ассоциируется с ожирением.[4, с.575]

Диагностика миомы матки включает в себя обследование пациентки с подозрением на лейомиому матки необходимо начинать с тщательного сбора анамнеза. Необходимо отметить наличие и количество абортов и их осложнения, количество родов и их осложнения, наличие внутриматочных вмешательств, перенесение инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем. Важным является также уточнение количества потери крови во время менструаций.[8, с.3]

Немаловажным является осмотр, а также применение дополнительных лабораторных и инструментальных методов:

- Бимануальное исследование - при двуручном влагалищном исследовании пальпируется плотная, увеличенная в размерах матка с бугристой, узловатой поверхностью.

- Гистероскопия – процедура проводится на 5-7 день менструального цикла или после выскабливания. Подслизистые узлы представляют собой образования округлой формы с четкими контурами, белесоватого цвета, лишенные слизистой и деформирующие треугольную форму матки. При тонкой слизистой оболочке в фазе ранней пролиферации миоматозные узлы выступают в просвет полости матки в виде небольших возвышений, покрытых неизмененным эндометрием. При расположении узлов вблизи внутреннего зева и в цервикальном канале их легко определить, так как слизистый слой в этих местах тоньше. При размере подслизистого миоматозного узла 1,5 сантиметра, он выступает в просвет матки, имеет четкие контуры, сферическую или овальную форму и не изменяет конфигурацию под давлением. Слизистая в этом месте истончена, бледно-розовая, на этом фоне видны древовидные кровеносные сосуды. При внутримышечно-подслизистых узлах небольшого размера при гистероскопии можно обнаружить ограниченные выпячивания с нечеткими границами, выступающих в просвет полости матки. При узлах занимающий всю стенку матки определяется регидностьэтой стенки, эндометрий истончен, бледно-розовый с сетью застойных сосудов. Из поврежденных застойных сосудов и очагов эрозированного эпителия расположенных на поверхности узлов может определяться кровотечение.[5]

- УЗИ - ультразвуковое исследование позволяет определить размер миомы матки, ее локализацию и классификацию с помощью трансабдоминального и трансвагинального датчиков, является методом первичной диагностики миомы матки, а также его широко используют для динамического наблюдения за развитием опухолевого процесса.[9, с. 215]

- Компьютерная томография (спиральная компьютерная томография или мультиспиральная компьютерная томография) позволяет с высоким разрешением не только определять состояние и взаимоотношение органов малого таза, костных структур и сосудов таза, но и диагностировать наличие

кровотечений в остром периоде, а так же новообразования в полости матки. Однако методы лучевой диагностики, использующие ионизирующее излучение, в гинекологии, и особенно при обследовании женщин репродуктивного возраста нежелательны из-за лучевой нагрузки.[8, с. 6]

— МРТ - миоматозные узлы представлены образованиями с четкими границами, с ровными или слегка бугристыми контурами. Как правило, характерной особенностью миоматозных узлов на МРТ, в I фазе менструального цикла является низкая интенсивность МР-сигнала, близкая к МР-сигналу от скелетных мышц. Реже миоматозные узлы выявляют в виде образований со средней интенсивностью МР-сигнала, изоинтенсивноймиометрию, за счет выраженного содержания коллагена и особенностей кровоснабжения. Для небольших узлов более характерна их однородная структура. [2, с.137]

— Рентген - в случаях, когда есть подозрения, что лейомиома прорастает в соседние органы, можно произвести интравенозную пиелографию или рентгенологическое исследование толстой кишки с барием.[10, с.35]

— Лапароскопия относится к дополнительным методам обследования, позволяющая лучше оценить миоматозные узлы субсерозной локализации, узлы на ножке, а также состояние других органов малого таза.

— Оценка гормонального статуса так же часть диагностики миомы матки - по данным радиоиммунологических исследований секреции ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрогенов, прогестерона, гормонов надпочечников и щитовидной железы;

— Определить особенности менструального цикла по тестам функциональной диагностики;

— Мазки на микрофлору берутся обязательно у всех пациенток с целью выявления хламидий, микоплазм, уреаплазм и других возбудителей половых инфекций.в связи с определенной ролью генитальной инфекции в патогенезе миомы матки.[13, с.334]

— Гистологическое исследование соскоба эндометрия.

Лечение миомы матки, как и любого другого заболевания должно быть комплексным, с учетом сопутствующих заболеваний экстрагенитальной и генитальной природы.

Основными целями лечения является:

- ограничение роста узлов;
- обеспечение репродуктивной функции при необходимости;
- удаление узлов лейомиомы;
- профилактика осложнений.

В настоящий момент существует два метода лечения миомы матки: оперативный и консервативный.

Выбор метода лечения зависит от множества аспектов:

- возраста пациентки;
- желания пациентки реализовать репродуктивную функцию;
- клинико-морфологических особенностей патологического процесса;
- наличия сопутствующих соматических и гинекологических заболеваний;
- личного предпочтения пациентки в пользу того или иного метода лечения.

[11, с.333]

В основе консервативной терапии лежит гормональное лечение миомы матки с применением комбинации гормонов. Основной целью этого лечения является коррекция интенсивности роста новообразования.

Зачастую гормоны назначаются и в предоперационном периоде, когда требуется максимально сократить объем опухоли.

Показаниями к консервативной терапии миомы матки являются:

- Клинически малосимптомное течение заболевания;
- Миома матки в сочетании с тяжелой экстрагенитальной патологией, так как этот случай является противопоказанием к оперативному лечению;
- размер узла соответствует сроку не более 12 недель беременности;
- отсутствие сильных кровотечений и болевого приступа.[3, с. 250]

При консервативном лечении миомы матки используют следующие группы препаратов:

Агонисты гонадотропных релизинг-гормонов. Они действуют на размер опухоли, защищают женщину от опасных осложнений, уменьшают выраженность болевого приступа. В основе действия препаратов данной группы — снижение количества гормонов в крови, что вызывает изменения, характерные для климакса и менопаузы. Это приводит к уменьшению миоматозного узла и даже к его полному рассасыванию. После окончания терапии менструальный цикл возобновляется.

— Брусерелин прием начинают со 2-го или 4-го дня менструального цикла в первые 14 дней вводят подкожно 200мкг каждые 8 часов, затем интраназально 3 раза в день - 6 месяцев. Данный препарат вызывает гипозестрогению. Целесообразно проводить в перименопаузе или перед миомэктомией.

— Госерелин (золадекс) – лечение начинают на 2-5 дни менструального цикла в виде ежедневных подкожных инъекций в дозе 200 мкг в течение 14 дней, затем интраназально по 400 мкг 3 раза в день, продолжительность курса 6 месяцев.

— Декапептил ,Леупромид, Золадекс-депо – аналоги ЛГ-РГ.

Производные андрогенов. Их цель — подавить работу яичников и остановить синтез стероидов. Это

приводит к сокращению размеров новообразования, а также дифференцировке с саркомой матки и опухолью яичника.

— Метиландростендиол по 25 мг 2 раза в неделю на 21-й день 3-4 цикла или по 20 мг в сутки до 18 дня.

— В пременопаузе: тестостерон-пропионат по 25 мг в\м на 7-14-21-й день менструального цикла, далее применение гестагенов в течении 7-10 дней.

Гестагены - устраняют патологические разрастания эндометрия за несколько месяцев.

— Норколут 5 мг в день с 16-го по 25-й день цикла в течении 6-9 месяцев;

— Оксипрогестеронакапроат (17-ОПК) во внутримышечных инъекциях;

Оральные контрацептивы. Эффективны при опухолях, размер которых до 2-3 сантиметров. Они прекращают рост миом. В этой группе средств можно выделить регулон и жанин, а также золадекс и клайра.

Так же в лечении женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста применяют:

— Неместран (гестринон) – это синтетический стероидный гормон, обладает антигонадотропным, антиэстрогенным и антипрогестероновым свойствами. Подавляет функцию гонадотропных гормонов, способствует обратному развитию миомы матки. Применяют 2,5 мг 3 раза в неделю, затем 2,5 мг 2 раза в неделю.

— Даназолявляется синтетическим изоксазольным производным 17-а-этинил-тестостерона обладаетантигонадотропное воздействие. Применяют 400 мг в сутки на протяжении 6 месяцев.[1, с.66]

Витаминные комплексы, седативные препараты так же входят в комплексное лечение.

Иногда возникает недостаточность в медикаментозном лечении, так как не удается достичь положительной динамики в лечении данного патологического процесса и врачи вынуждены прибегнуть к хирургическому лечению.

Существует ряд причин, при возникновении которых неизбежным условием становится оперативное вмешательство:

— Изменение размера матки, которые составляют более 12 недельного срока. При этом происходит увеличение давления на ближайшие органы;

— Нарушение питания и некроз миоматозного узла;

— Сочетание миомы матки с аденомиозом;

— Обильные длительные менструации или ациклические кровотечения, приводящие к анемизации больной (важно уточнить состояние эндометрия);

— Шеечные узлы миомы матки, исходящие из влагалищной части шейки матки;

— Быстрый рост миомы матки (свыше 4-5 недель беременности в год).[7, с.503]

После проведения детального обследования врач решает необходимость оперативного вмешательства, а так же его масштабы.

Хирургическое лечение может быть радикальным или паллиативным.

К радикальным операциям относят:надвлагалищную ампутацию матки, высокую надвлагалищную ампутацию матки, экстирпацию матки.

Паллиативными операциями считаются: консервативная миомэктомия, дефундация матки, высокая ампутация матки.

Объем оперативного вмешательства зависит от возраста женщины, общего состояния, степени анемизации, сопутствующих заболеваний, расположения и величины миоматозных узлов.[12, с. 433]

Операции по поводу миомы матки могут проводиться как в плановом порядке, так и в экстренном порядке:при перекруте ножки миомы, ее некрозе или нагноению, при возникновении кровотечения, а также рождающемся субмукозномузле.

Виды оперативного вмешательства:

1. Лапароскопия. Для ее проведения на передней брюшной стенке делается небольшой разрез, через который происходит оперативное вмешательство:

— миомэктомия – удаление миоматозных узлов;

— субтотальная гистерэктомия – удаление матки с узлами без шейки;

— тотальнаягистерэктомия – удаление матки с шейкой.

Если шейка матки не подверглась патологическим изменениям ее удаление нецелесообразно. [10, с. 30]

2. Гистерорезектоскопия. Для проведения такой операции, разрез не требуется. Весь ход операции осуществляется через влагалище (миомэктомия – удаление узлов расположенных в полости матки).

3. Трансвагинальныегистерэктомии. Весь ход операции осуществляется через влагалище (удаление матки с узлами).

4. Лапаротомия. Это вид полостной операции, при котором производится разрез внизу живота в основном при больших опухолях матки.[6, с.96]

Первые три варианта оперативного вмешательства можно считать самыми популярными. Самое главное их преимущество – это отсутствие операционных швов, быстрая реабилитация больной женщины, и возможность сохранить детородную функцию.

Если рост миомы происходит очень быстро и в течение коротких сроков, используется радикальный метод, полное удаление тела матки (гистерэктомия).

После оперативного лечения рекомендуется терапия, направленная на улучшение кровообращения и лимфообращения, снижение риска воспалительного процесса: глюконат кальция, аскорбиновая кислота,

ультразвук, физиотерапия, электростимуляции шейки матки 3-4 раза в месяц.

Эмболизация маточных артерий (ЭМА)

Органосберегающая операция, более результативный метод лечения миомы матки — эмболизация маточных артерий (ЭМА). Эта малоинвазивная процедура, сводящая почти к нулю риски осложнений и рецидива, позволяющая женщине в короткие сроки вернуться к привычной жизни.

Показания к эмболизации:

- симптомная миома матки (геморрагический синдром, болевой синдром);
- предоперационная подготовка.

Противопоказания:

— субсерозная и субмукозная миома матки на тонком основании, большие размеры узлов (доминантный узел более 7 см);

- воспалительные заболевания органов малого таза;
- аллергия на контрастные вещества;
- пограничные или злокачественные заболевания органов малого таза;
- нарушения свертывающей системы;
- нарушения функции почек;
- сердечная недостаточность.

Эмболизация маточных артерий при миоме матки — метод, позволяющий бороться с доброкачественной опухолью без активного хирургического вмешательства, сохраняющий пациентке полностью функционирующую матку, способность забеременеть и выносить ребенка. Суть метода — в перекрытии маточных артерий для остановки питания миоматозных узлов и их самостоятельному отмиранию.

Эмболизацию маточных артерий проводит не гинеколог, а эндоваскулярный хирург.

Врачи-гинекологи на начальном этапе обследуют пациенток, готовят к операции, наблюдают после операции в стационаре, а также после выписки в амбулаторных условиях.

Эмболизирующую операцию проводят сердечно-сосудистые хирурги в отделении сосудистой и эндоваскулярной хирургии. Сущность процедуры состоит в введении катетера в артерии матки. Хирурги получают информацию о состоянии ее сосудистой системы, выявляют сосуды, которые кровоснабжают фибромиому (миому) матки. После чего вводят в сосуды миомы мелкие частицы (эмболы), закупоривающие эти сосуды и лишаящие миому питания. Спустя 3-6 месяцев миоматозный узел значительно уменьшается в размере. В среднем процедура эмболизации занимает от 15 до 40 минут. После пациентку переводят в стационар, где она сутки находится под наблюдением сразу двух специалистов: гинеколога и сосудистого хирурга. Через несколько дней женщина выписывается из стационара и возвращается к привычному образу жизни.

После эмболизации не требуется дополнительного лечения. Она позволяет добиться полного замещения миоматозных узлов соединительной тканью, победить негативные симптомы, нормализовать работу репродуктивной функции женщины.

Отличительной особенностью ЭМА является крайне низкая вероятность рецидива миомы матки. В тех случаях, когда опухоль диагностируют вновь, речь идет не о возобновлении роста узлов, а о появлении новых миом.[9, с. 220]

Принимая во внимание распространенность миомы матки среди молодых женщин, резкое снижение качества жизни, бесплодие, влияние на смежные органы, это заболевание следует рассматривать как социально значимую проблему, оказывающую влияние на функцию многих органов и систем.

Проблемы лечения миомы матки связаны со многими факторами, например не изученные до конца этиология и патогенез; скудность клинических проявлений. Выбор того или иного метода лечения зависит от многих составляющих:

- возраст и статус фертильности;
- характер симптомов и их тяжесть;
- переносимость предыдущего лечения;
- приоритеты самой пациентки;
- риск побочных эффектов;

Анализ источников современной литературы позволяет сделать вывод, что необходимо дальнейшее проведение углубленных исследований иммуноморфологических и молекулярно-биологических особенностей миомы матки у женщин с миомой матки, лежащих в основе развития заболевания. При лечении миомы матки, необходимо осуществлять индивидуальный выбор лечения (медикаментозного или хирургического, в зависимости от клинической ситуации) что повысит эффективность лечения и улучшит прогноз.

Литература

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н. / Миома матки: диагностика, лечение, реабилитация 2019г. – с.66.
2. Айламазян Э.К. / Гинекология 2016г. – с.134, с.137.
3. Василевская Л.Н., Грищенко В.И., Щербина Н.А., Юровская В.П. / Гинекология 2019г. -. с.250.
4. Занько С.Н./ Гинекология 2018г. – с.575.
5. Ильин А.А./ Акушерство и гинекология. Конспект лекций / Лекция №25.
6. Кулаков В.И., Серов В.Н., Гаспаров А.С. /- Гинекология. 2019г. – с. 96.
7. Радзинский В.Е., Фукс А.М. / Гинекология 2018г. – с.498-499, с.503.

8. Савельева Г.М. / Гинекология 2017 г.– с.3, с.6.
9. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В. Е., Манухин И. Б. / Гинекология: национальное руководство. Краткое издание - 2-е изд., - Москва, 2020 – с. 215. с.220.
10. Серов В.Н. Звенигородский И.Н. / Диагностика гинекологических заболеваний с курсом патологической анатомии, 2016г. – с.30, с. 35.
11. Славянова И.К. / Акушерство и гинекология – 2017г. – с.333.
12. Сулопарова Л.А. / Гинекология диагностика и лечение новейший справочник, 2020г – с.433.
13. Цвелев Ю.В. / Практический справочник акушерства и гинекологии – 2019г. – с.334.

ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ С ЦЕЛЬЮ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

*Ивыгина Я.В.
обучающаяся 4 курса.
Научные руководители:
Буканова С.А., преподаватель,
ГАПОУ «НЧМК»;
Садриева А.М., преподаватель,
ГАПОУ «НЧМК» г. Набережные Челны*

Миома матки (ММ) – одна из наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей женской половой сферы, приводящая к нарушению репродуктивной функции у женщин. Диагностируется у 20-40% женщин репродуктивного возраста, с наибольшей частотой в позднем репродуктивном возрасте [2,4с].

В последнее время отмечается тенденция к росту заболеваемости ММ у женщин молодого возраста, и откладывание своих репродуктивных возможностей на более поздний репродуктивный возраст, в связи с повышением их социальной активности и реализации себя в профессиональной деятельности. Это заставляет пересмотреть тактику ведения пациенток с миомой матки в репродуктивном возрасте, с точки зрения необходимости расширения органосохраняющих операций, с целью сохранения фертильной функции женщин [2,6с].

Было проведено исследование целью, которого явилось, проведение анализа распространенности и лечения лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста с целью сохранения репродуктивной функции в городе Набережные Челны. Были проанализированы статистические данные медицинского информационно-аналитического центра, женской консультации и стационара города Набережные Челны, где наблюдаются и получали лечение женщины с миомой матки с 2016 – 2019гг. Проведен анализ выкопировки из 57 историй болезни с заболеванием лейомиомы матки за данный период. А так же проведено анкетирование с целью изучения методов лечения лейомиомы матки. В анкетирование приняли участие 60 женщин в возрасте от 20 до 55 лет, у которых диагностировалась лейомиома матки.

В результате проведенного исследования получены следующие результаты.

Количество доброкачественных новообразований женских половых органов стабильно занимает высокие цифры, и составляет 46%. Т.е каждая двадцатая женщина имеет какой-либо доброкачественный процесс. Однако, мы четко прослеживаем снижение частоты встречаемости доброкачественных новообразований в 2019 году на 17%. Большое значение в развитии новообразований имеет нарушение нейрогуморальной регуляции в женском организме. Такие заболевания как, воспалительные процессы в придатках матки, особенно заболевания передающиеся половым путем, частые соматические инфекционные заболевания, нарушения качества и количества питания, гиподинамия, избыточная масса тела, вредные привычки, частые стрессы. Все эти и другие причины могут вызвать расстройства гормональной функции, что, в свою очередь, служит толчком возникновения новообразования.

Доля женщин с лейомиомой матки (ЛМ) среди всех доброкачественных заболеваний женских половых органов, за четыре года составляет почти 17%. Причем, доля впервые выявленных женщин с ЛМ с 2016 года увеличивается почти на 5% . Скорее всего, большинство, случаев выявляется на профилактическом осмотре или диспансеризации.

Диспансерным наблюдением женщин с ЛМ охватывают почти в 65% случаев. Диспансерного наблюдения требуют женщины с ЛМ, если имеются клинические проявления, быстрый рост миомы, при нарушении репродуктивной функции. Кроме того, длительное «Д» наблюдение проводится при консервативном лечении.

Доля пациенток с ЛМ в стационарах города в период с 2016 года по 2019 год уменьшается почти на 2%. Скорее всего, это может быть связано с тем что, в последнее время пересматривается тактика ведения пациенток с ЛМ не только молодого возраста, но и более зрелого. В силу повышения их социальной активности и ориентации на самореализацию не только в семье, но и в профессиональной деятельности, в результате репродуктивные планы могут остаться нерешенными. Поэтому важно максимально использовать возможности консервативной терапии. Кроме того, не менее значимо своевременное принятие решения об оперативном вмешательстве, применяя рациональные объемы и методы хирургического лечения.

При анализе статистических данных основной возраст женщин с миомой матки, проходивших лечение в стационаре, приходится от 18 до 55 лет. В данную возрастную категорию входит активный репродуктивный возраст, где большинство решают фертильные планы. А так же в эту категорию попадают женщины позднего

репродуктивного возраста, планирующие рождение ребенка на более поздние сроки. Но, как известно, к этому возрасту накапливаются соматические, эндокринные, гормональные нарушения, приобретаются вредные привычки, а отсюда увеличивается риск развития новообразований и, особенно, миомы матки.

По результатам исследования можно заметить, что в большинстве случаев, женщины имеющие ЛМ, госпитализируются планово. Скорее всего, первично женщины обращаются в женские консультации с различными клиническими проявлениями ЛМ, или ЛМ выявляется при прохождении женщиной профилактического осмотра или диспансеризации. Далее участковыми гинекологами направляются на плановое стационарное хирургическое лечение.

Средние сроки пребывания в стационаре с данным заболеванием снижаются и в среднем составляют 7-6 дней. Скорее всего, согласно общепринятому протоколу лечения, женщинам с ЛМ выполняются определенные хирургические, консервативные или профилактические мероприятия. А далее, при необходимости, реабилитационные мероприятия проводятся в специализированных отделениях, оснащенных высокотехнологическим оборудованием, центрах планирования семьи или женских консультациях.

Из всех проведенных оперативных вмешательств, больше всего, проводятся органосохраняющие операции, т. е. миомэктомия в 86%. Радикальные операции проводятся соответственно в 14% случаев, что, скорее всего, может быть связано тяжестью клинических проявлений новообразования или злокачественными процессами в половом органе.

Анализируя выкопировку историй болезни 57 женщин с миомой матки, проходивших лечение в стационаре, выяснилось, что почти в 36% случаев заболевание ЛМ имеют женщины активного и позднего репродуктивного возраста, а это значит, что у их возникали проблемы в наступлении беременности и ее вынашивании.

При поступлении женщин с ММ в гинекологическое отделение чаще выставляется диагноз – субсерозная лейомиома – в 37% случаев, интрамуральная – в 32% случаев и субмукозная – в 22%.

В 40% случаев проводилась миомэктомия, в 4% - эмболия сосудов, питающих миому матки, а значит, сохранился половой орган и возможность выполнения репродуктивной функции.

В анкетировании приняли участие 60 женщин разного возраста, имеющих миому матки в анамнезе. Но, все-таки, почти 60% респондентов в возрасте от 20 до 40 лет, т. е. активного репродуктивного возраста. А значит, женщины могут испытывать трудности с зачатием и вынашиванием ребенка.

Большинство женщин с миомой матки (32%), имеют сопутствующую гинекологическую патологию (в том числе, сальпингит, оофорит, сальпингоофорит, эндометриоз, эрозия шейки матки), медицинские аборт имели 25%. У 12% женщин данное заболевание имеется у близких родственников.

Из 60 опрошенных женщин с миомой матки, только 26 женщин имели беременность. Из них, у 7 женщин случилось прерывание беременности, 19 женщин завершили беременность родами. 35% респондентов не имеют никаких клинических проявлений заболевания, 25% отмечали жалобы в виде болей или тяжести внизу живота, 15% женщин имели обильные менструации. Наши данные совпадают с литературными данными [1,489с]. 15% респондентов имели анемию. Все респонденты проходили ультразвуковое исследование. Почти у 60% женщин миома матки была обнаружена при профилактическом осмотре и диспансеризации. В 28% обращались самостоятельно к врачу с конкретными жалобами. К сожалению, 13% респондентов были доставлены экстренно СМП в стационар города. У 30% женщин проводилось медикаментозное лечение, у 13,3% проводилось комбинированное лечение. Медикаментозное лечение применяют при наличии узлов размером до 3 см, в качестве первого регрессионного этапа перед миомэктомией, и для профилактики рецидивов после миомэктомии [1,490с], с целью снижения хирургического риска и интраоперационной кровопотери [1,492с]. 15% респондентам проводилось хирургическое вмешательство. Показаниями к хирургическому лечению явились: нарушение репродуктивной функции, обильные менструальные кровотечения, приводящие к анемизации женщины, быстрый рост опухоли, бесплодие. 9% респондентам проводилось миомэктомия, в 2% эмболизация маточных артерий, и, к сожалению, в 4% гистерэктомия.

Среди всех гинекологических доброкачественных новообразований лейомиома занимает ведущее место. При этом заболеваемость все больше встречается в активном репродуктивном возрасте. В силу повышения социальной активности женщин не только в семье, но в общественной и профессиональной деятельности, возраст планирования ребенка сдвигается к более позднему сроку. Это и является поводом к применению новых фармакологических и хирургических методов, высоких технологий в лечении миомы матки.

Литература:

1. Гинекология. Национальное руководство: краткое издание/ под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т.Сухих, И.Б. Манухина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 704.
2. Леваков С.А., Шешукова Н.А. Влияние медикаментозной терапии мифепристоном на качество жизни пациентов с миомой матки//Медицинский совет-2017. №2.-С. 136-141.

СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

*Лебедева И.В.,
обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Пышина Г.М.,
преподаватель,
ГАПОУ СО «ВМК
им. З.И. Марсевой», г. Вольск*

Актуальность

Одним из наиболее грозных осложнений гнойно-септических процессов любой локализации является бактериально-токсический или септический шок. Он представляет собой особую реакцию организма, выражающуюся в развитии тяжёлых системных расстройств, связанных с нарушением адекватной перфузии тканей, наступающих в ответ на внедрение микроорганизмов или их токсинов.

По частоте возникновения септический шок стоит на третьем месте после геморрагического и кардиогенного, а по летальности – на первом. Несмотря на лечение, при септическом шоке погибают от 20% до 80% больных. В акушерско-гинекологической практике септический шок осложняет послеабортные и послеродовые инфекционные заболевания, перитониты, пиелонефрит беременных, гнойные маститы.

Целью написания данной статьи является изучение причин, симптомов септического шока и принципов оказания неотложной помощи в акушерстве и гинекологии.

Для достижения поставленной цели были выделены следующие задачи:

1. Произвести анализ специализированной литературы по данной проблеме;
2. Изучить причины, симптомы септического шока.
3. Изучить принципы оказания неотложной помощи

При написании данной работы были использованы следующие методы: информационно-аналитический, информационно-поисковый.

Факторы риска и симптомы заболевания:

Септический шок представляет особую реакцию организма, выражающуюся развитием тяжелых системных расстройств, связанных с нарушением адекватной перфузии тканей в ответ на внедрение микроорганизмов или их токсинов. Пусковым моментом в развитии септического шока является выделение микробами эндотоксина.

Возбудителями септического шока могут быть практически все патогенные и условно-патогенные микроорганизмы. Локализация первичного очага инфекции позволяет определить спектр наиболее вероятных возбудителей.

Основными возбудителями являются:

- энтеробактерии (*Escherichia coli*, *Pseudomonas spp.*, *Klebsiella spp.* и др.),
- грамположительные кокки (*Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis*, *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus A* и *B spp.*), а также
- неспорообразующие анаэробы (*Bacteroides spp.*, *Peptococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.* и др.).

Для возникновения шока необходимо наличие еще двух факторов: снижение общей резистентности организма и наличие возможности для массивного проникновения возбудителя или его токсинов в кровотока. У беременных, рожениц и родильниц подобные условия возникают нередко. В подобных ситуациях развитию септического шока способствуют несколько факторов:

1. матка, являющаяся входными воротами для инфекции.
2. ступки крови и остатки плодного яйца - питательная среда для микроорганизмов.
3. особенности кровообращения в беременной матке, содействующие лёгкому поступлению бактериально-вирусной флоры в кровеное русло женщины.
4. изменение гормонального гомеостаза (в первую очередь эндогенного и гестагенного).
5. гиперлипидемия беременных женщин, облегчающая развитие шока.
6. аллергия женщин беременностью.

Развитие шока при сепсисе связано с тремя основными механизмами:

- снижение периферического сосудистого тонуса;
- ранней прогрессирующей миокардиальной дисфункцией;
- потерей ОЦК вследствие повышенной сосудистой проницаемости и секвестации в микроциркуляторном русле.

Однако для развития инфекции недостаточно одного попадания микроорганизмов на раневую поверхность половых путей, так как в организме беременной существует ряд неспецифических защитных механизмов местного и общего характера, снижающих потенциальную возможность развития инфекции. Важное значение имеет характер микроорганизмов – их вирулентность, темп размножения, степень обсемененности.

С другой стороны, многие неблагоприятные факторы течения беременности (анемия, гестоз, пиелонефрит, кольпит) и родов (оперативное родоразрешение, слабость родовой деятельности, травмы родовых путей, большая кровопотеря, остатки плаценты в матке), значительно повышают риск развития послеродовой инфекции.

Наиболее значимыми факторами риска сепсиса в акушерско-гинекологической практике являются возраст моложе 20 и старше 40 лет, кесарево сечение, высокий паритет родов, мертворождение, низкий социальный уровень, задержка продуктов зачатия, преждевременный разрыв плодных оболочек, наложение цервикального серкляжа, многоплодие, хроническая сердечная и почечная недостаточность, ВИЧ-инфекция, системная красная волчанка. В последние годы пневмония/инфекции дыхательных путей (особенно грипп H1N1) и инфекции генитального тракта являются наиболее частыми причинами сепсиса.

В Российской Федерации основной причиной сепсиса в гинекологической практике остается внебольничный аборт.

Клиническая картина септического шока.

Септический шок наступает остро, чаще всего после операций или каких-либо манипуляций в очаге инфекции, создающих условия для "прорыва" микроорганизмов или их токсинов в кровеносное русло. Развитию шока предшествует гипертермия. Температура тела повышается до 39-41°C, сопровождается повторными ознобами, держится 1-3 суток, затем критически падает на 2-4 градуса до субфебрильных или субнормальных цифр. Основным признаком септического шока считают падение АД без предшествующей кровопотери либо не соответствующее ей.

При гипердинамической или "теплой" фазе шока систолическое АД снижается и держится недолго: от 15-30 минут до 2 часов. Поэтому гипердинамическую фазу врачи иногда просматривают. Гипердинамическую, или "холодную" фазу септического шока характеризует более резкое и длительное падение АД (иногда ниже критических цифр). У некоторых больных могут наступать кратковременные ремиссии. Такое состояние длится от нескольких часов до нескольких суток. Наряду с падением АД, развивается выраженная тахикардия до 120-140 уд. в минуту. Гиперемия и сухость кожных покровов быстро сменяют бледность, похолодание с липким холодным потом. Большинство женщин отмечают боли непостоянного характера и различной локализации: в эпигастральной области, в нижних отделах живота, в конечностях, в пояснице, грудной клетке, головную боль. Почти у половины больных бывает рвота. При прогрессировании шока она приобретает характер "кофейной гущи" в связи с некрозом и кровоизлияниями в участки слизистой оболочки желудка. На клиническую картину септического шока часто наслаиваются симптомы острой почечной недостаточности, острой дыхательной недостаточности, а также кровотечения вследствие прогрессирования синдрома ДВС.

Септический шок представляет смертельную опасность для больной, поэтому важна своевременная диагностика.

С целью более ранней диагностики септического шока рационально для особого наблюдения выделять больных с высокой степенью риска развития данной патологии. К ним относятся:

1. Беременные, роженицы и родильницы, у которых имеет место острое проявление инфекции.
2. Быстрое развитие выраженной температурной реакции.
3. Наличие повторяющихся ознобов.
4. Патологические проявления со стороны центральной нервной системы и рвота.

Этим больным помимо проведения лечения основного заболевания необходимо проводить тщательное и регулярное наблюдение, а именно:

1. Измерение АД и подсчет пульса каждые 15 – 30 минут.
2. Измерение температуры тела каждые 3 часа.
3. Определение почасового диуреза, для чего в мочевого пузырь вводят постоянный катетер.
4. Из очага поражения, мочи и крови проводят бакпосев.
5. Клинический анализ крови.
6. Исследование коагулограммы.

Диагноз ставят, главным образом, на основании следующих клинических проявлений: наличие септического очага в организме, высокая лихорадка с частыми ознобами, сменяющаяся резким снижением температуры тела, падение АД, не соответствующее геморрагии, тахикардия, тахипноэ, расстройство сознания, боли в животе, грудной клетке, конечностях, пояснице, головная боль, снижение диуреза вплоть до анурии, петехиальная сыпь, некроз участков кожи, диспропорция между незначительными местными изменениями в очаге инфекции и тяжестью общего состояния больной.

Основные принципы оказания неотложной помощи

Мероприятия по борьбе с шоком должны быть сосредоточены на восстановлении тканевого кровотока, на коррекции метаболических нарушений и на поддержании адекватного газообмена.

Интенсивная терапия септического шока проводится совместно реаниматологом и акушером-гинекологом с постоянным контролем за температурой тела, состоянием кожных покровов и слизистых, частотой дыхания и пульса, почасовым диурезом, показателями АД, центрального венозного давления (ЦВД) и гематокрита, ЭКГ, белковым, электролитным, кислотно-основным составом плазмы, состоянием свёртывающей системы, содержанием азотистых шлаков и билирубина крови. Мероприятия по борьбе с шоком должны быть сосредоточены на восстановлении тканевого кровотока, на коррекции метаболических нарушений и на поддержании адекватного газообмена.

Последовательность проводимых реанимационных мероприятий: вентиляция, инфузионная терапия, поддержание сердечного выброса и АД, фармакотерапия (антибактериальная химиотерапия), специфическая терапия (удаление гнойного очага).

Две первые задачи решают путем проведения инфузионной терапии, которую необходимо начать как можно раньше и осуществлять длительное время. В качестве инфузионных сред на первых этапах лечения предпочтительнее использовать производные декстрана (по 400-800 мл реополиглокина и/или полиглокина) и поливинилпирролидона (гемодез в количестве 400 мл). Скорость и количество вливаемой жидкости зависят от реакции больной на проводимую терапию. Общее количество жидкости в первые сутки, как правило, составляет 3000-4500 мл, но может достигать 6000 мл. На фоне восполнения ОЦК и улучшения реологических свойств крови для коррекции гемодинамики и восстановления тканевого кровотока необходимо обязательное применение сердечных и вазоактивных средств. Наряду с нормализацией гемодинамики, целью инфузионной терапии при септическом шоке должна быть коррекция кислотно-основного и электролитного гомеостаза. При септическом шоке довольно быстро развивается метаболический ацидоз, который на первых порах может компенсироваться дыхательным алкалозом. Для коррекции ацидоза необходимо в состав инфузионной терапии включать 500 мл лактасола, 500 мл рингер-лактата или 150-200 мл 4-5% раствора бикарбоната натрия.

Наряду с восстановлением гемодинамических расстройств и коррекции метаболических нарушений большое значение имеет обеспечение адекватной оксигенации. Введение кислорода необходимо начинать с первых минут лечения, использовать для этого все имеющиеся средства вплоть до искусственной вентиляции легких. Вместе с противошоковыми мероприятиями неотъемлемую часть интенсивной терапии септического шока составляет борьба с инфекцией. Антибактериальная терапия при септическом шоке является экстренной. При этом широкое распространение находят полусинтетические пенициллины. Метициллина натриевую соль вводят по 1-2 г каждые 4 часа и ампициллина натриевую соль (пентрексил) - по 1,5-2 г каждые 4 часа или по 2 г каждые 6 часов внутримышечно или внутривенно (максимальная доза 8 г). Цефамезин назначают по 1 г каждые 6-8 часов, внутривенно или внутримышечно, максимальная суточная доза 4 г.

Кроме того, борьба с шоком включает в себя ликвидацию очага инфекции. Опыт акушерско-гинекологической практики показывает, что подход к ликвидации очага инфекции при септическом шоке должен быть сугубо индивидуальным. Наиболее радикальным способом борьбы является удаление матки. Для получения желаемого эффекта хирургическое вмешательство должно осуществиться своевременно. К операции следует прибегать при безуспешности интенсивной консервативной терапии, проводимой в течение 6 часов. Операцией выбора является экстирпация матки с удалением маточных труб, дренирование параметриев и брюшной полости. В отдельных случаях у больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, при отсутствии макроскопических изменений ткани матки допустимо производство надвлагалищной ампутации матки. В этих случаях является обязательным удаление маточных труб и дренирование брюшной полости.

Лечение поздней стадии септического шока с появлением геморрагического синдрома, в том числе маточного кровотечения, требует дифференциального подхода. В зависимости от показателей коагулограммы проводят заместительную терапию ("теплая" донорская кровь, лиофилизированная плазма, сухая, нативная и свежемороженая плазма, фибриноген) и/или вводят антифибринолитические препараты (трасилол, контрикал, гордокс).

Таким образом, в заключении можно сделать следующие выводы:

1. Септический шок является наиболее тяжелой формой осложнений гнойно-септических процессов и одной из главных причин материнской смертности.
2. Возбудителями септического шока могут быть практически все патогенные и условно патогенные микроорганизмы.
3. Летальность при сепсисе остается высокой и достигает 20--30%. Поэтому чрезвычайно важно проводить профилактику развития сепсиса, включающую санацию гнойного очага и адекватную терапию начальных проявлений инфекции.
4. Своевременно начатая терапия способствует снижению материнской смертности.

Литература

1. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии / В. Н. Серов, И. И. Баранов, О. Г. Пекарев, А. В. Пырегов, В. Л. Тютюник, Р. Г. Шмаков - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 240 с.
2. Гинекология: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, И. Б. Манухина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1008 с.
3. Делина Т.Н., Роговая О.Н., Овсяник М.А. Современные взгляды на проблему акушерского сепсиса. Медикосоциальные проблемы семьи, 2001; 1: 98--106.
4. Рациональная антимикробная терапия: руководство для практикующих врачей / под ред. С. В. Яковлев а. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Литтерра, 2019. - 1040 с.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА «ОСТРОГО ЖИВОТА» И ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Мусихина А.А.,
обучающаяся 4 курса.
Научный руководитель
Веселова О.Б.,
преподаватель,
ГБПОУ НО НМК, г. Нижний Новгород*

«Острый живот» в гинекологии и акушерстве — синдром, развивающийся в результате острой патологии в брюшной полости и проявляющийся внезапно возникшими болями в любом отделе живота, перитонеальными симптомами и выраженными изменениями в состоянии больной. Сложность ситуации, с точки зрения фельдшера, заключается в необычайном многообразии состояний и заболеваний, которые сопровождаются болью в области живота. Одной из наиболее сложных проблем неотложной медицины является выбор тактики ведения больной, у которой наблюдается острая абдоминальная и тазовая боль. Фельдшер очень часто оказывается первым специалистом, к которому обращается пациентка, а между тем заболевание внутренних половых органов – лишь одна из очень многих причин появления этого симптома [5].

Актуальность данной темы в настоящее время заключается в том что, болевой синдром относится к самым частым жалобам, с которым сталкиваются фельдшера в своей повседневной практике при вызове. Боль не только информирует о тканевом повреждении, но и вызывает рефлекторные и поведенческие реакции, позволяющие свести повреждающее воздействие к минимуму. В 40 % случаев всех первичных обращений к врачу боль является ведущей жалобой. Так, по оценке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 90% всех акушерских и гинекологических заболеваний связано с болью. И таким образом, боль по масштабам своего распространения вполне сопоставима с пандемией. В широком смысле боль является предупреждающим сигналом и ограждает нас от наносящих вред воздействий, а также предупреждает о нарушениях, возникших внутри самого организма, и открывает путь к распознаванию и лечению многих заболеваний

Согласно данной статистике, болевой синдром при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (ПОНРП) - тяжелое акушерское осложнение, наблюдаемое у 0,4-1,4% беременных, может произойти во время беременности или в родах и привести к осложнениям, опасным для жизни матери и плода. Развивается, как правило, в сроке более 22 недель. Частота встречаемости ПОНРП составляет по разным данным от 0.3% до 1.5% среди общего количества беременных. Летальность составляет 1,5-15%. Смерть женщины обусловлена в основном геморрагическим шоком и последующей полиорганной недостаточностью. У многорожавших женщин это осложнение возникает в 2 раза чаще, чем у первородящих. В действительности ПОНРП встречается намного чаще, чем регистрируется. Так же статистика болевого синдрома при разрыве матки составляет 0,1-0,05% от общего числа родов.

При внематочной (эктопической) беременности плодное яйцо развивается вне полости матки: в брюшной полости, на яичнике, в маточных трубах, в шейке матки. В индустриально развитых странах средняя частота внематочной беременности составляет 1,2-1,7 % по отношению к общему числу беременностей. В России внематочная беременность встречается в 1,13 случаев на 100 беременностей, или в 3,6 случаев на 100 родивших живых детей. В связи с тем, что эта аномальное расположение беременности, при ее развитии кровоснабжение плодного яйца формируется от места патологической имплантации.

Наиболее часто встречается трубная беременность, оно составляет 99% всех случаев внематочной беременности. Поэтому понятие «внематочная беременность» и «трубная беременность» обычно совпадают.

При этом плодное яйцо располагается в ампулярном отделе трубы в 50% наблюдений, в средней части трубы до 40 %, в маточной части трубы у 2-3% пациенток[7].

Несмотря на различные причины, симптоматика "острого живота" в акушерстве и гинекологии имеет много общих черт:

- резкая боль в животе;
- тошнота, рвота;
- нарушение отхождения кишечных газов и кала;
- симптомы раздражения брюшины.

Все заболевания с картиной "острого живота" требуют немедленной госпитализации больных, правильной и своевременной диагностики, оказания неотложной помощи.

Цель исследования - совершенствование методом дифференциальной диагностики и определение тактики ведения пациентки с болевым синдромом в акушерстве и в гинекологии.

Задачи исследования:

1.Обобщить и систематизировать теоретические знания по методам дифференциальной диагностики и определению тактики ведения женщин с синдромом «острого живота» в условиях скорой медицинской помощи на основании различных информационных источников.

2.Составить дифференциально-диагностическую таблицу и алгоритм оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе женщинам с болевым синдромом.

3. Определить объем медицинской помощи на догоспитальном этапе женщинам с болевым синдромом на основании алгоритма диагностического поиска, составленного к конкретным клиническим ситуациям оценить эффективность деятельности фельдшера.

Рассмотрим наиболее часто встречающиеся в практическом здравоохранении заболевания, сопровождающиеся синдромом «острого живота».

Внематочная (эктопическая) беременность - беременность при локализации плодного яйца вне полости матки. Внематочная беременность в 98,5% случаев локализуется в маточных трубах - ампулярном, истмическом или интерстициальном отделе. Редко встречающиеся формы локализации внематочной беременности - яичники, рудиментарной (зачаточный) рог матки, органы брюшной полости.

При несвоевременной диагностике, без оказания неотложной помощи внематочная беременность может стать одной из причин смерти женщины.

Причинами внематочной беременности являются:

- замедление транспорта плодного яйца (гормоны, внутриматочный контрацептив);
- нарушения проходимости маточной трубы (эндометриоз, аднексит, реконструктивные операции на маточных трубах);
- перитубарные синехии;
- генитальный инфантилизм (длинные извитые маточные трубы с замедленной перистальтикой).

Клиническая картина нарушенной внематочной беременности обусловлена внутрибрюшным кровотечением. Её выраженность зависит от длительности и интенсивности кровотечения [3]:

- предшествующая разрыву тянущая односторонняя боль внизу живота
- резкая, кинжальная односторонняя боль в нижних отделах живота с иррадиацией в задний проход и внутреннюю поверхность бедра;
- вздутие живота;
- симптомы раздражения брюшины (Блюмберга-Щеткина);
- симптом Куленкампа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки);
- притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.
- общие признаки кровопотери (снижение давления, частый пульс, слабость, головокружение, бледность кожных покровов, тошнота);
- женщина стремится принять сидячее положение, что уменьшает боль в животе.

Неотложная помощь при разрыве трубы:

- Оценка состояния женщины;
- Холод на низ живота;
- Обеспечение периферического венозного доступа - (катетеризация периферической вены);
- Стабилизация гемодинамики;
- Транексамовая кислота 15 мг/кг внутривенно;
- Оксигенотерапия;
- Транспортировка пациентки лежа на боку на носилках;
- Мониторинг витальных функций;
- Госпитализация пациентки в гинекологическое отделение машины скорой помощи. При наличии геморрагического шока у пациентки, медицинский персонал стационара должен быть уведомлен заранее [2].

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) - это отслойка плаценты во время беременности или в первом и во втором периодах родов.

Предрасполагающие факторы:

- патология сосудов маточно-плацентарного комплекса, в результате которой спиральные артерии становятся хрупкими, теряют эластичность, что облегчает их разрыв, поражение спиральных артерий наблюдается при поздних гестозах, гипертонии, сахарном диабете, гломерулонефрите, различных видах васкулопатий;
- дефицит производных фолиевой кислоты в организме матери;
- перенесенная беременность;
- воспалительные процессы матки;
- подслизистая миома;
- аномалии развития матки;
- многоплодие;
- многоводие.

Провоцирующие факторы:

- короткая пуповина в родах;
- чрезмерная подвижность плода;
- грубые врачебные манипуляции (наружный поворот плода);
- поздний разрыв плодных оболочек, особенно при плоском плодном пузыре;
- быстрое изменение объема матки (излитие вод при многоводии);

- механическая (удар в живот, падение);
- психическая (нервный стресс и испуг);
- травмы.

Клинические проявления:

- кровотечение (наружное, внутренне, смешанное);
- боль в животе;
- гипоксия внутриутробного плода (изменение двигательной активности, нарушение сердечной деятельности плода);
- признаки геморрагического и гиповолемического шока.

При диагностике данного неотложного состояния будут выявлены следующие жалобы:

- внезапное кровотечение из половых путей;
- резкие боли в животе;
- локальная боль;
- деформация формы матки.

Физикальное обследование включает:

- наружный осмотр женщины;
- пальпация матки (выявляется её гипертонус, болезненность, отсутствие расслабления матки между схватками).

Неотложная помощь при ПОНРП[2]:

- Оценка признаков жизни внутриутробного плода (аускультация сердцебиения);
- Холод на низ живота;
- Обеспечение периферического венозного доступа - (катетеризация периферической вены);
- Стабилизация гемодинамики;
- Транексамовая кислота 15 мг/кг внутривенно;
- Оксигенотерапия;
- Транспортировка пациентки лежа на боку на носилках;
- Мониторинг витальных функций;
- Госпитализация пациентки в гинекологическое отделение машиной скорой помощи.

Апоплексия яичника (АЯ) - внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость.

АЯ классифицируется на:

- Болевую форму – не сопровождается внутрибрюшным кровотечением, характерен болевой синдром, тошнота, повышение температуры тела до 38 градусов, сухой язык.
- Анемическую форму – ведущий симптом – внутрибрюшное кровотечение, выраженной боли нет.
- Смешанную форму- характеризуется сочетанием признаков первых двух форм

Причины *АЯ*:

– Экзогенные:

- ✓ бурное половое сношение;
- ✓ верховая езда;
- ✓ травма живота;
- ✓ влагалищное исследование;
- ✓ оперативное вмешательство;
- ✓ клизма.

– Эндогенные:

- ✓ неправильное положение матки;
- ✓ сдавление сосудов, приводящее к нарушению кровоснабжения яичника;
- ✓ спаечные и воспалительные процессы в малом тазу.

У части пациенток разрыв яичника может возникнуть в состоянии покоя или во время сна. Риск возникновения кровотечений из яичника увеличивается у женщин, длительное время принимающих антикоагулянты.

Клиническая картина:

- время возникновения - обычно середина или вторая фаза менструального цикла;
- односторонние боли в нижних отделах живота с иррадиацией в задний проход и внутреннюю поверхность бедра;
- связь начала болей с физическим напряжением, половым контактом, травмой, клизмой;
- вздутие живота;
- симптомы раздражения брюшины (Блумберга-Щеткина);
- симптом Куленкамппфа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки);
- притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.
- общие признаки кровопотери (снижение давления, частый пульс, слабость, головокружение, бледность кожных покровов, тошнота).

Неотложная помощь при болевой форме АЯ:

- холод на низ живота;
- обеспечение периферического венозного доступа - (катетеризация периферической вены);
- стабилизация гемодинамики;
- транексамовая кислота 15 мг/кг внутривенно;
- оксигенотерапия;
- транспортировка пациентки лежа на левом боку с приподнятым тазовым концом на носилках;
- мониторинг витальных функций;
- госпитализация в ближайшее гинекологическое отделение в экстренном порядке;
- введение обезболивающих и спазмолитических средств противопоказано, поскольку это может затруднить дальнейшую дифференциальную диагностику с другими заболеваниями имеющими картину «острого живота» [2].

Таблица 1.

Дифференциальная диагностика острого живота в акушерстве и гинекологии

Заболевание	<i>Внематочная беременность</i>	<i>ПОНРП</i>	<i>Аноплексия яичника</i>
Показатели			
Возраст	Репродуктивный возраст	Репродуктивный возраст	Репродуктивный возраст
Наличие беременности	+	+	-
Общее состояние	Тяжёлое	Тяжёлое	Тяжёлое
Характер боли и иррадиация	Схваткообразная, острая боль с иррадиацией в прямую кишку, бедро, крестец.	Острая «кинжальная» боль с иррадиацией в поясницу	Односторонняя, схваткообразная боль с иррадиацией в поясницу
Внутреннее кровотечение	+	++	++
Наружное кровотечение	±	±	-
Цвет кровянистых выделений	Тёмно-коричневые скудные выделения	Тёмно-вишнёвые	-
АД	Понижено	Понижено	Понижено
Пульс	Тахикардия	Тахикардия	Тахикардия
Наружное акушерское исследование положение предлежание	Матка увеличена в размерах, но не соответствует сроку беременности	Асимметрия	Не проводится
Помощь на догоспитальном этапе	Оценка признаков жизни внутриутробного плода; Холод на низ живота; Катетеризация периферической вены; Стабилизация гемодинамики; Rp.: Sol. Tranexamicacidi 15mg/kg в/в Оксигенотерапия; Транспортировка пациентки лежа на носилках с приподнятым ножным концом носилок.	Оценка признаков жизни внутриутробного плода; Холод на низ живота; Катетеризация периферической вены; Стабилизация гемодинамики; Rp.: Sol. Tranexamicacidi 15mg/kg в/в Оксигенотерапия; Транспортировка пациентки лежа на носилках с приподнятым ножным концом носилок.	Оценка признаков жизни внутриутробного плода; Холод на низ живота; Катетеризация периферической вены; Стабилизация гемодинамики; Rp.: Sol. Tranexamicacidi 15mg/kg в/в Оксигенотерапия; Транспортировка пациентки лежа на носилках с приподнятым ножным концом носилок.
Развитие шока	Болевой шок	Болевой шок	Болевой шок

В заключении хотелось бы добавить, что судьба пациента во многом определяется эффективностью диагностики на догоспитальном этапе, которую осуществляют фельдшер. Помощь пациенту с синдромом

«острый живот» на догоспитальном этапе крайне ограничена, поэтому много будет зависеть от того, насколько правильно и своевременно будет поставлен диагноз и осуществлена госпитализация.

Прогноз при синдроме «острый живот» зависит от характера и тяжести основного заболевания, а так же срока прошедшего с момента начала заболевания до поступления больного в стационар, его возраста и сопутствующих заболеваний. Чем быстрее больной госпитализирован, чем раньше поставлен точный диагноз и проведено адекватное лечение, тем ниже летальность и лучше ближайшие и отдаленные результаты.

Актуальным аспектом в деятельности фельдшера при проведении дифференциальной диагностики и оказании неотложной медицинской помощи являются теоретические знания о синдроме «острый живот», умения применить и интерпретировать результаты, полученные при проведении субъективного и объективного обследования на догоспитальном этапе. Следует помнить, что в условиях ограниченного времени и при минимальных диагностических возможностях своевременно и правильно проведенный диагностический поиск позволяет эффективно применить существующие стандарты оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Литература

1. Айламазян Э.К., Акушерство: учебник / Айламазян Э. К. и др. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3316-4 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433164.html>
2. Алгоритмы оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации : пособие для медицинских работников выездных бригад скорой медицинской помощи. – СПб.: ИП Шевченко В.И., 2018. – 158 с.
3. Внематочная (эктопическая) беременность [письмо Минздрава РФ от 6 февраля 2017 г. №15-4/10/2-729]
4. Гинекология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 432с.
5. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. В 2-х т. – Том 2. Гинекология: учебное пособие / под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова. – М. : ОАО «Издательство «Медицина», 2010. – 496 с. : ил.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрирован 12.11.2020 № 60).
7. <https://bullfinch.by/articles/gynecology/vnematochnaya-beremennost-prichiny-simptomy-lechenie/> (дата обращения 11.04.2022)

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОКСИИ ПЛОДА И АСФИКСИИ НОВОРОЖДЁННЫХ

*Празян А.М.,
обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Горчуева К.В., преподаватель,
ГБПОУ «Белореченский медицинский колледж»,
г. Белореченск*

Беременность – это время радости и тревоги. Вы с трепетом и очень внимательно прислушиваетесь к изменениям в своем организме, к самостоятельной, независимой жизни собственного живота и ждете, ждете встречи. И чем ближе срок этого свидания с самым чудесным любимым существом на свете, тем нетерпеливее вы становитесь.

Внутриутробная гипоксия и гипоксия при рождении в 20-50% случаев являются причиной перинатальной смертности, 59% - причиной мертворождений, а в 72,4% гипоксии и асфиксии становятся одной из основных причин гибели плода во время родов или раннего неонатальный период.

В Международной классификации болезней и причин смерти – X (1995) внутриутробная гипоксия (гипоплазия плода) и новорожденная асфиксия были идентифицированы как независимые нозологические формы перинатального заболевания. Заболеваемость асфиксией составляет 1-1,5% (от 9% у детей с гестационным возрастом при рождении менее 36 недель и до 0,5% у детей с периодом гестации более 37 недель).

Актуальность выбранной темы курсовой работы подтверждается вышеуказанным статистическим данным.

Под гипоксией плода подразумевают комплекс изменений в его организме под влиянием недостаточного снабжения кислородом тканей и органов или неадекватной утилизации ими кислорода. Эта патология относится к числу наиболее распространенных среди перинатальной патологии и является одной из самых частых причин перинатальной заболеваемости (21-45% в структуре всей перинатальной патологии).

Гипоксию плода классифицируют по длительности течения, интенсивности и механизму развития.

В зависимости от длительности течения различают хроническую, подострую и острую гипоксию.

Хроническая гипоксия плода развивается при недостаточном снабжении плода кислородом в течение длительного периода, осложненном течении беременности и в основном связана с морфофункциональными изменениями плаценты, в частности с нарушением ее кровоснабжения вследствие дегенеративных, воспалительных и других поражений.

Подострая гипоксия обычно развивается за 1-2 дня до родов и характеризуется снижением адаптационных возможностей плода.

Острая гипоксия, как правило, возникает в родах и реже - во время беременности. Нередко наблюдается сочетание острой и хронической гипоксии плода, что является крайне неблагоприятным прогностическим фактором для плода.

Острая гипоксия плода во время беременности возникает при urgentных ситуациях в акушерстве: преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, разрыве матки, внезапной гибели матери, интраплацентарном тромбозе и др.

Хроническая гипоксия связана, с осложненным течением беременности, которое сопровождается снижением кислородного насыщения крови матери (сердечно-сосудистые и легочные заболевания), либо при плацентарной недостаточности. [1, с. 1200]

Многочисленные этиологические факторы, способствующие развитию гипоксии плода, можно разделить на 3 группы.

К 1-й группе относятся экстрагенитальные заболевания матери (сердечно-сосудистые, бронхолегочные и т.д.), синдром сдавления нижней полой вены, анемия, отравления, интоксикации, кровопотеря, шок различной этиологии, а также осложнения беременности и родов, при которых отмечается недостаток кислорода или избыток углекислого газа в организме матери.

Наиболее обширную 2-ю группу составляют нарушения плодово-плацентарного кровотока (гестоз, перенашивание беременности, угрожающие преждевременные роды, аномалии расположения плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, инфаркты плаценты, аномалии родовой деятельности, патология пуповины: обвитие вокруг шеи и туловища, выпадение и натяжение).

В 3-ю группу включены заболевания плода: гемолитическая болезнь, анемия, гипотензия, инфицирование, врожденные пороки развития, длительное сдавление головки во время родов.

Кислородная недостаточность является основным патогенетическим фактором, приводящим к нарушениям функций организма, обменных процессов и в конечном итоге - к возникновению терминального состояния.

Уменьшение насыщения крови кислородом обуславливает существенные изменения дыхательной функции крови и развитие ацидоза. В этих условиях изменяются многие параметры гомеостаза, направленность которых зависит от степени тяжести гипоксии.

На ранних этапах как проявление компенсаторных реакций организма происходит активация функций большинства систем. В дальнейшем наступает их угнетение, и в конечном итоге кислородная недостаточность вызывает деструктивные процессы в жизненно важных органах. Наиболее значительными считаются изменения макро-и микрогемодинамики, метаболизма.

В начальных стадиях гипоксии плода наблюдается универсальная компенсаторно-защитная реакция, направленная на сохранение функции жизненно важных органов и систем. Под влиянием дефицита кислорода происходят активация функции мозгового и коркового слоев надпочечников, выработка большого количества катехоламинов и других вазоактивных веществ, которые вызывают тахикардию и повышение тонуса периферических сосудов в органах, не имеющих жизненно важного значения.

Вследствие тахикардии, централизации и перераспределения кровотока увеличивается минутный объем сердца, кровообращение в мозге, сердце, надпочечниках, плаценте и уменьшается - в легких, почках, кишечнике, селезенке, коже, в результате чего развивается ишемия этих органов. На фоне ишемии возможны раскрытие анального сфинктера и выход мекония в околоплодные воды.

Длительная или тяжелая гипоксия, наоборот, приводит к резкому угнетению функции надпочечников, сопровождающемуся снижением уровня кортизола и катехоламинов в крови. Угнетение гормональной регуляции сопровождается угнетением жизненно важных центров, уменьшением частоты сердечных сокращений, снижением артериального давления, венозным застоем, скоплением крови в системе воротной вены.

Под влиянием кислородной недостаточности происходят значительные изменения параметров метаболизма: повышается активность ферментов, участвующих в окислительно-восстановительных процессах, что приводит к усилению тканевого дыхания и энергообразования в печени плода.

Основной компенсаторно-приспособительной реакцией организма плода, способствующей меньшему повреждению его тканей при недостатке кислорода, является усиление процессов анаэробного гликолиза. В результате этого происходит уменьшение количества гликогена и накопление кислых продуктов обмена (молочная кислота, кетоновые тела, лактат) в печени, сердце, мозге, мышцах и крови плода, что приводит к метаболическому или респираторно-метаболическому ацидозу. Одновременно происходит активация перекисного окисления липидов с высвобождением токсичных радикалов, которые наряду с недоокисленными продуктами обмена при прогрессировании гипоксии угнетают ферментативные реакции, снижают активность дыхательных ферментов, нарушают структурно-функциональные свойства клеточных мембран с повышением их проницаемости для ионов. Наиболее значительны изменения баланса ионов калия, которые выходят из клеточного пространства, и уровень их в плазме крови плода повышается. Аналогичные изменения происходят в отношении ионов магния и кальция.

Клиническое значение этих нарушений велико. Гиперкалиемия наряду с гипоксией и ацидозом играет важную роль в перевозбуждении парасимпатической нервной системы и развитии брадикардии. Следствием повышенной проницаемости клеточных мембран являются энергетический голод и гибель клеток. На ранней

стадии беременности патологию выявить достаточно сложно, чаще она проявляется во второй половине срока вынашивания малыша. Необходимо обращать внимание на периодичность и количество движений плода. При нормальном течении беременности должно быть не менее десяти шевелений плода в течение суток на протяжении нескольких минут с перерывами в 1-2 часа. Снижение активности часто сигнализирует о развивающейся гипоксии. Во второй половине беременности должно прослушиваться сердцебиение ребенка. [2, с. 146]

Гипоксия вызывает у плода учащенное, а на поздней стадии - замедленное сердцебиение. Тоны сердца становятся приглушёнными. В амниотической жидкости появляется меконий(первородный кал плода).

Таким образом, можно выделить следующие признаки развивающейся гипоксии плода:

- тахикардия, аритмия, брадикардия у плода;
- чрезмерно активное шевеление плода;
- слишком низкая активность плода;
- зеленоватая или бурая окраска отходящих вод.

При гипоксии плода также могут отмечаться симптомы патологии у беременной:

- сильный токсикоз;
- депрессивные состояния;
- частое утомление, беспричинная усталость;
- бессонница;
- перепады артериального давления;
- нарушение слуха и зрения.

Диагностика гипоксии основывается на оценке состояния плода. Значимость методов исследования различна, поэтому необходимо комплексное обследование.

Аускультация – выслушивание сердцебиения плода при помощи стетоскопа (специальной деревянной или металлической трубки с воронкообразными расширениями на концах). Оценивается частота сердечных сокращений, ритм, звучность сердечных тонов, наличие шумов. Однако точность получаемых результатов не соответствует современным требованиям (ошибка в подсчете частоты сердечных сокращений может составить 10-15 ударов в минуту; кроме того, невозможен подсчет сердечных сокращений во время схваток).

Кардиотокография(КТГ) - наиболее широко применяемый метод. Используется ультразвуковой датчик, фиксирующийся на животе беременной в точке наилучшего выслушивания сердцебиения плода. Сердечные сокращения при этом записываются на бумаге. Особенное диагностическое значение имеют частота сердечных сокращений (норма - 120-160 ударов в минуту) и частота акцелерации(учащения сердечных сокращений) и децелераций (урежения сердечных сокращений). Акцелерации и децелерации могут быть связаны со схватками либо возникают в ответ на шевеление плода или повышение тонуса матки. Появление акцелерации в ответ на движение плода или повышение тонуса матки (не менее 5 за 30 минут) свидетельствует о благополучном состоянии плода. Децелерации в норме должны отсутствовать (допускаются лишь единичные).

В рамках кардиотокографии проводят нестрессовый тест (НСТ) - измерение только акцелерации (ускоренного развития живого организма). Суть метода заключается в появлении акцелерации в ответ на самопроизвольные движения плода или спонтанные сокращения матки. Нестрессовый тест в 99% случаев является достоверным критерием благополучного состояния плода. Отсутствие учащения сердцебиения (нерактивный НСТ), особенно при повторном исследовании, может свидетельствовать о напряжении и истощении адаптационных и приспособительных реакций плода.

Для повышения диагностической и прогностической точности используемых методов оценки состояния плода их используют в комплексе с определением так называемого биофизического профиля плода (БФП) по пяти составляющим: большим движениям туловища плода, дыхательным движениям, мышечному тону плода, нестрессовому тесту и объему околоплодных вод.

Допплерометрия- исследование кровотока в сосудах матки, пуповины и плода. Характер и степень выраженности нарушений в различных звеньях кровообращения в системе «мать - плацента - плод» позволяет оценить степень выраженности гипоксии и прогнозировать дальнейшее течение беременности. Также применяются электрокардиография (ЭКГ) плода, биохимические и гормональные методы исследования крови матери (имеет значение концентрация в крови определенных ферментов, продуктов окисления жиров, кислотно-щелочное равновесие крови матери и пуповинной крови плода).

Таким образом, современным уровнем медицины позволяет выявить наличие гипоксии «по горячим следам», на самой ранней её стадии. Для этого существует ряд диагностических методов:

- анализ на биохимический состав крови и гормоны;
- прослушивание стетоскопом тонов сердца (выявление брадикардии и тахикардии);
- амниоскопия;
- ультразвуковое исследование;
- кардиотокография;
- ЭКГ;
- доплерометрия(исследование кровеносной системы, анализ кровообращения на всех её участках).

Принципы лечения:

1. Расширение маточно-плацентарных сосудов.
2. Расслабление мускулатуры матки.

3. Нормализация реокоагуляционных свойств крови.
4. Активация метаболизма плаценты и миометрия.

Лечение:

1. Ингаляции кислорода: вдыхание беременной 40-60 % кислородно-воздушной смеси в количестве 4-5 л/мин в течение 30-60 мин 1-2 раза в день.
2. Кислородный коктейль или кислородная пена: 150-200 мл в течение 5-10 мин и более за 1,5 часа до еды или через 2 часа после еды.
3. ГБО для лечения гипоксии матери и плода.
4. Эстрогены - влияют на обменные процессы в эндометрии, увеличивают проницаемость плаценты, увеличивают переход глюкозы и питательных веществ к плоду.
5. Токолитики(β -адреномиметики) для нормализации маточно-плацентарного кровотока и активации метаболизма: гинипрал, бриканил в/в на растворе глюкозы по 0,5 мг длительно.
6. Дезагреганты для улучшения реокоагуляционных свойств крови: трентал, низкомолекулярные декстраны и антикоагулянты: гепарин по 20000 ЕД/сут п/кожно или в/в.
7. Препараты, влияющие на метаболизм: АТФ, кокарбоксилаза, фолиевая кислота, метионин, витамин С.
8. Мембраностабилизаторы(обязательно при лечении хронической гипоксии): эссенциале-форте или липостабил по 2 капсулы 3 раза в день или в/в по 5 мл и антиоксиданты : витамин Е по 600 мг/сут, аскорбиновая кислота по 600 мг/сут, глутаминовая кислота по 0,3 г/сут.
9. Для ускорения созревания сурфактантадексаметазон 4 раза в день в течение 2-3 суток, разовая доза 2 мг, суточная- 8 мг, курсовая 16-24 мг.

В родах терапию изменяют в зависимости от акушерской ситуации, выбирая быстродействующие эффективные препараты (глюкоза, увлажненный кислород, эуфиллин, кокарбоксилаза, сигетин, аскорбиновая кислота), введение которых предшествует оперативному родоразрешению(КС, акушерские щипцы, извлечение плода за тазовый конец, вакуум-экстракция, перинео-или эпизиотомия).

Во время беременности терапия хронической гипоксии плода должна быть комплексной, направленной на лечение основного заболевания/осложнения у женщины и нормализацию плацентарного кровообращения. Назначают постельный режим, при котором улучшается кровоснабжение матки; токолитики(β -адреномиметики) - бриканил, гинипрал; препараты, улучшающие реологические свойства крови (трентал, курантил, актовегин), антикоагулянты (гепарин, фраксипарин).

При хронической гипоксии плода целесообразно применять мембраностабилизаторы(эссенциале-форте, липостабил) и антиоксиданты (витамин Е, аскорбиновая кислота, глутаминовая кислота).

При неэффективности комплексной терапии, сокращающихся симптомах выраженной хронической гипоксии плода, а также при острой гипоксии плода показано экстренное родоразрешение- кесарево сечение. [3, с. 45]

Профилактика гипоксии плода и асфиксии новорожденного должна основываться на ранней дородовой диагностике и состоять из следующих компонентов:

1. Своевременная госпитализация беременной из группы риска развития гипоксии плода.
2. Проведение интенсивной терапии акушерской и экстрагенитальной патологии беременных.
3. Выбор адекватных методов родоразрешения.
4. Комплексная терапия гипоксии плода, включающая коррекцию расстройств гемодинамики, микроциркуляции, нарушений метаболизма, функции фетоплацентарного комплекса.

В процессе родов лечение и профилактика гипоксии плода, асфиксии новорожденного обязательны в следующих случаях:

- слабость родовой деятельности и длительный безводный период при несвоевременном излитии вод;
- перенашивание беременности;
- гестозы(длительнотекущие или тяжелые формы);
- тазовое предлежание плода;
- изосерологическая несовместимость крови матери и плода.

Как только ребенок появляется на свет, врачи сразу же оценивают его состояние и физическое развитие. Но измеряют крохе не только вес и рост, есть и другие характеристики, по которым можно судить о том, насколько ребенок здоров. Для этого используют специальную шкалу, предложенную врачом-анестезиологом Вирджинией Апгар и названную ее именем.

Шкала Апгар нужна для того, чтобы определить, каким детям требуется больше внимания. Согласно данной шкале, состояние здоровья каждого новорожденного оценивают по пяти показателям: это частота сердечных сокращений, дыхание, мышечный тонус, рефлексы и цвет кожи младенца.

Оценка по шкале Апгар – независимо от того, какой она будет (низкой или высокой), – это еще не диагноз. Это – сигнал для врача о том, какие мероприятия сейчас нужны или, наоборот, не нужны ребенку. В зависимости от результатов оценки могут назначить дополнительное обследование: анализы крови, мочи, исследование на внутриутробные инфекции, УЗИ, нейросонографию. И уже после этого решается, что дальше делать – наблюдать или лечить ребенка.

Во время осмотра за каждый признак (частоту сердечных сокращений, дыхание, мышечный тонус, рефлексы и цвет кожи) дают 0, 1 или 2 балла. Оценка в 2 балла в родильном зале считается высшей и означает,

что признак выражен ярко, 1 балл – выражен слабо, 0 баллов – признак отсутствует. Оценивают ребенка по шкале Апгар на 1-й и на 5-й минутах жизни, поэтому оценки всегда две, например 8/9 баллов или 9/10 баллов. Максимальные 10 баллов в первую минуту жизни дети набирают редко и обычно первая оценка всегда ниже, чем вторая. А вот вторая оценка как раз и может равняться 10 баллам.

Состояние детей, которые набирают от 7 до 10 баллов, считается хорошим и им обычно требуется лишь обычный уход. Те, кто набрал от 4 до 6 баллов, находятся в удовлетворительном состоянии, и им могут оказаться нужны лишь некоторые реанимационные процедуры. Немедленное оказание помощи для спасения жизни необходимо тем, чей результат ниже 4. [4, с. 199]

Как уже говорилось, первая оценка по шкале Апгар всегда ниже второй. У большинства новорожденных состояние через 1 минуту после рождения оценивается в 7–8 баллов по шкале Апгар, а через 5 минут – в 8–10 баллов. И это говорит о том, что ребенок родился в удовлетворительном (нормальном) состоянии. Если же оценка по шкале Апгар на 1-й минуте низкая, то будет важна положительная динамика к 5-й минуте. Если баллы к 5-й минуте увеличатся на 2 и более, то, скорее всего, прогноз для здоровья будет благоприятным. Если же через 5 минут после рождения оценка по шкале Апгар не превышает 6 баллов, надо будет проводить интенсивную терапию или продолжать реанимационные мероприятия. Так что главная задача шкалы Апгар – быстрая оценка того, нужна ли ребенку медицинская помощь и в каком объеме.

Максимальные 10 баллов в первую минуту жизни дети набирают редко, и обычно первая оценка всегда ниже, чем вторая. А вот вторая оценка как раз и может равняться 10 баллам

При низкой оценке по шкале Апгар на 1-й минуте жизни малыша крайне важна положительная динамика – прибавка 2 и более баллов к 5-й минуте жизни

У большинства новорожденных состояние через 1 минуту после рождения оценивается в 7–8 баллов по шкале Апгар, а через 5 минут – в 8–10 баллов.

Асфиксия новорожденного - патологическое состояние, обусловленное нарушением газообмена в виде недостатка кислорода, избытка углекислоты и метаболического ацидоза, который возникает вследствие накопления недоокисленных продуктов обмена.

Асфиксия новорожденного - это терминальное состояние, связанное с нарушением механизмов адаптации при переходе от внутриутробного существования к внеутробному.

Факторы, способствующие рождению ребенка в асфиксии:

1. Состояние матери - возраст первородящей 35 лет; сахарный диабет; гипертоническая болезнь; хронические заболевания почек; анемия (Hb <100 г/л); поздний гестоз; многоводие; изоиммунизация по системе АВО и резус-фактору; многоплодная беременность; предлежание плаценты; отслойка плаценты и связанное с ней кровотечение до начала родовой деятельности; алкогольная интоксикация; употребление наркотиков, барбитуратов, транквилизаторов и психотропных средств; воспалительные заболевания гениталий во время беременности; инфекционные заболевания во время беременности, особенно в последнем триместре.

2. Условия рождения: преждевременный разрыв плодных оболочек; аномалии положения плода; тазовое предлежание; длительные роды; нарушение кровообращения в пуповине (прижатие, обвитие, короткая пуповина); акушерские щипцы или вакуум-экстракция плода; падение АД матери; введение седативных средств или анальгетиков внутривенно за 1 ч до родов или внутримышечно за 2 ч.

3. Состояние плода: задержка внутриутробного развития; переносенный плод; недоношенный плод; незрелость сурфактантной системы легких; отхождение мекония в околоплодные воды; нарушение сердечного ритма; дыхательный и метаболический ацидоз; уродства плода.

В основе лежит нарушение гемодинамики у плода, возникающее вследствие расстройства маточно-плацентарного кровообращения. В результате гипоксии у плода изменяется функциональное состояние стволовых отделов мозга, что способствует преждевременному возникновению глубоких вдохов и аспирации околоплодных вод. При нарастании ацидоза наступает угнетение дыхательного центра. В случае затянувшейся асфиксии быстро усугубляется гипоксическое поражение нервных клеток. [5, с. 307]

По степени тяжести выделяют два основных типа асфиксии:

1. Асфиксия средней степени тяжести - Апгар в 1-ю минуту жизни 4-6 баллов, через 5 минут 8-10 баллов.

2. Асфиксия тяжелой степени: Апгар в 1-ю минуту жизни 0-3 балла, к 5-й минуте 6-7 баллов.

Клиническая картина асфиксии зависит от ее тяжести.

При умеренной гипоксии состояние ребенка после рождения обычно считается умеренным. В первые минуты жизни ребенок вялый, двигательная активность и реакция на экзамен снижаются. Крик не эмоциональный. Рефлексы у новорожденных уменьшаются или депрессия. При аускультации сердца - тахикардия, тоны усиливаются или приглушаются. Можно расширить границы относительной сердечной тупости. Дыхание аритмичное, с вовлечением вспомогательных мышц, возможно наличие проволочных разноликих погремущек. Покрытия для кожи часто синяки, но на фоне оксигенации быстро становятся розовыми. Это часто сохраняет акроцианоз.

В течение первых 2-3 дней жизни у этих новорожденных проявляется изменение синдрома депрессии на синдром гипервозбудимости, проявляющееся мелкокаштаным трепором конечностей, гиперестезией, регургитацией, нарушением сна, депрессия или подавление рефлексов опоры, адинамия. Однако изменения в физиологических рефлексах новорожденных и мышечном тоне индивидуальны. При адекватной терапии

состояние детей, перенесших острую умеренную асфиксию, быстро улучшается и становится удовлетворительным к концу раннего неонатального периода.

При тяжелой гипоксии состояние ребенка при рождении тяжелое или очень тяжелое, вплоть до клинической смерти. Реакция на осмотр может отсутствовать. Рефлексы новорожденных угнетены или резко снижены, наблюдается адинамия. Кожные покровы цианотичные, бледные с «мраморным рисунком» (нарушение микроциркуляции). Самостоятельное дыхание аритмичное, поверхностное; в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, возможно периодическое его отсутствие (первичное, вторичное апноэ). Аускультативно дыхание ослаблено. При аспирационном синдроме в легких выслушиваются разнокалиберные хрипы. Тоны сердца глухие, брадикардия, часто выслушивается систолический шум гемодинамического характера. При пальпации живота отмечается умеренное увеличение печени. Меконий часто отходит во время родов.

В случае продолжительной острой асфиксии клиника близка к шоку. Имеются выраженные признаки периферических (белых пятен) симптомов и центральной гемодинамики (артериальная гипотония, снижение CVP). В неврологическом статусе имеются признаки комы или сопора (отсутствие ответа на исследование и болевые стимулы, адинамию, рефлексию, атонию, реакция учеников на свет слаба или отсутствует, возможны местные симптомы глаз). Может быть отсутствие самостоятельного дыхания. Тоны сердца глухие, слышен грубый систолический шум, хорошо проводящийся на судах и экстракардально. При явлении сердечной недостаточности происходит расширение границ относительной сердечной тупости. В легких на фоне ослабленного дыхания (ателектаз) можно услышать влажное, различное свистящее дыхание (следствие аспирации). Из желудочно-кишечного тракта возникает гепатомегалия, могут быть признаки динамической непроходимости кишечника вследствие ишемических и метаболических нарушений. На фоне стабилизации состояния есть признаки гипертонического синдрома, судороги часто наблюдаются на фоне стойкой мышечной гипотензии, отсутствия сосания и глотательных рефлексов. С 2-3 дней с благоприятным курсом происходит нормализация гемодинамики, дыхания, неврологического статуса (физиологические рефлексы, глотание, а затем сосательные рефлексы). [6, с. 134]

Диагноз асфиксии основан на акушерском анамнезе, курсе труда, показателях Апгар и клинических и лабораторных данных.

Диагноз асфиксии ставят на основании акушерского анамнеза, течения родов, оценки по шкале Апгар, данных клинико-лабораторных исследований.

1. Антенатальная диагностика.

Мониторинг частоты сердечных сокращений плода (кардиотокография- КТГ) - брадикардия и децелерации частоты сердцебиений плода свидетельствуют о гипоксии и нарушении функции миокарда.

Ультразвуковое исследование показывает снижение двигательной активности, дыхательных движений и мышечного тонуса плода (биофизический профиль).

2. Интранатальная диагностика.

Мониторинг частоты сердечных сокращений плода.

Обнаружение мекония в околоплодных водах.

Определение рН и рО₂ в крови, взятой из кожи головы плода.

Определение рН и рО₂ артериальной и венозной крови, взятой из сосудов пуповины плода.

3. Диагноз асфиксии новорожденного устанавливается на основании:

Величины оценки по шкале Апгар Показателей рН, рО₂ и рСО₂ крови, взятой из пупочной вены, а лучше артерии во время или сразу после проведения реанимационных мероприятий.

Величины дефицита оснований как величины тяжести метаболического ацидоза и степени компенсации, достигнутой в результате первичной реанимации.

4. Необходимость оценки других систем организма:

Сердечно-сосудистая (ЭКГ, АД, ЧСС, рентгенография органов грудной клетки).

Мочевыделительная система (определить исходный уровень мочевины и креатинина в сыворотке крови, СКФ, минутный или суточный диурез, относительную плотность мочи, антидиуретический гормон).

Печень (определение печеных ферментов, уровня билирубина и факторов свертывания крови).

Головной мозг (общий осмотр направленный на неврологический статус, нейросонография, энцефалография, компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс).

Контроль за осмолярностью плазмы и уровнем электролитов, КОС, глюкозы в сыворотке крови.

Диагноз асфиксии формулируется следующим образом: Асфиксия новорожденного умеренной (тяжелой) степени. Если в анамнезе, имеет место, наличие длительной антенатальной гипоксии плода и ребенок родился с оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте 7 и ниже баллов, диагноз может быть сформулирован как: Асфиксия новорожденного умеренной (тяжелой) степени на фоне внутриматочной гипоксии плода.

Все дети, родившиеся с низкой оценкой по шкале Апгар, подлежат мониторинговому наблюдению.

Выделяют клинический, лабораторный и аппаратный мониторинг.

Клинический мониторинг: контроль массы тела (2 раза в сутки); динамика неврологического и соматического статуса; учет объема жидкости (питание, инфузия) и состава (калораж, белки, углеводы, жиры); учет объема всех потерь жидкости; контроль диуреза; оценка симптома «белого пятна» при каждом осмотре.

Аппаратный мониторинг: регистрация ЧСС, АД, ЧД, ЦВД, сатурации.

Лабораторный мониторинг: клинический анализ крови + Ht, Tg, ретикулоциты, цветной показатель; КОС и электролиты (K, Na, Mg, Ca); биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, СРБ, билирубин по фракциям, трансаминазы, креатинин, мочевины), клинический анализ мочи; осмолярность крови и мочи; коагулограмма (АПТВ, ПТИ, тромбиновое время, время кровотечения, фибриноген); посевы биологических секретов; обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости; УЗИ головного мозга и органов брюшной полости; ЯМР.

1. Первый этап. Первичная реанимация при рождении ребенка в асфиксии проводится в родильном зале.

Отсасывание содержимого носовых ходов и полости рта производится во время родов после прорезывания головки.

После отсечения пуповины новорожденного кладут с наклоном головы (15°) на стол, обогреваемый источником лучистого тепла.

Интубация при рождении ребенка в тяжелой асфиксии.

В случае брадикардии (80 уд/мин) проводится массаж сердца с частотой 100-120 движений в минуту, координируя его с ИВЛ 100 % кислородом до тех пор, пока собственный сердечный ритм ребенка не достигнет 100 уд/мин.

Катетеризация пупочной вены и введение 5-10% раствор глюкозы вместе с кокарбоксилазой (8-10 мл/кг) - улучшает метаболизм, увеличивая образование АТФ, способствует нормализации состава электролитов в клетках и устранению внутриклеточного ацидоза.

Если сердечная деятельность не восстанавливается или сохраняется брадикардия, необходимо ввести внутривенно 0,05-0,1 мл 0,1% раствора атропина, а при отсутствии эффекта - 0,1 мл 0,1% адреналина (можно ввести непосредственно в эндотрахеальную трубку).

С целью борьбы с медикаментозной депрессией вводят налоксон (0,01 мл/кг внутривенно или внутримышечно или этимизол 0,1 мл/кг). [7, с. 405]

При асфиксии на фоне длительной хронической внутриутробной гипоксии для устранения возможного метаболического ацидоза ребенку после восстановления адекватного легочного дыхания следует вводить 5% раствор натрия бикарбоната в дозе 2-2,5 мл/кг.

Если через 5 мин после начала реанимационных мероприятий оценка новорожденного по шкале Апгар остается не выше 6 баллов, рекомендуется ввести внутривенно раствор преднизолона (1 мг/кг) или гидрокортизона (5 мг/кг).

В случае эффективности проводимых мероприятий частота сердечных сокращений и артериальное давление возрастают, увеличивается пульсовое давление, падает центральное венозное давление и ребенок розовеет.

При рождении ребенка в асфиксии средней тяжести достаточно эффективной оказывается вентиляция 100-процентным кислородом через маску.

2. Второй этап реанимации состоит в оценке эффективности ИВЛ и адекватности объема циркулирующей крови. ИВЛ через 3 мин прекращают на 15-30 с, чтобы проконтролировать появление спонтанных дыхательных движений. Если самостоятельное дыхание недостаточно эффективно, ИВЛ должна быть продолжена.

3. Третий этап реанимации включает переход на самостоятельное дыхание, профилактику вторичной гипоксии, коррекцию нарушений метаболизма. Если через 20 мин от начала реанимации самостоятельное дыхание не восстанавливается, оживление ребенка следует прекратить.

После завершения реанимационных мероприятий врач обязан заполнить «Карту первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале» - учетную форму 097-1/у-95. Следует подчеркнуть, что в организации реанимационной помощи важным является заблаговременное обучение персонала и оснащение родильного блока необходимым оборудованием.

Нарушения кровообращения и глубокие метаболические сдвиги, возникающие в организме в результате гипоксии, определяют неврологические симптомы, которые напоминают клиническую картину постнестезионного заболевания у взрослых: начальный этап угнетения функций заменяется стадией общего возбуждения, характеризующегося расстройством сна, появлением экстензорной гипертензии и различные моторные автоматии.

Длительное расстройство сна и судорожный синдром сами по себе значительно усугубляют метаболические нарушения в мозге, приводят к накоплению токсичных продуктов, что в определенной степени определяет неблагоприятный исход заболевания. Поэтому необходимо использовать фармакологические средства, которые снимают судорожную готовность и способствуют наступлению сна (седуксен внутривенно или внутримышечно по 1 мг до достижения клинического эффекта, ГОМК по 100 мг/кг/24 ч).

В комплексе лечебных мероприятий важная роль принадлежит инфузионной терапии, основными задачами которой являются: нормализация гемодинамики, водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния крови, обеспечение диуреза и доставка ребенку энергетического и пластического материала. При определении объема вводимой жидкости следует исходить из минимальных потребностей организма новорожденных для покрытия нужд основного обмена и потерь влаги через кожу, легкие, кишечник и почки. Основу инфузата составляет 10 % раствор глюкозы. С целью дегидратации вводят плазму (10-15 мг/кг), альбумин (10 % раствор из расчета 7-10 мл/кг), маннитол (10 % раствор по 10 мл/кг), лазикс (0,2 мл 1 % раствора)

Для восполнения объема циркулирующей крови и улучшения ее реологических свойств и микроциркуляции назначают трентал.

Помимо инфузионной терапии следует применять антиоксиданты (витамины А, Е, С), глютаминовую кислоту. При наличии метаболического ацидоза с целью ощелачивания крови используют кокарбоксылазу и/или 4 % раствор бикарбоната натрия. Коррекцию содержания натрия, калия, кальция проводят при наличии лабораторных данных о составе электролитов крови. Для этого используют 10 % раствор хлорида натрия, 7,5 % раствор хлорида калия, 10 % раствор глюконата кальция.

С целью улучшения сократительной способности миокарда, ликвидации легочной гипертензии, гиповолемии и гипергидратации рекомендуются сердечные гликозиды. Для лечения гипотензии, улучшения сердечного выброса и почечной функции используют допамы. [8, с. 344]

Хотя внутриутробная гипоксия - диагноз серьезный, однако болезнь развивается не вдруг. Поэтому не пренебрегайте регулярным наблюдением у врача, поскольку, как уже не раз говорилось, предотвратить осложнения легче, чем их лечить.

Ближайший и долгосрочный прогноз определяется тяжестью асфиксии новорожденного, полнотой и своевременностью медицинской помощи. Для оценки прогноза первичной асфиксии проводится оценка состояния новорожденного с точки зрения шкалы Апгар в течение 5 минут после рождения. При увеличенной оценке прогноз на всю жизнь считается благоприятным.

В первый год жизни у детей, родившихся в асфиксии, часто возникают синдромы гипер-и гиповозбудимости, гипертензивно-гидроцефальная или судорожная перинатальная энцефалопатия, диэнцефальные (гипоталамические) расстройства. Часть детей может быть фатальной из-за последствий удушья.

В наше время акушерство и гинекология уделяют большое внимание внедрению эффективных мер по предотвращению патологии новорожденных, в том числе асфиксии новорожденных, и ранее гипоксии плода.

Меры по предотвращению развития гипоксии плода и асфиксии новорожденных включают своевременное лечение экстрагенитальных заболеваний у беременных женщин, лечение беременности с учетом существующих факторов риска, внутриутробный мониторинг плаценты и плода (доплерография маточно-плацентарного кровотока, УЗИ).

Профилактикой должна заниматься и сама женщина, отказавшись от вредных привычек, соблюдая рациональный режим, выполняя предписания акушера-гинеколога.

Профилактика асфиксии новорожденного во время родов требует оказания грамотного акушерского пособия, предупреждения гипоксии плода в родах, освобождения верхних дыхательных путей ребенка.

В данной работе было рассмотрено понятия гипоксии плода и асфиксии новорожденных, выделены основные факторы риска данных состояний и изучен их патогенез и клиническая картина. Также были описаны критерии и методы диагностики. В последней главе подробно описана терапевтическая тактика в случае рождения ребенка в асфиксии.

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство. /под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2019 - 1200 с.
2. Ветчинкина Ю. В., Скоромец А. П. Поиск биомаркеров церебральной гипоксии у новорожденных // Известия Коми НЦ УрО РАН. 2020 - 146 с.
3. Воскресенский С.Л., Шилкина Е.В., Зеленко Е.Н., Тесакова М.Л., Мосько П.Л., Федосеева Н.А. Активация родовой деятельности окситоцином – фактор риска гипоксии плода и новорожденного // Медицинские новости. 2020 - 45 с.
4. Кузнецов П.А., Козлов П.В. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного // Лечебное дело. 2019 - 199 с.
5. Попова Клавдия Евгеньевна, Галянт Оксана Игоревна, Сенькевич Ольга Александровна Неонатальная адаптация детей-реконвалесцентов реанимации при рождении. 2019 - 307 с.
6. Тулякова Ольга Валерьевна Влияние экологических и социально-биологических факторов риска на протекание беременности, родов и состояние плода // Гигиена и санитария. 2020 - 134 с.
7. Шакалов Н.П. Неонатология. Учебное пособие в 2-х т. Т.1. 6-е издание. СПб.: «Гэотар-Медиа», 2021 - 405 с.
8. Хитров Н.К., Пауков В.С., Адаптация сердца к гипоксии, М., Медицина, 2020 - 344 с.

ЗНАЧИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

*Рыбина Т.С.
обучающаяся 4 курса.
Научный руководитель
Смолина Т.С.,
преподаватель,*

ГБПОУ НО «НМК» Богородский филиал

Демографическая ситуация на сегодняшний день определяется как кризисная. Следствие этого кризиса происходит уменьшение рождаемости, ухудшается здоровье взрослых и детей, сокращается средняя продолжительность жизни населения страны. Сейчас определились приоритеты внутренней политики, охраны семьи, материнства и детства. Правовое поле влияния государства на улучшение положения женщины, семьи, детей укрепились с принятием Конституции, Закона об образовании, Основ законодательства о здравоохранении, Закона о государственной помощи семьям с детьми. В нашем обществе в современных условиях наименее защищенной демографической группой считают женщин. Эти льготы и стимулы должны распространяться не только до родов и после родов, в периоде ухода за родившимся ребенком, а и на восстановление и укрепление здоровья женщин после каждого родов, независимо от их последствий [2].

Тема лечения пациенток акушерско-гинекологического профиля была и актуальна всегда. Акушерство — самая древняя область медицины. В течение многих веков вырабатывались нормы поведения, которые определяли и определяют отношения между врачом, с одной стороны, и беременной, роженицей, родильницей, больной и ее родственниками — с другой. Они закреплялись в письменных трактатах, а также передавались из уст в уста от поколения к поколению. Те из них, которые многократно выверены жизнью, приобрели форму ценностей, нарушение которых считается предосудительным. К ним относится, например, принцип доминанты интересов матери, ребенка и их родственников. В современном обществе нормы взаимоотношений в акушерстве и гинекологии закрепляются юридически [1].

При гинекологическом обследовании проявление стыдливости у женщин совершенно естественно, и к этому нравственному явлению нужно относиться с должным уважением. Для установления хорошего контакта с больными необходимы тактичность и осторожность при беседе и обследовании. Тактичность врача предполагает сдержанную и спокойную реакцию на получаемую в ходе беседы информацию. При проведении манипуляций важно, чтобы медицинская сестра помогала врачу-гинекологу, особенно, если врач — мужчина [3].

В гинекологической практике перед медицинскими работниками очень часто встает проблема совместно с лечением соматического заболевания оказать и психологическую помощь своим пациенткам, для которых более существенны не сами по себе гинекологические заболевания (их тяжесть, возможность инвалидизации и хронизации), а представление о том, как эти болезни отражаются на отношении к ним близких, родственников, сослуживцев и иного окружения. Объективные критерии тяжести заболевания как бы отходят на второй план и не признаются принципиально значимыми. Различные исследования в психосоматическом направлении, связанные с изучением внутренней картины болезни, социокультурных стереотипов по отношению к больному той или иной нозологии, свидетельствуют о том, что любая болезнь, независимо от того, какова ее биологическая природа, какой орган или функциональные системы оказываются пораженными ею, ставит человека в психологически особые жизненные условия. Поэтому, огромное значение имеет то, как человек справляется с таким событием, какие компенсаторные механизмы вступают в действие и каким образом они меняют личность больного человека.

Психологическое сопровождение играет большую роль в оказании сестринской помощи гинекологическим больным. Успех лечения в немалой степени определяется формой и качеством сестринского ухода за больными. Важным является не только качественное выполнение медицинской сестрой лечебных процедур и манипуляций, но и соблюдение ей моральных и этических норм поведения. Большое значение имеет понимание психологического состояния пациенток. Услышанное пациентками слово, неосторожно сказанное персоналом, а иногда и не имеющее к ней отношение, может вызвать психическую травму, препятствующую выздоровлению. Медицинская сестра обязана быть всегда выдержанной, приветливой, внимательной к любым просьбам больных. Чуткость, моральная поддержка, душевная теплота нужны больным не меньше, а может быть и больше, чем лекарственные препараты. Хорошо известно, что слово может помочь лечению, но может и ухудшить состояние больных. Особенно осторожно надо высказываться о тяжести заболевания в присутствии больных. Медицинская сестра должна помнить, что сообщать больным о наличии неизлечимого заболевания или о предполагаемых осложнениях после операции недопустимо. В общении с больными медицинская сестра должна быть психологом и определить индивидуальный метод общения с каждым, ни в коем случае не вступать с пациентами в пререкания, не создавать конфликтных ситуаций.

Особое место занимает психологическая помощь беременным женщинам, которая может быть направлена на актуализацию и осознание ими радости материнства, собственной женственности, которые согласуются с более широкими представлениями о своей личности, нахождением способов ее проявления в контактах с внешней средой, а также свободным выбором и принятием ответственности за их реализацию. С психологической точки зрения работа в период беременности должна быть сфокусирована на следующих моментах:

- ознакомление с физиологическими аспектами протекания беременности и связанными с ними изменениями в данный период;
- предоставление будущей матери информации о возможных эмоциональных и поведенческих особенностях, характерных для женщин, в период вынашивания ребенка;
- прояснение актуальных желаний и ожиданий в отношении своей жизни и жизни будущего ребенка;
- рассмотрение ситуаций, складывающихся при взаимодействии с близкими значимыми людьми;
- помощь в осознании своих чувств и внутриличностных конфликтов;
- работа с фобиями [3].

Важная задача в акушерско-гинекологической практике связана с преодолением страха перед беременностью. Внимание молодых женщин следует обратить на естественное природное предназначение женщины и ценность материнства. Следует объяснить возможные неблагоприятные последствия от применения противозачаточных средств и предупредить о вероятности побочных явлений от приема противозачаточных таблеток.

В последние годы значительно повысилась роль среднего медицинского персонала, что предъявляет особые требования к ее образованию, объему знаний и практических профессиональных навыков. Деятельность среднего медицинского персонала в системе родовспоможения должна быть направлена на сохранение здоровья, репродуктивной функции женщины, чтобы рожать здоровых детей. Средний медицинский персонал, осуществляя сестринский процесс в оказании акушерской и гинекологической помощи, оказывает лечебную и профилактическую помощь женщинам и семье в различные периоды их жизни, осуществляет наблюдение, обследование, реабилитацию, обеспечивает уход и необходимую помощь. Средний медицинский персонал исполняет роль советчика, наставника, помощника по отношению к женщине и ее семье. Она должна осуществлять все этапы сестринского процесса: проводить первичную оценку, выявлять проблемы пациентки, планировать свою работу, осуществлять запланированный уход, сделать выводы своего ухода. Средний медицинский персонал по штатному расписанию работают на фельдшерском акушерском пункте, в процедурном, хирургическом, физиотерапевтическом кабинетах женской консультации, а также на приеме с врачами, обследующими беременных, в гинекологическом отделении, в отделении новорожденных родильного дома. Средний медицинский работник должна знать факторы риска, клинические проявления, осложнения, профилактику гинекологических заболеваний, уметь подготовить пациентку к диагностическим процедурам, обеспечить инфекционную безопасность пациентки и персонала. Средний медицинский работник должна уметь оказать первую помощь при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии, принять роды в экстремальных ситуациях. В настоящее время создана многоуровневая система обучения медицинского персонала со средним медицинским образованием, во многих высших медицинских учебных заведениях нашей страны открываются кафедры высшего сестринского образования, осуществляется последиplomная подготовка специалистов высшего сестринского образования. Все это говорит о повышении потребности в квалифицированных кадрах, при этом роль среднего медицинского персонала в структуре медицинских работников сестринского персонала продолжает оставаться на переднем плане по многим причинам.

В основе этичности взаимоотношений медицинского персонала с беременной женщиной лежат:

- готовность оказать помощь и проявить заботу и интерес к пациентке;
- уважение к ценностным ориентациям беременной женщины, к ее восприятию жизни;
- умение принимать другие взгляды, понимать нежелательные или отрицательные формы поведения с выделением положительных тенденций;
- умение сопереживать, т.е. умение поставить себя на место беременной женщины, так как сопереживание имеет решающее значение для установления доверительных отношений;
- умение слушать и концентрировать внимание на том, что говорит пациентка.

Принципы этикета общения предполагают:

- умение перенести внимание с себя на говорящего пациента, во время беседы не перебивать его вопросами, комментариями, интерпретациями, а терпеливо слушать, ожидая паузу или окончание высказывания;
- устранение отвлекающих факторов: звонков, других людей, шума, работы, действий с какими-либо предметами (ручкой, бумагой), так как внимание должно быть сосредоточено на говорящем пациенте;
- открытый взгляд (по не пристальное рассматривание) на пациента, что позволит тому понять, что он значим и то, что он говорит, важно;
- стремление понять основной смысл слов пациента, его эмоции и чувства, не спешить с суждениями (поспешные выводы могут быть ошибочными и даже опасными);
- необходимость понимания, о чем человек избегает говорить: в этом часто и заключается болезненная проблема;
- старание не проявлять эмоциональные реакции (удивление, гнев, печаль), которые являются помехой в достижении доверия врачу.

Акушерка, медицинская сестра или врач должны учитывать чувства беременной женщины. Это имеет решающее значение для предотвращения конфликтов, обид и упреков в невнимательности со стороны персонала [1]. Поведение медицинской сестры должно внушать уважение к ней, создавать у больных уверенность, что она все знает и все умеет, что ей можно доверить свое здоровье и жизнь [2].

Типичной ошибкой гинеколога на первом приеме является вопрос врача: «Вам направление на аборт?» — без предварительной беседы о состоянии и намерениях женщины при факте установления беременности. Из бесед с большим числом беременных и рожениц установлено, что радость в связи с подтверждением беременности омрачается воспоминаниями об этом вопросе на приеме у гинеколога.

Каждой женщине с первых минут установления факта беременности необходима доброжелательная, заинтересованная поддержка, способствующая вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка.

Еще совсем недавно в нашей стране присутствие мужа при родах у жены считалось недопустимым. Однако сегодня действующий Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ст. 21 предусматривает, что «отцу ребенка или иному члену семьи предоставляется право при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья присутствовать при рождении ребенка». Практика показывает, что привлечение отца ребенка к поддержке беременной как в период подготовки ее к родам, так и в процессе самих родов позволяет более успешно создавать атмосферу уверенности в благоприятном завершении беременности, помогает управлять родами, способствует консолидации семьи [3].

Сложные нравственные переживания возникают у женщин, беременных от внебрачной связи (страх осуждения, проблема воспитания ребенка без отца и др.). Эти женщины требуют особого внимания работников женской консультации. Необходимо учитывать все причины, по которым женщина может быть замкнута и не проявлять открытость: нежелание говорить о себе и своем положении, боязнь осуждения со стороны персонала, чувства стыда и вины. В таких случаях важно научиться понимать проявляемые и скрываемые чувства.

В целях устранения у беременных женщин опасений, связанных с предстоящими родами, читаются лекции, проводятся курсовые, индивидуальные или групповые собеседования, демонстрируются кинофильмы о родах и т.д., показываются гимнастические упражнения по нормализации дыхания, способствующие расслаблению мышц. Необходимо разъяснить женщине, что существенную помощь при родах она окажет себе сама, если будет выполнять все указания врача и акушерки.

К классическим этическим проблемам медицинской практики относится общение с женщиной, потерявшей ребенка. Медицинский персонал так же, как матери и родственники роженицы, настроен на благополучное разрешение родов, поэтому в трагических ситуациях и врачи, и медицинские сестры в той или иной степени тоже испытывают чувство вины, досады, печали, боли, подавленности и дискомфорта. Часто медицинский персонал старается не показывать своих эмоций, медики скрывают, что испытывают чувство вины и подавленности. Однако необходимо, чтобы женщина видела, что окружающие и заботящиеся о ней люди понимают ее и сочувствуют ее горю.

В это время исключительно важно проявлять внимание к физическому состоянию пациентки, так как она переживает роды, но женщине чрезвычайно необходима и нравственная поддержка.

Медицинскому персоналу не всегда легко общаться с женщиной, только что потерявшей ребенка: трудно найти слова, но простыми действиями, например, пожатием руки или легким объятием, можно сказать очень многое. Во время общения нужно просто терпеливо слушать роженицу, а если она замыкается, побуждать рассказывать о своих переживаниях, какими бы болезненными и противоестественными те не были.

К традиционным этическим проблемам гинекологии относится искусственное прерывание беременности. В настоящее время в законодательствах большинстве стран мира ограничено применение этой медицинской манипуляции. А в таких странах, как Израиль, Польша и ряде других, производство аборта запрещено.

В России производство аборт разрешено по желанию женщины до 12 нед. беременности, по социальным показаниям — до 22 нед. и по медицинским показаниям — до конца срока беременности. Тем не менее, в действующем Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» исключен статус аборта как права женщины, введено «время тишины», т.е. временные ограничения для производства аборта (статья 56) и узаконено права врача на отказ от проведения аборта [4].

В условиях демографического кризиса в стране врач должен действовать по принципу презумпции деторождения и естественных законов природы. Это означает, что при беседе с беременной женщиной врач должен предложить родить и не принуждать ее к аборту. Женщину необходимо предупредить о возможных отрицательных последствиях аборта и предложить заполнить бланк документа «Информированное согласие на операцию — хирургический аборт». Принцип профессиональной солидарности и сотрудничества как основной принцип биомедицинской этики предполагает знание российским врачом подходов мирового медицинского сообщества к регулированию этических проблем аборта, которые выражены в специальном документе — Декларации Всемирной медицинской ассоциации «О медицинских абортах» [2].

Помимо традиционных проблем перед врачом встают современные биоэтические проблемы, связанные с внедрением в медицинскую практику новых технологий.

Современные методы генно-инженерной диагностики позволяют более чем у 90% беременных установить пол плода при исследовании клеток амниотической жидкости или хориона с помощью хромосомоспецифических зондов на X и Y хромосомы. Это важно для оценки степени риска наследственных заболеваний, сцепленных с полом (гемофилия, прогрессирующая мышечная дистрофия и др.), и решения вопроса о сохранении или прерывании беременности по медицинским показаниям. С биоэтических позиций определение пола плода с целью регулирования рождаемости по желанию семьи необоснованно, так как означает вмешательство в природу человека и может привести общество к демографическим сдвигам и социальным проблемам.

Генная терапия (трансплантация генов) — введение нормального гена в клетки человека, страдающего наследственным заболеванием, пока сложный клинический эксперимент, хотя многие специалисты связывают

будущее медицины с этим методом лечения. Однако если поиски методов генной терапии наследственных болезней и допустимы, то они должны быть ограничены использованием соматических клеток (лейкоцитов, культуры других клеток) с запретом манипуляций над половыми клетками, чтобы сохранить неприкосновенным генный аппарат человека.

С точки зрения биоэтики существует ряд нерешенных проблем при оценке методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Моральный и юридический статус эмбриона и плода вступают в противоречие с практикой массовой гибели человеческих эмбрионов при экстракорпоральном оплодотворении и имплантации эмбрионов. Требуется серьезных научных исследований вопрос о состоянии здоровья «пробирочных детей», так как по последним данным 75% рожденных таким методом подвержены серьезным заболеваниям. Внедрение новых технологий репродукции человека ставит вопросы о социальных и моральных критериях их недопустимого применения для одиноких женщин, одиноких мужчин, лиц с девиантным сексуальным поведением. Проблематичными остаются и вопросы подсадки оплодотворенной яйцеклетки другой женщине — суррогатной матери, и вопросы купли-продажи донорских половых клеток и т.п. Недопустимы в этическом отношении попытки улучшения генофонда человечества путем искусственного оплодотворения женщин спермой гениальных людей, что предполагается рядом исследователей, отстаивающих принципы евгеники, как формы решения ряда социальных проблем.

Морально недопустимо репродуктивное клонирование и эксперименты с трансплантацией клеточного ядра соматической клетки матери в ее же яйцеклетку. Это может представлять интерес для животноводства, но неприменимо в отношении человека, так как, по сути, в данном случае речь идет о селекции однотипных индивидуумов. В этом же смысле неприемлем и партеногенез — искусственное активирование неоплодотворенной яйцеклетки с последующим развитием зародыша.

Внедрение новых биомедицинских технологий требует внимательного анализа социальных прогнозов, морально-правственного выбора и морально корректного регулирования применения технологий, связанных с репродукцией человека [1].

Таким образом, тактика работы с гинекологическими пациентками, тактика психологического сопровождения в акушерской клинике требует особого подхода, учитывающего разные уровни и аспекты, связанные со здоровьем женщины, а также ее социальной удовлетворенностью. Хорошо продуманная в организационном отношении, слаженная работа медицинского персонала, знание им своих обязанностей и правил взаимоотношений является залогом успеха в лечении больных [3].

Литература

1. «Деонтология в акушерстве и гинекологии. Принципы этикета» - URL. - <https://farmf.ru/turbopages.org/farmf.ru/s/lekcii/deontologiya-v-akusherstve-i-ginekologii-printsipy-etiketa/> (дата обращения: 12.04.2022)
2. «Особенности организации сестринского дела в акушерском отделении перинатального центра», Барнаул, 2018 г. - URL. - https://asmu.ru/upload/medialibrary/8db/Loigu_Aldinay_Alekseevna.pdf (дата обращения: 09.04.2022)
3. «Особенности сопровождения медицинской сестрой пациенток с гинекологической патологией», Последнее обновление 22.04.13 - URL. - http://www.aids48.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=320:2013-04-22-19-07-27&catid=57:2013-04-12-20-21-45&Itemid=80 (дата обращения: 10.04.2022)
4. Приказ № 1130н Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология", 20 октября 2020 г., Москва - URL. - http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&link_id=0&nd=102926266&intelsearch=+&firstDoc=1 (дата обращения: 11.04.2022)

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Хузиева А.С.,
обучающаяся 2 курса.
Научный руководитель
Шабай С.А.,
преподаватель,*

ГАПОУ РБ «Бирский медико-фармацевтический колледж»

Для любой женщины истинное счастье – это испытание радости материнства. Вся любовь и нежность мамы передается ребенку через грудное молоко. К сожалению, многим женщинам приходится сталкиваться с такой коварной болезнью как рак молочной железы.

Актуальность проблемы обусловлена тем, что рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости женского населения во всем мире. В России РМЖ также является ведущей онкологической патологией и занимает первое место по показателям заболеваемости (20,5%) и смертности (16,9%) среди злокачественных заболеваний у женщин, причем пик приходится на возрастную группу 50-59 лет.

При этом, несмотря на успехи в лечении и улучшение качества диагностики, смертность от РМЖ остается высокой и составляет более 56% от общего количества заболевших.

Результаты лечения зависят от своевременного выявления и дифференциальной диагностики образований молочной железы (МЖ), оценки степени вовлечения в опухолевый процесс регионарных лимфоузлов. Известно, что обнаружение опухоли размерами до 5 мм практически всегда ведет к полному излечению. Органосохраняющие операции сегодня получают все большее распространение, в связи с этим особенно актуальна для хирургии проблема ранней и точной визуализации РМЖ и его действительной распространенности.

К сожалению, примерно у 30% больных с выявленным РМЖ диагностируют III-IV стадии. По данным разных авторов, в России частота выявления запущенных форм РМЖ велика и составляет 25,4-25,5%, что обусловлено поздней диагностикой заболевания в связи с несвоевременным обращением пациентов, а также отсутствием эффективных методов диагностики ранних стадий РМЖ. Поэтому в настоящее время одной из важнейших проблем маммологии остается поиск новых высокоспецифичных методов дооперационной дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований МЖ. Общепринятым стандартом обследования пациенток с заболеваниями МЖ являются: клинический осмотр, рентгеновская маммография, ультразвуковое исследование (УЗИ), в случае необходимости - диагностическая пункция [1].

Цель исследования: провести анализ статистических данных рака молочной железы в г.Бирск и Бирском районе Республики Башкортостан

Задачи исследования:

- ✓ изучить теоретические аспекты рака молочной железы;
- ✓ изучить методики определения рака молочной железы;
- ✓ провести анализ полученных данных из ГБУЗ РБ *Бирская ЦРБ Республики Башкортостан*;
- ✓ разработать методические рекомендации по профилактике рака молочной железы.

Материалы и методы: беседа, обработка статистических данных.

Первые признаки рака груди появляются при крупной опухоли, ранний рак обнаруживается только при обследовании. Идеальный интервал между осмотрами - полгода, потому что за год рак может перейти в другую стадию.

Молочная железа состоит из крошечных протоков с комплексами клеток на конце. Несколько микроскопических структур образуют более крупную дольку. Три десятка долек составляют долю с идущим к соску протоком. Пятнадцать долей и есть молочная железа, причём количество и расположение их индивидуально.

Между дольками располагается жировая ткань, которую удерживают соединительнотканые тяжи, протягивающиеся от плотной капсулы, ею железа окутана со всех сторон. Вся грудь пронизана лимфатическими сосудами, несущими лимфу в подмышечные лимфоузлы.

Функция молочной железы - выработка молока для вскармливания, завершение репродуктивного периода приводит к её involуции - уменьшению объёма железистой ткани в пользу жировой.

Ранний рак груди чаще всего обнаруживают при обследовании - УЗИ, маммографии или МРТ, потому что никаких симптомов он не даёт. Признак один - наличие новообразования. Определяемая на ощупь опухоль, как минимум соответствует 2 стадии, рак до 1 см прощупывается только в «возрастной» груди почти при полном отсутствии железистой паренхимы.

Доброкачественные узелки в железе и начальный рак малоразличимы, на ощупь карциномы плотнее и не гладкие, границы не такие чёткие, как формируемые капсулой фиброаденомы или кисты.

По мере роста новообразования грудь меняется, утрачивая симметричность формы. В норме у большинства женщин левая железа чуть больше, но обе симметричные. Деформация груди с втяжением или выбуханием говорит о наличии опухоли. В здоровой железе сосок цилиндрический, равномерно возвышается над ареолой, не фиксируясь одним бочком к коже, при раке он деформирован и фиксирован.

Типичный признак - изменения кожи над опухолью. Это может быть плотная и не разглаживающаяся складчатость, «лимонная корочка» или язвочка, длительно существующее безболезненное покраснение с утолщением кожи.

Даже крупные карциномы груди не вызывают боли, поскольку иннервация органа очень скромна. Рак начинает болеть, когда в процессе задействована кожа, мышцы и лимфоколлекторы. Доброкачественная мастопатия, наоборот, вызывает целый букет симптомов в определённые периоды менструального цикла.

Уплотнение и увеличение доли молочной железы с отеком и покраснением кожи характерно для инфильтративной карциномы. Такая форма заболевания сопровождается болью, особенно сильной при метастатическом поражении лимфоузлов с образованием конгломерата, сдавливающего сосуды и нервы.

Отличить рак от доброкачественного процесса позволяет УЗИ, маммография и лучше всего - МРТ. Маммография не всегда способна визуализировать патологию в плотной «налитой» груди, УЗИ у молодых гормонально активных женщин чувствительнее и точнее.

Мастопатия вызывает неприятные ощущения и боли, но эти симптомы непостоянны и связаны с колебаниями уровней половых гормонов в крови. Чаще встречается диффузное уплотнение, но возможно и локальное - очаговое, отличающееся от карцином чередованием плотных участков с гладкими мелкими кистами или тяжами. Плотность тканей приближается к нормальной, а на снимке МРТ выглядит как обычная паренхима с кистами и соединительноткаными узелками.

Фиброаденома молочной железы не болит, на ощупь мягче, с ровными стенками и чётко ограничена от остальной паренхимы.

Кисты протекают бессимптомно, отличаются довольно быстрым увеличением, плотные, но эластичные, с гладкой поверхностью, при рентгенологическом обследовании видна толстая капсула и жидкость.

Ранний рак - 0 стадия in situ и 1 стадия излечивается у 95% женщин. При 0 стадии опухоль находят только при микроскопическом исследовании подозрительного уплотнения в груди, при 1 стадии в небольшой железе можно прощупать узелок не более 2 сантиметров. Лимфоузлы не увеличены, но при 1В стадии при биопсии сторожевого лимфоузла во время операции находят скопления раковых клеток менее 2 миллиметров в диаметре.

В большинстве случаев рак обнаруживается у молодых на УЗИ, в климактерический период - на маммографии. МРТ - уточняющая диагностика при сомнительном результате УЗИ или рентгена. Часто карцинома на снимке выглядит как скопление глыбок кальция в извитых сосудах. Анализы крови, в том числе на опухолевые маркеры и половые гормоны, пока не позволяют обнаружить или заподозрить рак.

Лечение раннего рака опирается на принадлежность клеток к определённой молекулярно-биологическому типу и немислимо без хирургического вмешательства. От операции отказываются только при опасности её для жизни пациентки, к примеру, при тяжелом заболевании сердца, после инсульта, и у очень пожилых женщин с целым набором плохо компенсированных хронических болезней.

Объем операции - от частичной резекции до подкожной мастэктомии с пластикой. Обязательно выполняется биопсия ближайшего к железе лимфоузла, если находят единичные раковые клетки, то удаляется весь подмышечный лимфоколлектор. Здоровые лимфоузлы не удаляют.

После резекции железы обязательно проводится лучевая терапия на зону операции, её начинают после завершения курса химиотерапии, но не позже 3.5 месяцев после операции.

Профилактическую химиотерапию не проводят при раке меньше 5 миллиметров, не имеющем гистологических признаков вероятности рецидива. При люминальном А типе клеток прибегают к 5-летней гормонотерапии. При остальных биологических типах рака показана химиотерапия. Гормональные препараты назначаются дополнительно, но только при положительных рецепторах эстрогена.

Прогноз в отношении рецидива при раке in situ хуже, чем при 1 стадии, поскольку в протоках могут оставаться злокачественные клетки или карцинома одновременно развивается в разных долях молочной железы. Метастазы при 0 стадии маловероятны, чего нельзя гарантировать при раннем раке груди.

Виды обязательных диагностических исследований для выявления рака молочной железы на ранней стадии:

1. Маммография. Рентгенографическое обследование молочных желез позволяет выявлять очаги патологии размером всего несколько миллиметров. Процедуру маммографии следует проходить женщинам после 40 лет ежегодно, при наличииотягощенного анамнеза у женщины по поводу рака груди, то данное исследование рекомендуется проходить с 30-35 лет.

2. Клинический осмотр молочной железы. Проводится врачом гинекологом или маммологом во время планового осмотра пациентки. После 40 лет такое обследование нужно проходить ежегодно, до 40 лет не реже 1 раза в 2-3 года.

3. УЗИ молочной железы. Данный способ позволяет не только выявить различные новообразования грудных желез, но и детально рассмотреть патологические участки, обнаруженные при других видах обследования (в частности, после маммографии или при клиническом осмотре пациентки). Кроме того, это самый безопасный и недорогой вид аппаратных исследований. Под контролем УЗИ также выполняется процедура биопсии - взятие на анализ образцов патологических тканей для последующего гистологического исследования.

4. Самостоятельный осмотр молочных желез. Само по себе самообследование обладает малой диагностической информативностью, по сравнению со случайным выявлением рака, во время описанных выше исследований. Но при регулярных осмотрах молочных желез женщина сможет сразу определить, что в груди произошли изменения и обратиться к врачу, чтобы подтвердить или опровергнуть свои опасения. Данное обследование рекомендуется проводить регулярно, начиная с 20 лет. Предварительно нужно проконсультироваться со специалистом по поводу правильности выполнения обследования [2].

Полученные данные из ГБУЗ РБ Бирской ЦРБ Республики Башкортостан показывают, что рак молочной железы распространен и имеет место исследования и проведения профилактических норм среди населения с целью снижения количества случаев подтвержденного диагноза, а также с целью ранней диагностики заболевания.

Таблица 1 - Сведения о морфологическом подтверждении и стадийности злокачественных новообразований по г.Бирск и Бирскому району

Рак молочной железы	За период с 01.01.20 по 28.12.20					За период с 01.01.21 по 22.09.21				
	Всего	1 стадия	2 стадия	3 стадия	4 стадия	Всего	1 стадия	2 стадия	3 стадия	4 стадия
	14	1	10	3	0	15	0	10	3	2

Ежегодно рак молочной железы (МЖ) поражает около 1 миллиона женщин и забирает жизнь каждой второй заболевшей. В 90-95% всех случаев заболевание излечивается, если его выявить на ранней стадии. Именно поэтому не нужно переоценивать значение профилактики. Каждая женщина должна следить за состоянием груди и знать, как можно вовремя обнаружить первые симптомы онкологии.

Первичное профилактическое мероприятие заключается в своевременном выявлении первых признаков болезни с целью дальнейшего предотвращения развития онкологии и устранения причины.

Профилактика рака МЖ:

- правильное питание;
- рождение первого ребенка до 30 лет;
- грудное вскармливание;
- правильно подобранный бюстгальтер;
- здоровый образ жизни;
- отказ от всех вредных привычек;
- отказ от гормональных препаратов во время менопаузы;
- употребление витамина Д;
- борьба со стрессами;
- гимнастика на укрепление грудных мышц;
- борьба с избыточным весом.

Кроме этого, наибольшее значение имеет своевременная самодиагностика. Женщина имеет возможность самостоятельно обнаружить первые проявления рака. Проводить пальпацию следует каждый месяц перед началом месячных.

Пошаговые правила проведения самодиагностики:

- осмотреть перед зеркалом форму груди, состояние сосков и внешний вид ареолы;
- поднять обе руки вверх и внимательно рассмотреть грудь спереди и с обеих сторон;
- надавать сверху ареолы тремя пальцами и круговыми движениями прощупать на наличие новообразований (пальпацию провести по всей окружности груди);
- зажать сосок между указательным и большим пальцем. Проверить, не появились ли выделения;
- в положении лежа снова выполнить пальпацию на каждой груди;
- в области подмышек нащупать указательным и средним пальцем лимфатические узлы;
- выполнять нужно медленно и внимательно, прислушиваясь к своему телу.

Насторожить должны следующие изменения:

- выделения из сосков (кровянистые или гнойные);
- болезненность при надавливании;
- изменение структуры, формы и цвета ареолы;
- изменение формы или цвета груди;
- сморщенность и чрезмерная сухость кожных покровов;
- увеличение лимфоузлов;
- появление уплотнений в тканях железы.

Любые внутренние или внешние изменения должны насторожить. Не нужно затягивать с визитом к маммологу. Своевременное лечение принесет желаемые результаты и сохранит жизнь.

Вторичная профилактика:

На этом этапе профилактика заключается в обнаружении проявлений онкологии для удаления новообразования и продления жизни. Лечение принесет результаты только тогда, когда женщина будет соблюдать все рекомендации врача и придерживаться регулярности в лечении.

Вторичная профилактика предусматривает проведение диагностических процедур, которые помогут обнаружить разрастание злокачественных клеток еще до проявления первых признаков рака. Кроме того, что женщине нужно периодически посещать гинеколога, маммолога и онколога, потребуются такие методы диагностики:

Ультразвуковое исследование (УЗИ). Это распространенный метод диагностики, который позволяет обнаружить опухоль размером от 3 мм. Подобный способ рекомендован для тех женщин, которые на регулярной основе принимают гормональные противозачаточные препараты. УЗИ имеет преимущество перед другими методами диагностики – метод безопасен даже при многократном использовании и может назначаться пациенткам любого возраста.

Маммография. Наиболее эффективное скрининговое обследование молочных желез. Процедура дает возможность врачам вовремя заметить новообразование на первых стадиях его формирования. Женщинам за 45 лет рекомендуется проходить маммографию раз в год. Если говорить о молодых девушках, то данный метод диагностики назначается лишь в тех ситуациях, когда специалист узкого профиля имеет подозрения на разрастание злокачественных клеток в МЖ.

Нужно обратить внимание на то, что те женщины, которые на регулярной основе посещают специалиста и вовремя проходят необходимые обследования, имеют больше шансов на выздоровление.

Третичная профилактика:

Профилактические мероприятия этой группы нужны для своевременного выявления метастазирования и рецидивов у тех пациенток, которые уже прошли лечение. Назначает диагностику врач-онколог. Консультацию специалиста можно получить в специализированном онкодиспансере или районной поликлинике.

Профилактика состоит из следующих методов:

- УЗИ молочных желез;
- маммография (ежегодно);

- анализы на онкомаркеры;
- пункция тканей пораженной полочной железы;
- первый год – один раз в 4 месяца;
- второй год – один раз в 6 месяцев;
- последующие разы – каждый год.

Только сознательное отношение к здоровью поможет вовремя обнаружить распространение метастазов или рост опухоли. Организм всегда подает сигналы, поэтому своевременное обращение к врачу с той или иной жалобой – правильное решение каждого пациента.

Питание и диета:

Продукты питания оказывают существенное влияние на риски развития онкологических заболеваний, и рак МЖ не исключение. Учеными уже давно доказана связь между потреблением высококалорийной пищи и частотой возникновения опухолей.

Есть статистика, которая подтверждает необходимость соблюдения диеты в роли профилактики рака. Женщины с нормальным весом, которые страдают на онкологию, имеют выживаемость более 10 лет, нежели пациентки с ожирением. По статистике, более 70% пациентов с раком груди имеют лишний вес.

Рак МЖ зависим от гормонов, на синтез которых требуются жиры. Поэтому с увеличением в организме жира усиливается синтез гормонов. Заболевание протекает сложнее и шансы на выздоровление значительно уменьшаются.

К тому же, переизбыток или же недостаток питательных веществ ослабляет работу иммунной системы, которая отвечает за борьбу с любыми заболеваниями.

Для предупреждения онкологии или развития рецидива следует следить за своим весом. Правильное питание улучшит качество жизни и снизит шансы на заболеваемость. Для тех, кто уже проходил лечение, диета является одним из мер терапии. Она направлена на укрепление иммунитета и хорошего общего самочувствия.

Принципы диеты заключаются в следующем:

- блюда должны быть только свежеприготовленными;
- ограничить потребление соли, сахара и специй;
- включить в ежедневный рацион витаминизированные продукты;
- отказаться или уменьшить потребление копченостей, жирных, жареных блюд и красного мяса;
- суточные калории нужно разделить на 5 приемов пищи;
- выпивать в день 1,5-2 литра воды;
- 60% должна составить клетчатка, остальное это белки и жиры.

В зимние время года желательно принимать поливитамины. В них содержатся нужные витамины и микроэлементы.

Регулярные физические упражнения позволят контролировать вес, повысят работу иммунитета и способствуют выбросу эндорфинов (гормона радости). Движение – это жизнь. Нужно всегда жить с этим лозунгом. Даже обычные пешие прогулки вместо проезда на автобусе принесут огромную пользу для организма. Спортом нужно заниматься, как здоровому человеку для профилактики, так и пациентом, которые проходят лечение онкологии.

Занятия являются непосредственной частью лечения рака, так как помогут преодолеть побочные эффекты, вызванные терапией, а именно:

- улучшить аппетит и нормализует сон;
- снизит депрессию, страх, тревожность;
- предотвратит появление запоров;
- укрепит мышцы и кости;
- улучшит работу иммунитета;
- снизит усталость, повысит выносливость;
- поддержит здоровье сердечной мышцы и сосудов.

Активность должна быть умеренной. Ни в коем случае нельзя себя перегружать. Врачи рекомендуют уделять спорту не более 2,5 часов в неделю.

Для профилактики рака нужно выбирать аэробные упражнения, которые насытят тело кислородом. Начинать нагрузки следует с 3 раз в неделю и постепенно увеличить до 5 раз.

Для женщин подходят такие виды спорта:

Езда на велосипеде. Для этого можно ездить как на обычном велосипеде, так и ходить в тренажерный зал и заниматься на велотренажере. Для правильного эффекта нагрузка скорость выполнения должна быть умеренной.

Бег трусцой. Можно заниматься на беговой дорожке или пробежаться по стадиону. Достаточно будет пробежать 12-15 минут (можно с периодическими остановками). Бег всегда повышает выносливость и улучшает работу сердца.

Плавание. Летом можно ездить на местный ставок или речку, а в холодное время года придется посещать бассейн. Занятия помогут снять стресс, боль, улучшить работу сердечнососудистой системы и укрепить тонус мышц.

Если нет возможности посещать спортзал или бассейн, всегда альтернативу можно найти дома. В домашних условиях рекомендуется заниматься йогой, фитнесом. Причем делать это намного интересней под любимую музыку.

Рак молочной железы - это опасное заболевание, которое может поразить не только женский организм, но и мужской. Лечение часто приносит положительные результаты, но для этого следует вовремя обратиться за медицинской помощью. Профилактика онкологии является наилучшим решением для того чтобы избежать развития заболевания или предотвратить возможность рецидивов [3].

Современные методы лечения рака молочной железы

Рак молочной железы – проблема, актуальная на сегодняшний день для женщин после 45 лет. Но страшный диагноз иногда диагностируется у пациенток более молодого возраста. В последние годы наука и медицина сделала огромный шаг к качественному лечению и минимизации процента летальных исходов при раке молочной железы. Абсолютное большинство случаев рака груди заканчивается полным излечением пациентки, некоторые молодые женщины после этого нормально переносят беременность, рецидивы фактически отсутствовали.

Достижения медицины и науки

Диагноз «рак молочной железы» перестал быть приговором, благодаря использованию как традиционных методик лечения, к которым относились хирургическое, лучевое лечение и химиотерапия, так и инновационные методики: таргентная, гормоно- и брахитерапия. Вопрос о полной мастэктомии поднимается крайне редко, это решение актуально только в случаях позднего обнаружения рака молочной груди или при интенсивном распространении патологического новообразования.

Современные методики активно применяются при лечении рака в Израиле. Акцент на органосберегающих технологиях, активное внедрение инноваций сделало Израиль центром медицинского туризма. Клиника в Тель-Авиве имеет репутацию медицинского центра, в котором принимают взвешенные решения относительно радикального оперативного вмешательства и максимально возможного сохранения тканей молочной железы.

Щадящие технологии для лечения рака молочной железы

Сохранить женскую красоту и привлекательность и не подвергать пациентку рискам рецидива возможно, благодаря применению прогрессивных технологий, позволяющих проводить минимально инвазивное лечение.

Таргентная терапия. Инновационная технология, использование которой позволяет подавлять распространение сосудов патологических новообразований, что ведет к гибели раковых клеток. Таргентные препараты способствуют более качественному лечению, уменьшению доз химиотерапии и сеансов облучения, замедлить метастазирование, уменьшить размеры новообразований. Эффективность таргентной терапии подтверждена даже в пациенток с IV стадией рака молочной железы. Маммолог-онколог после анализа результатов обследования принимает решение о том, будет таргентная терапия применяться в качестве комплексной терапии или как самостоятельный метод.

Брахитерапия. Это усовершенствованный вид радиотерапии. Он заключается в следующем: в область молочной железы внедряются специальные баллонные катетеры, в них систематически вводится вещество радиоактивного типа [4].

В крупных проспективных клинических исследованиях иксабепилон доказал свою клиническую эффективность и управляемый профиль токсичности у больных с прогрессированием заболевания после антрациклиновых антибиотиков и таксанов. Более того, эффективность, проявленная на опухолевых моделях резистентных к таксанам (гиперэкспрессия β -тубулина) и демонстрация прогностической ценности tau-экспрессии в первичной ткани опухоли молочной железы может способствовать в дальнейшем более точному отбору пациентов, имеющих возможность получить максимально эффективную терапию иксабепилоном как в самостоятельном варианте, так и в качестве комбинированной терапии первичной опухоли и метастатического РМЖ [5].

Диагноз рак молочной железы не должен быть разрушительным. Сегодня имеется широкий выбор эффективных современных технологий и методик, которые позволяют провести лечение с максимальной безопасностью.

Литература

1. Меладзе Нино Вахтанговна. Роль магнитно-резонансной спектроскопии в комплексной диагностике опухолей молочной железы. 2013. [Электронный ресурс] URL <https://scicenter.online/onkologiya-scicenter/vvedenie-133163.html>
2. Стенина М.Б., Жукова Л.Г., Королева И.А., и др./ Практические рекомендации по лекарственному лечению инвазивного рака молочной железы// Злокач. Опухоли; 2016, № 4; Спецвыпуск 2. [Электронный ресурс] URL <https://www.euroonco.ru/oncology/rak-molochnoy-zhelezy/pervye-priznaki-raka-grudi>
3. Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Областной центр охраны здоровья семьи и репродукции» [Электронный ресурс] URL <http://ocozsrostov.ru/article/profilaktika-raka-molochnoy-zhelezy>
4. Клиника Ихиллов «Современные методы лечения рака молочной железы» [Электронный ресурс] URL <https://ichilov-moscow.ru/sovremennyye-metody-lecheniya-raka-molochnoj-zhelezy/>
5. НИИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова [Электронный ресурс] URL <https://www.niioncologii.ru/science/protivorak-news/epothilones>.

Направление конференции – Лечение пациентов детского возраста

ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

*Бирюков И.Н.
обучающийся 4 курса.
Научный руководитель
Старикова С.М.
преподаватель,
ГБПОУ «СМГК», г. Сызрань*

В последние годы практикующим медицинским работникам все чаще приходится встречаться с таким состоянием как бронхиальная обструкция. Обструкция в переводе с латинского языка обозначает заграждение, препятствие. На нарушения функционирования органов дыхания у маленького ребенка оказывают и такие факторы, как более длительный сон, частый плач, преимущественное пребывание на спине в первые месяцы жизни.

Цель исследовательской работы: определение роли фельдшера по ведению больных детей с острым обструктивным бронхитом.

Объект исследования: профессиональная деятельность фельдшера по ведению больных детей с острым обструктивным (далее ООБ) синдромом.

Задачи исследования:

1. Провести обзор научной литературы по проблеме ООБ синдрома у детей;
2. Проанализировать и систематизировать данные по клинике, диагностике, лечению и профилактике ООБ синдрома.
3. Составить план помощи при работе с заболеванием ООБ синдромом.
4. Разработать рекомендации ребёнку и родителям по профилактике заболевания.

Предмет исследования: особенности профессиональной деятельности фельдшера при оказании помощи детям с острым бронхиальным синдромом. Методы исследования: общетеоретический (изучение медицинской литературы), статистический (обработка полученных статистических данных), аналитический; изучение амбулаторных карт.

Практическая часть исследовательской работы проводилась на основе анализа статистических данных министерства здравоохранения Самарской области и работы дневного стационара ГБУЗ СО ГБ №2. В начале работы проведено исследование определение места ООБ в структуре заболеваемости органов дыхания у детей, находящихся на лечении в ГБУЗ СО Сызранская больница №2 дневного стационара ДП №4. По данным годового отчета за 2018 г. министерства здравоохранения по Самарской области выявлено, что болезни органов дыхания занимают первое место в структуре заболеваемости школьников (2 место-болезни органов пищеварения, 3 место-болезни костно-мышечной системы). На заболевания органов дыхания приходится 20485 случаев на 100 тыс. детей в возрасте от года до 7 лет.

При проведении статистического анализа случаев патологии органов дыхания среди пациентов дневного стационара ДП №4 выявлено, что на первом месте стоят болезни органов дыхания (70, что составляет 23,3%). На втором месте – болезни органов пищеварения (60-20%). На третьем месте – болезни опорно-двигательного аппарата (50-16,7%). На четвертом месте – болезни ССС (45-15%). На пятом месте – болезни глаз (35-11,7%).

При проведении статистического анализа случаев патологии органов дыхания среди пациентов дневного стационара ДП №4 выявлено, что на первом месте стоят болезни органов дыхания (70, что составляет 23,3%). На втором месте – болезни органов пищеварения (60-20%). На третьем месте – болезни опорно-двигательного аппарата (50-16,7%). На четвертом месте – болезни ССС (45-15%). На пятом месте – болезни глаз (35-11,7%).

Проанализировав истории болезни детей с заболеваниями органов дыхания (70), выявили, что наиболее часто встречается бронхит - (50 человек – 72%). Следующей по частоте нозологической формой являются заболевания верхних дыхательных путей (ларингит, ангина, тонзиллит) - (11 человек – 16%). Пневмония наблюдается у 8 детей, что составляет 11%. На бронхиальную астму приходится 1%.

Таким образом, наиболее часто встречающимися патологиями являются бронхит и заболевания верхних дыхательных путей.

Показатели распространенности по возрасту: 13 случаев (86,7%) – дошкольный возраст от 3 до 7 лет; 2 случая (13,3%) – ранний детский возраст от года до 3 лет.

Основными жалобами, с которыми обращались дети были:

- кашель, нарушение сна, питания, одышка, слабость, повышение температуры тела (100%) - 15 человек.

Показатели характера кашля: сухой, малопродуктивный кашель в 3,6 раза встречаются чаще в раннем детском возрасте, чем в дошкольном возрасте.

Показатели проявления симптомов раздражения нервной системы: 93% повышенная утомляемость, 80%раздражительность, 100%головная боль, 60%плаксивость.

Показатели предрасполагающих факторов развития ООБ.

Физические факторы (сырой, холодный воздух, резкий перепад температур, воздействие радиации, пыль, дым) являются ведущими факторами риска развития ООБ. В значительной мере (46,6%) такой фактор, как пассивное курение является предрасполагающим развитию ООБ синдрома.

В значительной мере (46,6%) такой фактор, как пассивное курение является предрасполагающим развитию ООБ синдрома.

Застойные процессы в малом кругу кровообращения(31.30%).

Присутствие очагов хронической инфекции в полости носа и рта (26%).

Наследственный фактор (13,30%).

Лабораторная диагностика: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, фибриноген, билирубин, глюкоза, креатинин и др.) и рентгенография грудной клетки была проведена в 100%

Детям в зависимости от их неврологического статуса назначают седативные средства. Широко используются препараты растительного происхождения, содержащие пустырник, пион, зверобой, мяту, или тонизирующие препараты: настойка женьшеня, экстракт элеутерококка.

Для разжижения и отхождения мокроты назначают отхаркивающие и муколитические препараты (Лазолван, Амбробене).

Антигистаминные препараты назначаются только у детей с сопутствующей аллергией или атопическим дерматитом. С этой целью показаны следующие препараты - у детей с 6 месяцев – Зиртек или Парлазин, с 2-х лет – Кларитин, Эриус, с 5-ти лет – Телфаст.

Терапия при ООБ синдроме.

Детям в зависимости от их неврологического статуса назначают седативные средства.

Назначается гипоаллергенная диета, обильное тёплое питьё.

Для разжижения и отхождения мокроты назначают отхаркивающие и муколитические препараты.

Антигистаминные препараты назначаются только у детей с сопутствующей аллергией или атопическим дерматитом.

Бронхолитическая терапия.

Противовоспалительная терапия.

Необходимо регулярно проветривать помещение, проводить влажную уборку, увлажнять воздух.

Выводы:

1) Показатели болезни органов дыхания занимают 1-е место (70 – 23,3%) в структуре патологии детей ДП№4.

2) ОББ синдром составляет 72% - 3/4 часть по распространенности среди патологии дыхательных путей.

3) Возрастной показатель пациентов от года до 7 лет, чаще патология диагностировалась у детей дошкольного возраста (86,7%), девочек (66,7%).

4) Отмечено постепенное начало заболевания - 15 (100%).

5) Хроническое течение 10 - (66%).

6) Имеется связь заболевания с вегетативной дисфункцией (46,6%).

7) Выявленные аномалии развития с хроническими очагами инфекции в полости рта и носа (26%).

8) Определены погрешности в диете (100%).

9) Имеется наследственная предрасположенность (13,3%).

10) Определенные жалобы на: кашель, нарушение сна, питания, одышка, слабость, повышение температуры тела (100%).

11) Лабораторная диагностика (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, фибриноген, билирубин, глюкоза, креатинин и др.) и рентгенография грудной клетки) проведена в 100% случаях.

12) В комплексе мероприятий наблюдения отмечают контроль и рекомендации врача аллерголога, отхаркивающие и муколитические препараты, бронхолитическая и противовоспалительная терапия и седативные средства.

Основные положения программ с нарушением дыхательной системы:

- Своевременное взятие на учет с заболеванием ОББ.

- Исключение всех потенциальных этиологических факторов или минимизация их воздействия на организм ребёнка.

- Своевременное лечение острых и хронических заболеваний дыхательной системы.

- Рациональное применение медикаментов.

- Рекомендации по созданию благоприятной психоэмоциональной обстановки в семье и школе.

- Создание дифференцированной физической нагрузки.

- Фитотерапия (принцип непрерывности, целесообразности).

- Санация хронических очагов инфекции.

- Длительность диспансерного наблюдения.

- Приём (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога 1 раз в год.

Литература

1. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста / Под ред. Г. А. Самсыгиной. М., 2006. 280 с.
2. Ключников С. О., Зайцева О. В., Османов И. М., Крапивкин А. И. и др. Острые респираторные

- заболевания у детей. Пособие для врачей. М., 2018. 35 с.
3. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2016.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «КЕНГУРУ» В ВЫХАЖИВАНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Доманина Е.Е.,
Ситникова И.Е.,
обучающиеся 3 курса.
Научный руководитель
Ковалева И.И.,
преподаватель
высшей категории
ГБОУ ПО «Пензенский
областной медицинский колледж»*

Недоношенность является одной из основных причин смертности среди новорожденных. Показатель неонатальной смертности недоношенных намного превышает таковой у родившихся в срок и в значительной степени зависит от эффективности оказания медицинской помощи.

Введение в России новых критериев живорожденности, рекомендуемых ВОЗ, привело к значительному увеличению количества недоношенных детей с очень низкой массой тела. По данным статистики, на долю детей с весом менее 1500г приходится 1-1,8%, а с весом менее 1000 г – 0,5% [1,2]. Благодаря применению высокотехнологичной помощи, выживаемость этого контингента значительно повысилась, но вместе с тем произошел и рост инвалидизирующих расстройств у выживших детей [10]. Риск развития патологии в последующие периоды жизни напрямую зависит от срока гестации. Безусловно, это связано с морфофункциональными особенностями глубоконедоношенных и маловесных детей, распространенностью патологии ЦНС, аномалий развития и внутриутробных инфекций, которые лежат в основе высокой соматической заболеваемости, ранней хронизации болезней [7,9].

Цель: изучить использование метода «Кенгуру» в выхаживании и реабилитации недоношенных детей.

В настоящее время остро встал вопрос о правильной организации постнатального ведения недоношенных новорожденных, которая позволит значительно снизить риск тяжелых осложнений и смертности.

Практически каждый пятый ребенок, родившийся с массой тела 1500 г, имеет одну или несколько причин ранней инвалидизации. У 8-10% выживших детей развивается ДЦП, у 15-44% -БЛД, у 5-8% - умственная отсталость, у 3-5% - гидроцефалия, у 2-3% - эпилепсия, у 3% - слепота, у 1% - тугоухость [1,3]

Высокая частота и комплексность соматической патологии диктует необходимость мультидисциплинарного подхода к тактике выхаживания и наблюдения недоношенных детей. [8,9]

Для своевременного выявления и контроля динамики заболеваний необходима комплексная диагностика и разработка индивидуальной программы реабилитации. Основные принципы реабилитации детей были сформулированы профессором Г.В. Яцык [5,6]:

- 1.Раннее начало реабилитации – вторая – третья недели жизни (включая крайне маловесных детей).
- 2.Индивидуальный подход к больному ребенку (в зависимости от возраста, зрелости, тяжести основной патологии, характера сопутствующих заболеваний).
- 3.Подход с позиций целостного организма ребенка. Как правило, у большинства детей раннего возраста нарушения носят нейросоматический характер.
- 4.Комплексное использование различных средств – медикаментозных, физических, психолого-педагогических.
- 5.Преимущество мер реабилитации на различных этапах оказания помощи.

Этапность реабилитационных мероприятий предполагает последовательность в использовании различных приемов и способов коррекции.

Основными методами реабилитации недоношенных детей остаются массаж и гимнастика. Из современных методов используются: сухая иммерсия, музыкотерапия, ароматерапия, метод «Кенгуру».

Метод Кенгуру (kangaroo mother care - КМС) - это способ выхаживания недоношенных детей, при котором максимально задействуется физический контакт «кожа к коже» малыша и матери. Суть метода заключается в том, что детей ежедневно, от одного до нескольких часов в день, выкладывают на открытую поверхность груди мамы или папы. Его использование ускоряет адаптацию малышей к окружающему миру, они лучше развиваются и набирают вес.

Существует несколько ключевых моментов в этом методе:

- Ранний продолжительный контакт "кожа к коже" малыша и его матери, а точнее тельца малыша (лицом к маме) и материнской груди. Чем более широкая часть кожи соприкасается, тем лучше. Чтобы температура тела сохранялась более равномерно, сверху малыша накрывают теплой мягкой пеленкой и иногда одевают шапочку.
- Исключительно грудное вскармливание сцеженным молоком либо непосредственно грудью. Для некоторых особо недоношенных малышей могут быть назначены дополнительные питательные вещества.

[4]

- Поддержка пары мама-малыш. Это означает, что персонал больницы делает все возможное для медицинского, эмоционального, психологического и физического благополучия пары мама-малыш, не разделяя их, начиная от использования ультрасовременного оборудования и кончая психологической поддержкой.

Конечно, и раньше в отделениях новорожденных разрешалось родителям брать детей на руки, разговаривать с ними, ласкать и гладить. Однако это еще нельзя назвать применением метода Кенгуру. О его использовании можно говорить только тогда, когда оно интегрировано в повседневную работу и становится неотделимой частью процесса физической и психологической адаптации недоношенного ребенка к жизни в семье. Это достигается обучением родителей, профессиональной подготовкой детских медицинских сестер, социальной и эмоциональной поддержкой.

Итак, попробуем подытожить. Метод кенгуру включает в себя три обязательных элемента:

- Позиция Кенгуру (Kangaroo Position) - контакт кожа к коже мамы и малыша.
- Кормление методом Кенгуру (Kangaroo Nutrition) - раннее и исключительное грудное вскармливание.
- Поддержка (Kangaroo Support) - совместное пребывание матери и малыша при поддержке необходимых технологий.

Эволюция создала человечество так, что когда мы рождаемся, у нас уже есть те умения и навыки, которые позволят нам адаптироваться в окружающем мире, и все, что нужно для успешной развития новорожденного - это ношение его на руках (контакт "кожа к коже") и грудное вскармливание. Недоношенные дети нуждаются в этом особенно остро. И тем абсурднее становится разделение матери и ребенка, нередко воспринимающееся как норма.

Материалы и результаты исследования.

На первом этапе нами были изучены показатели рождаемости недоношенных детей в перинатальном центре ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

В 2019 г. родилось 525 детей, причем с массой меньше 1500 г – 95 детей; в 2020г – 544 ребенка, из них с массой меньше 1500 г – 82 ребенка; в 2021г – 558 недоношенных, из них с массой меньше 1500 г – 88 детей (таблица №1).

Таблица №1. Количество недоношенных детей, родившихся в перинатальном центре ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

Год	Всего родившихся	Недоношенных детей		Недоношенных детей с m<1500г	
		абс	%	абс	%
2019	3630	525	14,5	95	18
2020	3773	544	14,4	82	15
2021	3954	558	14,1	88	15,7

Ретроспективный анализ показал, что согласно статистическим данным за 2019-2021 г.г. количество недоношенных детей колеблется в пределах 14%, причем с массой менее 1500г – от 15 до 18%.

На втором этапе с целью изучения распространенности и уточнения антенатальных факторов риска рождения недоношенных детей были выделены 2 группы новорожденных: глубоко недоношенные (ГН – с массой менее 1500 г) и дети с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ – с массой до 1000г). Проведена выборка, включающая анализ истории болезни новорожденного и историй родов на базе Перинатального центра им. Н.Н.Бурденко.

Из всех детей было отобрано 60 человек: 30 недоношенных и 30 доношенных новорожденных. Кроме того, по истории родов был проведен анализ акушерско-гинекологического анализа, течение беременности и родов.

Обследуемые дети формировались в подгруппы в зависимости от массы тела при рождении.

I подгруппа - дети с массой 2500 -1500 г – 15 детей.

II подгруппа – дети с массой 1500 -1000 г (ГН) – 11 детей.

III подгруппа - дети с массой менее 1000 г (ЭНМТ) – 4 ребенка. (таблица №2)

Таблица №2. Распределение недоношенных детей по массе тела.

№ п/гр	Масса недоношенных детей	Количество недоношенных детей	
		абс	%
I п/гр	2500-1500	15	50
II п/гр	1500-1000 (ГН)	11	36,6
III п/гр	менее 1000 (ЭНМТ)	4	13,3

Таким образом, из 30 недоношенных детей 50% - это дети с массой от 2500 до 1500г; 36,6% - это ГН и 13,3% - дети с ЭНМТ.

При изучении анамнестических данных матерей обследуемых детей, были обнаружены следующие сопутствующие заболевания, которые являлись одними из факторов риска перинатального периода (таблица №3).

Таблица №3.Пренатальные факторы риска рождения недоношенных детей.

Патология	Основная часть			Контрольная доношенность
	I п/гр (15)	II п/гр (11)	III п/гр (4)	

Хронические б-ни мочеполовой системы: Сальпингит, оофорит	3	20%	1	9%			7	23,4%
Эрозия шейки матки, эндометриоз	3	20%	1	9%			6	20%
Расстройства менструации	2	13,3%	-	-			4	13,4%
Инфекция половых путей (трихомониаз, хламидиоз, кандидоз)			5	45,5%	1	25%	3	10%
Обострение герпесвирусной инфекции			4	36,4%	2	50%	1	3,3%
ОРВИ-во время беременности					1	25%	1	3,3%
Анемии	7	46,6%					8	26,6%

Таким образом, мы видим, что у женщин родивших детей ЭНМТ (т. е. III подгруппа) и ТН (т.е. II подгруппа) чаще регистрировали, по сравнению с контрольной и I подгруппа, обострение персистирующей герпесвирусной инфекции, а также инфекции половых путей, таких как трихомониаз, хламидиоз, кандидоз и ОРВИ во время беременности, т. е. Острые катастрофы в организме женщины, которые незамедлительно привели к преждевременным родам на ранних сроках.

Затем нами была изучена структура болезней недоношенных детей на первом этапе выхаживания (таблица №4)

Таблица №4. Клинические симптомы у детей на первом этапе выхаживания.

Патология	Основная часть						Контрольная	
	I п/гр		II п/гр		III п/гр		доношенность	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Асфиксия при рождении	11	73,3	11	100	4	100	7	23
СДР	8	53,3	11	100	4	100	1	3,3
Приступы апноэ	10		11	100	4	100	1	3,3
Риск развития внутриутробной инфекции	-	-	9	82	3	75	4	13,3

Как видно из таблицы, лидирующее значение в сравнении с контрольной группой, имела патология дыхательной системы и ЦНС.

Целью 3-го этапа изучить использованный метод «Кенгуру» в выхаживании и реабилитации недоношенных детей».

При этом возникает первый вопрос: не испытывает ли недоношенный ребенок значительных потерь тепла в условиях пребывания на груди у матери? В ходе исследования, проводимого на базе отделения недоношенных перинатального центра ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», новорожденные извлекались из инкубаторов и помещались на груди у матерей. В течение второй недели жизни в таких условиях обследовано 10 недоношенных детей с массой тела не менее 1500г, имевших адекватное самостоятельной дыхание. Мы непрерывно измеряли ректальную и периферическую температуру, и также потребление O_2 , используя непрямой колориметрический метод. Измерения проводили в течение 1 часа нахождения ребенка в инкубаторе, а затем в течение 1 часа на груди у матери (таблица №5).

Таблица №5. Средняя температура ребенка.

Нахождение ребенка	Средняя ректальная температура	Средняя периферическая температура
На груди у матери	35,6	36,9
В кювезе	35,4	36,3

В результате оказалось, что на груди у матери средняя ректальная температура у недоношенного ребенка была в среднем на $0,2^{\circ}C$, а периферическая на $0,6^{\circ}C$ выше, чем при нахождении в кювезе.

Сделан вывод, что выкладывание недоношенных детей из кювеза на грудь матери не приводит к «холодному» стрессу и принцип «кенгуру» может быть использован в процессе выхаживания детей, при условии, что их клиническое состояние стабильно.

Второй вопрос: изменяются ли показатели гемодинамики и дыхания при проведении методики «кенгуру»?

Были взяты 10 недоношенных новорожденных и разделены на 2 группы.

Детей I группы выхаживали с элементами метода «Кенгуру». В течение всего дня (кроме ночных часов, т.е. с 24 часов до 6 часов утра) дети выкладывались на 3 часа с перерывами на 2 часа на грудь матери.

Дети II группы (контрольной) находились в инкубаторах и получали стандартное лечение.

За детьми обеих групп велось наблюдение. Проводился подсчет ч.с.с. и ч.д. (таблица №6)

Таблица № 6. Основные показатели гемодинамики и дыхания.

Показатели	I группа	II группа
Средние показатели ч.с.с.	142 — 150 в мин	156 — 168 в мин
Средние показатели ч.д.	48 — 52 в мин	56 — 68 в мин
Кол-во апноэ в сутки	-	2 — 3 раза в день

Результаты показали, что у детей опытной группы не наблюдалось апноэ, прерывистого дыхания, и склонности к тахикардии по сравнению с младенцами, находившихся в кювезах. У новорожденных I группы улучшился характер дыхания, оно стало более равномерным и регулярным.

Третий вопрос: влияет ли грудное вскармливание на темпы роста и созревания недоношенных детей?

В соответствии с данной методикой выхаживания (т. е. метод «Кенгуру»), дети находятся исключительно на грудном вскармливании (без использования дополнительного детского питания). Этот метод помогает женщинам в налаживании грудного вскармливания, которое даст младенцам значительные преимущества, за счет иммунных и питательных свойств молока, которые не может обеспечить искусственная смесь. (таблица №7)

Таблица №7. Основные показатели ФР недоношенных детей в зависимости от кормления.

Показатели ФР(ср.показат)	I группа	II группа
Вес	+ 8 г/день	+ 4 г/день
Рост	+ 0,29 см в неделю	+ 0,21 см в неделю
Окружность головы (ОГ)	+ 0,26 см в неделю	+ 0,2 см в неделю

Таким образом, исследования показали, что метод «Кенгуру» способствует лучшей прибавке в весе, быстрому росту и увеличению ОГ, а, следовательно, росту и развитию головного мозга.

Выводы.

1. Установлены значимые факторы риска рождения недоношенных детей у беременных женщин — это обострение персистирующей герпесвирусной инфекции, а также инфекции половых путей и ОРВИ, т. е. острые. патологические процессы, незамедлительно приводящие к преждевременным родам на более ранних сроках беременности.

2. Изучена структура болезней недоношенных детей на первом этапе выхаживания: лидирующее значение занимает патология дыхательной системы и ЦНС.

3. Выкладывание недоношенных детей из кювеза на грудь матери не приводит к «холодному» стрессу и принцип «Кенгуру» может быть использован в процессе выхаживания детей, при условии, что их клиническое состояние стабильно.

4. При проведении методики «Кенгуру» у детей опытной группы улучшился характер дыхания, оно стало более равномерным и регулярным, уменьшилась тахикардия.

5. В соответствии с данной методикой выхаживания, дети находятся исключительно на грудном вскармливании, без использования дополнительного детского питания.

6. Метод «Кенгуру» - способствует прибавке в весе и быстрому росту, увеличению ОГ, а, следовательно, росту и развитию головного мозга.

Заключение.

Огромную роль в успехе эффективности проводимой терапии имеет психологический статус в семье, надежда и уверенность родителей, их взаимопонимание и поддержка. Обучение родителей приемам методики «Кенгуру», ЛФК и массажа необходимо для ежедневных и постоянных занятий дома. Восстановительное лечение недоношенного ребенка может быть эффективным в том случае, если оно своевременно начато, адекватно, комплексно и непрерывно выполняется.

Таким образом, патология у недоношенных детей определяется не только глубокой незрелостью, но и тем, насколько своевременно и адекватно им оказывалась первичная реанимационная помощь, выхаживание на первом и втором этапах, а также реабилитация на ранних сроках развития.

Литература

- Андрущенко Н.В. и соавт. «Особенности эмоционального состояния матерей в аспекте их раннего взаимодействия с недоношенными детьми». Журнал «Невролог и психиатр», 2019.
- Валиулина А.Я., Ахмадеева Э.Н., Кривкина Н.Н. «Проблемы и перспективы успешного выхаживания и реабилитации детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела»— 2013.
- Выхристюк Ю.В. и др. Журнал «Медицинская сестра» №1 ст. Недоношенные дети: успехи и недостатки отечественной медицины и здравоохранения. — 2017.
- Грошева Е.В. и др. Энтеральное вскармливание недоношенных детей (клинические рекомендации) под ред. Д.О.Иванова. Санкт-Петербург: Информ-навигатор, 2018.
- Заваденко Н.Н., Ефимов М.С. и др. Нарушения нервно-психического развития у недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. — 2015.
- Заваденко Н.Н. и др. «Нервно-психическое развитие детей, родившихся глубоко недоношенными с низкой или очень низкой массой тела». Москва, 2018.
- Лебедева О.В. «Заболееваемость и смертность детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении: факторы риска и пути снижения»— 2015.
- Таран Н.Н. Современные подходы к вскармливанию недоношенных детей после выписки из стационара. Неонатология №4, 2017.
- Устинович А.А., Ткаченко А.К., Логинова И.А. Недоношенные и новорожденные дети. Минск, БГМУ,

2021.

10. Шалина Р.И., Выхристюк Ю.В. и др. «Здоровье детей, родившихся с экстремально низкой и очень низкой массой тела» – 2016.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ОСУЩЕСТВЛЕНИИ УХОДА ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ СРЕДИ ДЕТСКИХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

*Евланов К.Ю.,
Манин И.С.,
обучающиеся 2 курса,
Научный руководитель
Кондакова О.И.,
преподаватель,
ГБПОУ НО «АМК», г. Арзамас*

На сегодняшний день ветряная оспа занимает одно из ведущих мест среди инфекционных заболеваний детского возраста с воздушно-капельным механизмом передачи возбудителя. Ветряной оспой болеет большинство детей, начиная с двухлетнего возраста и до десяти лет. Зачастую заболевание возникает у пациентов, которые постоянно находятся в детских коллективах: детских садах и начальных классах общеобразовательных учреждений. Несмотря на высокую значимость патологии, обусловленной вирусом варицелла - зостер (*Varicella zoster*), наличие летальных исходов, а также тяжелых осложнений, система эпидемиологического надзора и контроля эпидемиологического процесса ветряной оспы остаётся недостаточно разработанной. Поэтому, максимально полное знание аспектов современной диагностики, лечения и профилактики ветряной оспы фельдшеров, является необходимым условием для оказания квалифицированной медицинской помощи.

Трудности борьбы с ветряной оспой связаны с тем, что практически отсутствуют методики по профилактике и противоэпидемические мероприятия при этой инфекции. Самым эффективным методом профилактики является вакцинация. В вопросах профилактики среднему медперсоналу отводится основная значимость - роль организатора, ответственного исполнителя, а также контролера. Ежедневное и тщательное выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей и составляет основу перечня мероприятий по профилактике ветряной оспы в условиях поликлиники и фельдшерско-акушерских пунктах.

Ветряная оспа – это острая инфекционная патология, характеризуется лихорадочным состоянием, папуловезикулезной сыпью с доброкачественным течением. Вызывается вирусом семейства Герпеса 3 типа, он же является причиной еще одного клинического заболевания: опоясывающего герпеса (опоясывающий лишай). Вследствие перенесенного заболевания обычно формируется пожизненный иммунитет. Основные характеристики вируса ветряной оспы, позволяющие поражать большое количество людей – летучесть и восприимчивость. Вирусные частицы с воздушными потоками разлетаются и проникают в организм. А высокая восприимчивость людей к вирусу означает, что при контакте с источником инфекции риск повторного заболевания очень высок. В семье, где заболел один человек, риск заболевания остальных домочадцев составляет 80-90%. Причем у тех, кто заразился позднее, болезнь протекает тяжелее и с большим количеством высыпаний. Вирус может существовать исключительно в организме человека. К окружающей среде он неустойчив, гибнет в течение нескольких минут. Этому способствует высыхание, нагревание, замораживание.

Относительно нетяжелое течение ветряной оспы у тех детей, кто посещает детские сады, сформировало спокойное к нему отношение. Однако по дальнейшему изучению инфекции оказалось, что при попадании Варицелла-зостер в организм поражаются не только кожа и нервные окончания, но и легкие, мозг, пищеварительный тракт и мочеполовая система; вирус оказывает влияние на развитие внутриутробного плода. Кроме того, стало известно, что вирус может активироваться при онкологических заболеваниях, болезнях крови, ВИЧ-инфекции, лучевой болезни.

Охрана здоровья и профилактическая помощь населению являются составляющими сферы здравоохранения. Провозглашение профилактики в качестве стратегического направления развития содержится во всех государственных законодательных актах последнего десятилетия, касающихся охраны здоровья населения. Это утверждается в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», об этом настойчиво прописывается в «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» и ряде законодательных актов самого последнего времени. Тем не менее, эта тема не перестает быть менее актуальной и не всегда получает должного внимания и полного внедрения в повседневную практику деятельности лечебно-профилактической сети.

Профилактика заболеваний на сегодняшний день возложена на специальные подразделения лечебно-профилактических учреждений и центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Наибольшее значение придается роли среднего медицинского персонала в профилактике ветряной оспы в условиях поликлиники и фельдшерско-акушерских пунктов. При этом основная часть профилактических мероприятий связана с соблюдением санитарно-эпидемиологического режима.

Прежде всего, фельдшер должен знать посещает ли ребенок дошкольное общеобразовательное учреждение, если посещает школу, то были ли вспышки каких либо инфекций, ведь шансов заразиться в коллективе гораздо

больше. Если заражение в коллективе все-таки произошло, то из детских учреждений инфицированного ребенка изолируют и вновь допускают после отпадения корочек. Детей ясельного и дошкольного возраста разобщают на 21 день с момента контакта. Если известно точное время контакта, ребёнка допускают в детские учреждения в течение первых 10 дней инкубационного периода и разобщают с 11-го по 21-й день инкубации. Дети ясельного и дошкольного возрастов, живущие в квартире, где имелся пациент с ветряной оспой, не допускаются в детские учреждения в течение 21 дня.

Существует так же понятие экстренной вакцинации. Это означает, что впервые 96 часов (предпочтительно в первые 72 часа) после контакта с инфицированным пациентом возможно проведение вакцинации против ветряной оспы детям старше 1 года и взрослым ранее не привитым и не болевшим этой инфекцией.

Достоверно известно, что вакцинация впервые 3 дня после контакта эффективна у более чем 90% привитых детей. На 4-е сутки эффективность прививки ниже (около 70%), но в 100% предотвращаются тяжелые формы инфекции.

Важнейшей частью работы фельдшера является санитарно-просветительская и разъяснительная работа среди пациентов и их родителей. В обязанности фельдшера входит оценка гигиенического состояния наблюдаемых на дому пациентов, обучение их самих и их родственников грамотному уходу.

В 2008 году на территории Российской Федерации была зарегистрирована первая вакцина для профилактики ветряной оспы, с 2009 года официально была распространена в рамках Региональных программ иммунизации. На сегодняшний день препарат лицензирован более чем в 92 странах мира. Безопасность и иммуногенность “Варилрикс” продемонстрированы в 40 клинических исследованиях, проводившихся во многих странах мира. Вакцина полностью соответствует требованиям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и содержит живой ослабленный штамм VZV “Ока”.

«Окавакс» в 2010 году в России зарегистрирована оригинальная японская вакцина.

В случае заболевания человек обычно изолируется на дому. Дезинфекция ввиду нестойкости вируса не проводится, достаточно частого проветривания и влажной уборки помещения.

Вакцина против ветряной оспы противопоказана в случаях:

1. Если имеется аллергия, хоть на один компонент вакцины против оспы: антибиотик Неомицин, желатин.
2. В случаях обострения любого хронического заболевания, в особенности, которое сопровождается повышением температуры тела вакцинируемого.
3. Беременность.
4. Переливание крови, которое состоялось меньше трёх месяцев назад, до предстоящей вакцинации.

Для успешного лечения ветряной оспы необходимо осуществлять грамотный уход.

Уход основывается на знаниях о природе заболевания, его характерных симптомах. Поскольку процесс лечения может быть довольно длительным, то фельдшер должны запастись терпением, проявлять особенную ответственность при работе с детьми, трезво оценивать ситуацию по возможности организации ухода за пациентом.

В связи с этим фельдшеру необходимо информировать пациента и его родителей о причинах развития заболевания, особенностях течения ветряной оспы, принципах лечения этого заболевания и возможных мерах профилактики, а также прогнозе.

Фельдшер помогает организовать изоляцию пациента на 14 дней с момента появления первых высыпаний. Также она объясняет важность соблюдения постельного режима в течение всего периода лихорадки. Особое внимание она уделяет необходимости поддержания чистоты игрушек, предметов ухода, детской посуды.

Обучает родителей правилам ухода за ребенком, страдающим ветряной оспой.

Также фельдшер советует родителям кормить ребенка жидкой или полужидкой пищей, которая легко усваивается, хорошо обработана термически и является химически щадящей. Пища должна быть обогащена витаминами. Необходимо соблюдать режим питания;

Напоминает родителям о важности обеспечения питьевого режима за счет увеличения общего количества потребляемой жидкости. В рацион включаются кисели, компоты, отвары шиповника;

Объясняет необходимость обеспечения психологической поддержки ребенка во время болезни всеми членами семьи. Она показывает возможности обеспечения неспецифической профилактики инфекционных заболеваний путем закаливания и иммунокоррекции.

Роль фельдшера в профилактике ветряной оспы в условиях поликлиники и фельдшерско-акушерского пункта крайне важна. Средний медицинский персонал является тем звеном здравоохранения, который наиболее близко контактирует с пациентами и их родителями, которые находятся в зоне риска, ведь восприимчивость к ветряной оспе 100%. Необходимо вести разъяснительную работу в первую очередь с законными представителями ребенка о необходимости вакцинации, а также о санитарно-гигиенических мероприятиях.

Из всего вышесказанного следует то, что деятельность среднего медицинского персонала должна быть направлена на профессионально-аргументированное мнение и весомость доводов в отношении рекомендаций, которые необходимо давать родителям.

Литература

1. Арсентьев Владимир Геннадьевич. Педиатрия : учебник для мед. вузов / под ред. Шабалова Надежда Петровна. – 5-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2010.
2. Баран Валерий Михайлович, Талапин Виктор Иванович. Фармакотерапия инфекционных болезней. - Минск, 2011.

3. Беренбейн Борис Аронович и др. Дифференциальная диагностика кожных болезней. - М., 2013.
4. Возианова Жанна Ивановна. Инфекционные и паразитарные болезни у детей. - К.: Здоровье, 2000.
5. Гершон Эмиль. Корь. Краснуха. Эпидемический паротит. Ветряная оспа // Внутренние болезни по Тинсли Рейган Харрисону. - М.: Практика, 2002.
6. Голубовская Ольга Анатольевна. Инфекционные болезни. - М.: ВСВ «Медицина», 2012.
7. Гурвич Эмма Борисовна. Ветряная оспа, Многоотмн, руководство по клинически и эпидемиологически инфекционных болезней у детей, под редакцией Жукова Николая Николаевича -Вережникова, - М., 2000.
8. Дробинская Анна Олеговна. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста: учеб. пособие для вузов /Дробинская Анна Олеговна – М.: Изд. центр «Владос», 2003.
9. Общая и частная эпидемиология, под редакцией Ёлкина Ивана Ивановича, 2005.
10. Ивановская Татьяна Евгеньевна. Ветряная оспа, Многоотмн, руководство по пат. анат., под ред. Струкова Анатолия Ивановича, - М., 2004.
11. Инфекционные болезни у детей / Под редакцией Ивановой Виктории Владимировны, СПб.: Медицинской информационное агенство, 2009.
12. Казанцев Александр Петрович, Матковский Валерий Сергеевич. Справочник по инфекционным болезням. — М.: Медицина, 2002.
13. Лабораторная диагностика вирусных и риккетсиозных заболеваний, под редакцией Леннета Эдвина и Шмидт Николая, переводе с англ., 2009.
14. Лобзин Юрий Владимирович. Руководство по инфекционным болезням // Под редакцией. - СПб., 2013.
15. Мазанкова, Людмила Николаевна. Ветряная оспа у детей: особенности течения и лечения / Мазанкова Людмила Николаевна // Педиатрия. – 2006.
16. Носов Сергей Дмитриевич. Ветряная оспа, Многоотмн, руководство по педиатрии, под редакцией Домбровской Юлии Фоминичной, - М., 2011
17. Экзантематозные инфекции у детей: Под редакцией Новикова Анастасия Ивановна// С.-Пб: Медицинская книга, 2005.
18. Покровский Валентин Иванович. "Инфекционные болезни и эпидемиология", 2007.
19. Соринсон Соломон Наумович. Неотложные состояния у инфекционных больных. - Л.: Медицина, 2011.
20. Инфекционные болезни у детей: учебник для педиатрического факультета медицинских вузов /Под редакцией Тимченко Виктор Николаевич, Быстряковой Людмила Владимировна СПб.: СпецЛит, 2001.
21. Тульчинская Вера Дмитриевна. Сестринское дело в педиатрии 13-е издание /Тульчинская Вера Дмитриевна, Соколова Наталья Геннадьевна, Шеховцова Наталья Михайловна – Ростов н/Д.: Изд. цент «Феникс», 2010.
22. Уитли, Ричард. Ветряная оспа и опоясывающий лишай / Ричард. Уитли // в кн. Harrison's Principles of Internal Medicine. 14-th edition, London, 2006.
23. Учайкин Василий Федорович, Нисевич Нина Ивановна, Шамшева Ольга Васильевна. Инфекционные болезни у детей: учебник / Учайкин Василий Федорович, Нисевич Нина Ивановна, Шамшева Ольга Васильевна: Гэотар-Медиа, 2011.
24. Фомина Виктория Валерьевна. Детские инфекционные болезни // Под ред. - Екатеринбург, 2013.
25. Юнусова Халида Ахметовна, Шамсиев Фируз Соледжонович. Ветряная оспа. - М., 2011.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЛИЦ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

*Кабирова Д.Ш.,
обучающаяся 4 курса.
Научный руководитель
Рыжкина Н.В.,
преподаватель,
ГАПОУ РБ «БМК», г. Белорецк*

Актуальность темы определяется тем, что острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) самое распространенное инфекционное заболевание. Большую опасность представляют для детей от 6 месяцев до 5 лет. Часто повторяясь, вирусная инфекция приводит к хроническому тонзиллиту, риниту, фарингиту, бронхиту. Чем ребенок младше, тем опаснее болезнь [11].

Больше всего с ОРВИ болеют дети, посещающие детские сады, школы – до 10 раз в год. Дети в возрасте 0 – 5 лет переносят в среднем 6 – 8 эпизодов в год, в ДДУ особенно высока заболеваемость на 1 – 2 - м году посещения – на 10 – 15% выше, но в школе болеют чаще. Заболеваемость высока в период с сентября по апрель. Это связано с не только сформировавшимся иммунитетом, а также не соблюдением гигиены в детских садах или школах. Дети первых месяцев жизни болеют редко, поскольку находятся в относительной изоляции и имеют временный пассивный иммунитет, доставшийся им от матери во внутриутробном периоде. Повторные ОРВИ способствуют снижению иммунитета ребенка и формируются хронические очаги инфекции. Они приводят к аллергизации организма, нарушают календарь прививок, тормозят психомоторное и физическое развитие ребенка. Также, повторно могут заболеть и при других факторах, не только со стороны реакции организма. К факторам риска относятся:

- влажная прохладная погода (весенний и осенний сезоны);
- несоблюдение правил карантина и личной гигиены;
- посещение мест общественного скопления, детских коллективов;
- переохлаждение;
- голодание или недостаточное питание, гипо - и авитаминоз;
- хронические инфекции верхних дыхательных путей [4].

ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция) – заболевание дыхательных путей, причиной которого является попадание в организм вирусной инфекции. Среди возбудителей, наиболее частыми являются – вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы и риновирусы.

В зону поражения ОРВИ входят — нос, околоносовые пазухи, горло, гортань, трахея, бронхи и легкие. Также под риском находится конъюнктив [6].

У ОРВИ бывает несколько возбудителей и в связи с этим различают и несколько видов болезни:

1. Риновирусная инфекция – это так называемая «простуда». Входные ворота для вируса является слизистая полость носа, где формируется очаг заражения. Пациенты жалуются на озноб, отёк слизистой носа, обильные выделения из носа. В первые часы заболевания наблюдается чихание, першение в горле и затруднение носового дыхания. Крылья носа гиперемированы и её кожа сухая, шелушиться.

2. Коронавирусная инфекция. Здесь к воспалительному процессу подвергается слизистая полость носа, слизистая гортани, увеличиваются региональные лимфотические узлы. Обильные выделения из носа сначала имеют водянисто-серозный характер, а затем становятся слизистыми. Вирусы ослабляют иммунную защиту организма, присоединяется бактериальная инфекция, выделение из слизистой носа становится слизисто-гнойным. Пациенты жалуются на заложенность носа, слабость, обильные выделения из носа, носящие постоянный характер. Данные выделения являются водянистым слизистым секретом, именуемым экссудатом, покашливания, боль в горле, как при кашле, так и при глотание, чихание. Объективно наблюдается бледность кожных покровов, гиперемия зева, на языке образуется белый налет. При аускультации легких обнаруживается жесткое дыхание без хрипов.

3. Аденовирусная инфекция. Для нее характерны першение, саднение и боль в горле, которая усиливается во время глотания. Выраженное затруднение носового дыхания, повышение температуры тела (от 37,5°С до 39°С), поражение конъюнктивы (сопровождается слезотечением, отеком век, резью в глазах) и наличие гнойного отделяемого, общая слабость, бледность и обильные выделения из носа (в начале заболевания секрет водянистый и прозрачный, а затем – густой зеленый). Кашель вначале сухой, а на 3-4 день влажный с отхождением мокроты, боли в абдоминальной области, может быть рвота, диарея (до 5 раз в день, без слизи, крови и т. д.), вздутие живота, отечность и гиперемия миндалин, точечный гнойный налет на миндалинах, увеличение лимфатических узлов.

4. Парагрипп. Поражается эпителий носа и глотки. Начинается остро и с высокой температурой, общей слабостью, насморком. Общее состояние организма обычно бывает удовлетворительным. Первичные симптомы парагриппа у детей, выражающиеся в снижении аппетита и слабости. Появляется мучительный и сухой кашель, хриплый голос, у ребенка заложен нос гнойно-слизистым отделяемым. При осмотре видна отечная и красная глотка, красные и увеличенные миндалины, выступающие из-за краев небных дужек. Часто среди первых симптомов парагриппа у детей наблюдается синдром ложного крупа, так как поражается слизистая

трахеи и возникает рефлекторный спазм её мышц. Как и многие другие заболевания, парагрипп у детей может протекать в трех формах:

- Легкая;
- Среднетяжелая;
- Тяжелая.

При легкой форме повышается температура до 37,5 °С, заложен нос, беспокоит боль в горле, сухой кашель. Среднетяжелое течение болезни предполагает температуру 38°С или 39°С, умеренную интоксикацию, более выраженный, чем при легкой форме, кашель и насморк. Тяжелая форма болезни встречается очень редко [7].

Роль фельдшера в неотложной помощи при гипертермическом синдроме у детей

Гипертермический синдром у детей – нарушение терморегуляции со значительным повышением температуры тела и сопутствующей неадекватной реакцией со стороны внутренних органов, в частности сердечно-сосудистой и нервной системы. Проявляется гипертермия от 38,5 °С и выше. Если кожные покровы теплые, используются физические методы снижения температуры, например, обтирание прохладными полотенцами. Если же температура не снижается, то приходится использовать жаропонижающие средства. При ОРВИ температура тела держится в течение 5 - 7 дней как у взрослых, так и у детей [20].

Снижение температуры тела при лихорадке с помощью жаропонижающих средств не устраняет вызвавшую ее причину, а лишь переводит установочную точку терморегуляции в гипоталамусе на более низкий уровень. Показаниями для снижения температуры тела, измеренной субаксиллярно, служат:

- температура тела выше 38,5°С и/или наличие мышечной или головной боли у ранее здоровых детей в возрасте старше 3 мес.;

- температура тела выше 38,0°С у детей с заболеваниями сердца, легких, ЦНС;
- температура тела выше 38,0°С у детей первых 3-х мес. жизни [1].

Снижение температуры тела не должно быть резким. Достаточно понизить ее на 1–1,5°С, чтобы добиться улучшения самочувствия ребенка и помочь ему лучше перенести лихорадочное состояние [5].

Для проведения жаропонижающей терапии в качестве эффективных и безопасных фармакологических средств рекомендуется использовать парацетамол или ибупрофен. Парацетамол обладает жаропонижающим, слабым анальгетическим и противовоспалительным эффектом который действует на центр терморегуляции. Разовая доза составляет 10–15 мг/кг массы тела. Ибупрофен является не только жаропонижающим, но и выраженным анальгетическим и противовоспалительным эффектом. Разовая доза препарата составляет 5–10 мг/кг массы тела. Регулярный прием жаропонижающих нежелателен и повторную дозу жаропонижающих следует дать только после нового повышения температуры [3].

Назначение жаропонижающих при температуре тела выше 38,2°С более 3 дней может затруднить диагноз бактериальной инфекции. С целью снижения температуры у детей допустимо применение только 2 препаратов – парацетамола до 60 мг/сутки или ибупрофена 25-30 мг/сутки.

У детей с жаропонижающей целью не применяют метамизол (анальгетическое наркотическое средство), ацетилсалициловую кислоту и нимесулид (НПВС) [8].

В целях дезинтоксикации показано внутривенное введение реополиглюкина в дозе 10 мл/кг, 10% раствора глюкозы — 50—100—200 мл в зависимости от возраста.

Целесообразно ввести в/м 1 дозу гамма - глобулина[2] .

Одной из главных задач, стоящих перед педиатром при выявлении у ребенка ОРВИ, является оценка его состояния и объективного статуса. В большинстве случаев ОРВИ у детей протекают в легком течение или в среднем. Наблюдение за ребенком и их лечение осуществляется в амбулаторных условиях. Ребенка госпитализирует в следующих случаях:

- тяжелые формы респираторных инфекций;
- осложненное течение заболевания;
- риск ухудшения заболевания у детей из социально неблагополучных семей, неудовлетворительных условий проживания, закрытых детских учреждений [3].

Тактика лечения

1. При высокой температуры более 38,5°С применяют однократно парацетамол 10 – 15 мг/кг и постельный режим. Можно также принимать вместе парацетамола Ибупрофен 5–10 мг/кг массы тела.

2. Для смягчения сухого кашля - отхаркивающие препараты (Амброксол 30 мг, табл.; 15 мг/2 мл, амп., раствор для инъекций, 15 мг/5 мл, 30 мг/5 мл, сироп.).

3. Противовирусные препараты. Когоцел, Рамантадин, Циклоферон и др.

4. С сильным кашлем поможет справиться Мукалтин и Лазолван. Эти препараты очищают бронхи. А вот при насморке нужно пользоваться физиологическим раствором, а также Эктерицидом или спреями противовирусных препаратов.

5. Оксолиновая мазь 0,25%.

Нельзя применять при лечении ОРВИ такие препараты:

Антибиотики. Их назначают только при возникновении осложнений бактериальной инфекции.

Лекарственные препараты, содержащие атропин, кодеин и его производные или спирт (могут быть опасны для здоровья ребенка).

Перечень основных медикаментов:

Противовирусные препараты:

1. Осельтамивир капсулы 75 мг, порошок для приготовления оральной суспензии 12 мг/мл.
2. Занамивир порошок для ингаляций дозированный 5 мг/1 доза: ротадиски 4 дозы.
3. Ремантадин 100 мг, таблетки;
4. Нестероидные противовоспалительные препараты:

Парацетамол 200 мг, 500 мг, табл., 2,4 % суспензия для приема внутрь во флаконах по 70, 100, 300 мл.

Однако у детей старше 7 лет при применении противовирусных в лихорадочный период сокращается лишь на 1 сутки. Значит, их применение при большинстве ОРВИ с коротким фебрильным периодом не оправдано.

Симптоматическая терапия или по – другому - поддерживающая – основа лечения ОРВИ. Адекватная гидратация способствует разжижению секретов и облегчает их отхождение. Значительное место занимают индукторы интерферонов, потенцирующие синтез эндогенных интерферонов в организме. В клинической практике применяются классические индукторы, производные тилорона (амиксин и циклоферон) [6].

Элиминационная терапия эффективна и безопасна. Введение в нос физиологического раствора 2-3 раза в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия. Вводить физиологический раствор в положении лежа на спине с запрокинутой назад головой для орошения свода носоглотки и аденоидов. У маленьких детей с обильным отделяемым эффективна аспирация слизи из носа специальным ручным отсосом с последующим введением физиологического раствора. Положение в кровати с поднятым головным концом способствует отхождению слизи из носа. У старших детей рекомендуется спреи с солевым изотоническим раствором.

Сосудосуживающие капли в нос не укорачивают длительность насморка, но могут облегчить борьбу с заложенностью носа, а также восстановить функцию слуховой трубы. У детей 0-6 лет применяют фенилэфрин 0,125%, ксилометазолин 0,5%, оксиметазолин 0,01-0,025%, у старших – более концентрированные растворы.

Госпитализация требуется при тяжелом течении и развитии осложнений [4].

Немедикаментозная коррекция ОРВИ направлена на повышение иммунитета организма ребенка.

1. Обильное питье. Это одна из наиболее рациональных рекомендаций при ОРВИ. Оно выводит токсины, которые образуются, когда организм борется с вирусом. Во время болезни нужно выпивать 2-3 л жидкости в день. Однако следует обратить внимание на температуру питья: оно не должно быть слишком горячим. Горячее питье отрицательно влияет на состояние воспаленной слизистой оболочки горла и усиливает боль. Температура потребляемой жидкости должна быть равна температуре тела ребенка. Не давайте слишком холодные или горячие напитки. Организму тогда придется тратить дополнительную энергию на обогрев или охлаждение.

Кроме того, не стоит злоупотреблять напитками, содержащими кислоту (кислые соки, лимонады, чай с лимоном). Кислота, которая содержится в таких напитках, может вызывать раздражение слизистой оболочки, вследствие чего усилится боль в горле и увеличится риск развития бактериальных осложнений. Поэтому лучше давать ребенку пить нейтральные или щелочные напитки.

2. Основной вариант диеты. Основу рациона должна составлять пища, богатая белком, так как он необходим для восстановления поврежденных вирусами клеток: это кисломолочные продукты, отварное или запеченное нежирное мясо и рыба. Если ребенок предпочитает каши, отдайте предпочтение гречневой с молоком и овсянке (Приложение 1).

3. Вакцинация. В данное время вакцин против респираторных вирусов инфекций пока нет, но ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 мес. снижает и заболеваемость ОРВИ. У детей первого года жизни из групп риска это недоношенность, бронхолегочная дисплазия, врожденные пороки сердца (ВПС), нейромышечные расстройства для профилактики РС-вирусной инфекции в осенне-зимний сезон используют паливизумаб - в/м, в дозе 15 мг/кг ежемесячно – от 3 до 5 введений [9].

Реабилитация ОРВИ у детей

1. ЛФК. Детям при любых простудных заболеваниях, а также после них дается минимум двухнедельное освобождение от физкультуры. Подобное условие подразумевает нахождение ребенка на занятиях по физической культуре, но исключает сдачу нормативов. Более точные сроки, на которые дается освобождение школьнику от физкультуры, зависят от ее тяжести.

Участковый терапевт обязан указать в справке, предназначенной для предъявления в школу, о том, что ребенок после заболевания дается освобождение от физкультуры на определенный срок. Даже после выздоровления ученикам продлевается освобождение еще на несколько недель, поскольку возвращаться к урокам физкультуры нужно постепенно. Обычно в течение первой недели после заболевания спорт на уроках физкультуры допускается, но только в виде очень легких нагрузок. Если ребенок быстро устает и чувствует бессилие, то лучше всего освобождать его с физкультуры.

1. Массаж. Массаж при ОРВИ используется для лечения или облегчения не самой болезни, а ее симптомов — например, кашля, насморка, головной боли, а также в качестве вспомогательной терапии при бронхитах и др. осложнениях. Так, при ОРВИ массаж нормализует кровообращение в бронхах, улучшает отхаркивание мокроты и в целом оказывается противовоспалительное и спазмолитическое воздействие, повышает эластичность легочной ткани и предупреждает осложнения болезни. При ОРВИ, бронхитах и других простудных заболеваниях хороший эффект имеет массаж с пихтовым маслом — его втирают в воротниковую зону, растирают им грудь. Втирания полезно сочетать с ингаляциями. Также применяется массаж стоп по рефлекторным точкам несколько раз в день — такой массаж полезно делать болеющим детям. Как и любое другое

средство, массаж при простуде имеет противопоказания — он запрещен при повышенной температуре.

2. Горячие ванны для ног. Неплохое физиотерапевтическое лечение ОРВИ у детей в домашних условиях – использование горячих ванн для ног. Проводить эту процедуру можно детям не младше двух лет. При насморке прогревание ног помогает очистить носовые ходы.

3. УВЧ. Доказано, что электромагнитное поле высокой частоты улучшает кровообращение в области воздействия, а значит, сокращают сроки борьбы с болезнью.

4. Ингаляции с гидрокарбонатом натрия. Рекомендуемое соотношение соды и воды – 1 ч.л. порошка на 250 мл жидкости. Нельзя делать ингаляции при температуре тела, превышающей 37,5°C. проводите процедуру не менее чем через полтора часа после приема пищи.

5. Электрофорез с противовирусными средствами.

6. КУФ облучение слизистых. Лечебные эффекты: бактерицидный и микоцидный (для поверхностного облучения); иммуностимулирующий, метаболический, коагулокорректирующий (для ультрафиолетового облучения крови). использование ультрафиолетового излучения (180-280 нм) с лечебно-профилактической целью. В естественных условиях УФС-излучение (КУФ) практически полностью поглощается озоновым слоем атмосферы.

7. УФО слизистой зева и носа через тубус. Процедуру проводят каждый день или через день, начиная с 0,5 биодозы, и если все в порядке, доводят до 1–2 биодоз.

Следует помнить, что физиопроцедуры не назначают, пока не закончится острый период болезни. Когда клинические симптомы идет на спад, физиотерапевтические процедуры могут ускорить выздоровление и восстановить организм [9].

В течение двух недель проведено наблюдение за пяти пациентами с ОРВИ на базе детской поликлиники ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ.

Амбулаторная карта пациента № 1

Пациент № 1 2015 года рождения, обратился на приём 26.04.2021 года с жалобами на насморк, сухой кашель, температура тела в данное время 37,6°C.

Анамнез заболевания: начал болеть с 24.04.2021 года. Температура тела - 38,7°C. Принял лечение - 1 ч.л. Амброксола и 0,5 таблетку парацетамола.

Анамнез жизни: развивается соответственно по возрасту. Наследственность не отягощён. Перенесенные заболевания: ОРВИ, грипп. Аллергическая предрасположенность на лекарства нет. Переломы, травмы не было. Перенесенные операции не было. Вакцинация по возрасту.

Объективное обследование

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Костно – мышечная структура активная. Кожные покровы обычной окраски, без видимой патологии. В зеве усиленная гиперемия.

Основной диагноз: ОРВИ средней тяжести.

Медикаментозная и немедикаментозная коррекция:

1. Rp.: Supp. Viferoni 500 000 ME

D. t. d. № 10

S. Ректальное. По 1 свече 2 раза в день.

2. Rp.: Sol. Agualori Soft 15 ml.

D. t. d. № 10 in amp.

S. Интраназально 3 раза в день

3. Rp: Sir. Ambroxoli 0,6%-120ml

D.S: внутрь по 2 чайных ложки 3 раза в день после еды

4. Обильное питье и ОВД.

Также рекомендовано записать температуру тела на лист бумаги.

Повторно пришел 31.04.2021 год.

Жалоб нет. Температура 36,5°C. Зев чистый. При аускультации легких дыхание везикулярное. ЧДД – 23 в минуту. Температурные изменения представлено в диаграмме 1.

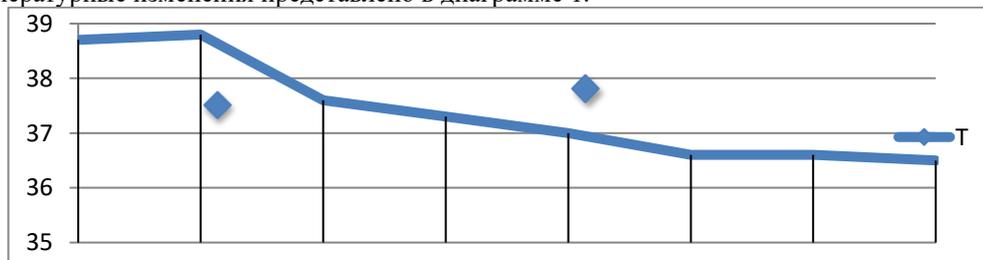


Диаграмма 1. Динамика температуры

Таким образом, температура тела пациента №1 в начале заболевания было 38,7°C, стало нормальным 29.04.2021 года – 36,6°C., т.е. на шестые сутки. При повторном приеме температура тела было 36,6°C, что свидетельствует об успешном снижении температуры. В норме как приведено в теоретической части при ОРВИ температура тела должно снижаться в течение 5 - 7 дней.

Со 2 мая он может посещать школу. Медикаментозная и немедикаментозная коррекция ОРВИ прошла

успешно.

Дневник обследования пациентки №2 приведено в таблице 1.

Таблица 1

Дата приёма	Курация пациента № 2	Медикаментозная и немедикаментозная коррекция
17.04.21	2001 года рождения, жалуется на повышение температуры до 38,3 ⁰ С, сухой кашель. Анамнез болезни: начал болеть с 15.04.21, сначала повысился Т до 38,5 ⁰ С. Принимал Парацетамол 1 таблетку. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Зев гиперемирован. При аускультации легких жесткое дыхание. Т – 37,9 ⁰ С, ЧДД – 28 в минуту. Тоны сердца ясные и ритмичные. ЧСС – 85 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Рост – 1,75 м, вес – 68 кг. На основании жалоб, объективного метода исследования ставится диагноз. Диагноз: ОРВИ средней тяжести. Направлен на ОАК, ОАМ. Рекомендовано записать температуру тела ребенка в лист бумаги или блокнот, чтобы узнать, через сколько дней температура тела снизится.	Если Т выше 38,5 ⁰ Rp.:Paracetamoli 0,2 D.t.d. № 10 in tab. S. По 1 таблетке 2–3 раза в день. 0,5 Rp.: Cycloferoni 0,3 D.t.d. № 20 in tab. S. 2 таблетки в день Rp.: Ambroxoli hydrochloridi 100ml D. t.d. №10 S. Внутрь по 1 мерной ложке 3 раза в день. Обильное питье
21.04.21	Жалоб нет. Температура тела 36,6 ⁰ С. Результаты ОАК представлены ниже, которые были сделаны 17.04.21 года: Эритроциты – 4,1 млн./л, лейкоциты – 3,2 млн./ л, гемоглобин – 129 тромбоциты – 192, СОЭ – 4 мм/ч. Заключение: лейкопения. ОАК от 21. 04.21 г. Эритроциты – 4,3 млн./л, лейкоциты – 4,5 млн./л, гемоглобин – 126 тромбоциты – 200, СОЭ – 6 мм/ч. Заключение: в норме. При проведение медикаментозной и немедикаментозной коррекции ОРВИ состояние ребенка улучшилось.	Температурный лист 15.04.2017 -38,5 ⁰ С 16.04.2017 – 38,5 ⁰ С 17.04.2017 – 38,3 ⁰ С 18.04.2017 – 37 ⁰ С 19.04.2017- 36,8 ⁰ С 20.04.2017 – 36,6 ⁰ С 21.04.2017 – 36,6 ⁰ С Таким образом, температура тела снизился через 5 дней.

Дневник обследования приведен в таблицы 2

Таблица 2

Дата приёма	Курация пациента № 3	Медикаментозное и немедикаментозная коррекция
21.04.21	Пациент 3, 2005 года рождения, Жалобы на головную боль, температура тела 37,4 ⁰ С. Анамнез болезни: больна в течение 3 – х дней. Объективное обследование пациента: Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. В зеве гиперемия, зернистая. При аускультации легких дыхание жесткое, ослабленное. ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные и ритмичные. ЧСС – 86 в минуту. Рост 1,45 м, вес – 45 кг. Живот мягкий и безболезненный при пальпации. Мочеиспускание свободное. Стул не изменен. Проведено рентгенография грудной клетки. Заключение от 21.02.21 года – без патологических изменений. Диагноз: ОРВИ, сопутствует фарингит. Назначено матери измерить температуру тела и записать в лист бумаги или блокнот, а также сдать ОАК, ОАМ. Не рекомендуется посещение школы.	Rp.: Flemoxini 0,5 D.t.d. 15 S. 3 раза в день Rp.: Acetylcysteiini 0,2 D. t. d. N 10 in tab. S. 200 мг. 3 раза в день Rp.:Sol. Rinostopi 0,05% - 15 ml D.S. по 2 капли * 3 раза в день Rp.: Tab.Kagoceli № 10 D.S. 2 таблетки в день Обильное питье
02.05.21	Жалоб нет. При осмотре зев чистый, температура тела 36,6 ⁰ С. При аускультации легких везикулярное дыхание, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные и ясные, ЧСС – 88 в минуту. Результаты анализа крови приведено в таблицы Проведенная медикаментозная и немедикаментозная коррекция ОРВИ считается успешной. Пациент может посещать школу.	

Температурный дневник представлен в диаграмме 2.

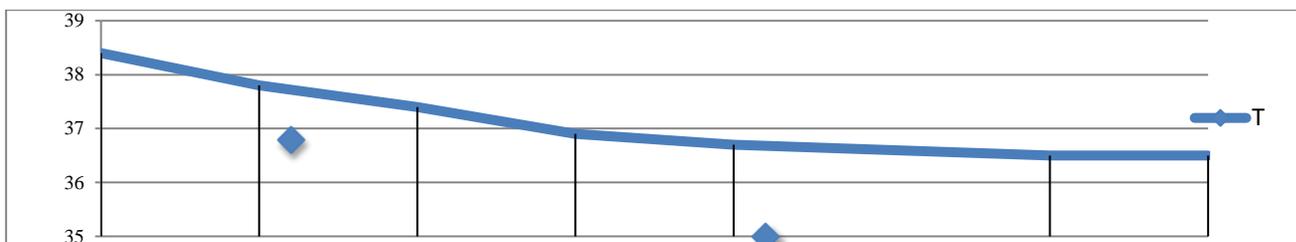


Диаграмма 2. Температурные изменения

При обращении в поликлинику было $37,4^{\circ}\text{C}$, в течение пяти дней температура тела стало нормальным. При повторном приеме температура тела пациента $3 - 36,6^{\circ}\text{C}$.

Амбулаторная карта пациента № 4

Наблюдение за пациентом № 4 приведено в таблице 3.

Таблица 3

Дата приёма	Курация пациента № 4	Медикаментозная и немедикаментозная терапия
24.04.21	<p>2007 года рождения, жалуется на сухой кашель, боли в горле, рвота была 2 раза, неспецифический стул до 4 – х раз в день.</p> <p>Анамнез болезни: болеть начала 23.04.2017 года с кашлем и болями в животе. Приняла 1 таблетку кетарола.</p> <p>Анамнез жизни: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы чистые, без патологических изменений. В легких дыхание жесткое. ЧДД – 20 в минуту. При аускультации сердца тоны ясные и ритмичные, ЧСС – 101 ударов в минуту, АД – 90/60 мм. рт. ст. Весит 46 кг. при росте 156 см. Зев гиперемирован. Язык обложен белым налетом. При пальпации живота - болезненный по всей поверхности живота. Мочепускание свободное, стул нарушен.</p> <p>На основании анамнеза болезни и объективного обследования был поставлен диагноз – ОРВИ средней степени тяжести. Направлена на инфекционную больницу. Также было сдано ОАК и ОАМ.</p> <p>ОАК от 24.04.2021 год Эритроциты – $4,36 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты – $3,5 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 128 г/л, СОЭ – 4 мм/ч. Заключение: лейкопения.</p> <p>ОАМ. Реакция щелочная, удельный вес – 1015, белок отрицательный. Заключение: в норме</p>	<p>Rp.: Tab. Arbidoli 0,1 D.t.d.N 30. S. По 2 табл. 4 раза в день Rp.: Enterofuryli 0,1 D.t.d. 10 in caps. S. 1 капсула * 3 раза в день Rp.: Pancreatini 0,5 D. t. d. N 20 in tab. S. 3 раза в день</p>
25.04.21	<p>Пришла на повторный прием с жалобами на сухой кашель, боли в горле.</p> <p>В инфекционной больнице была 24.04.2017 года и инфекционист поставил диагноз ОРВИМ средней степени тяжести и назначил лечение.</p> <p>Не рекомендуется посещение школы, активная физическая нагрузка.</p>	<p>Rp.: Tab. Arbidoli 0,1 D.t.d.N 30. S. По 2 табл. 4 раза в день Rp.: Enterofuryli 0,1 D.t.d. 10 in caps. S. 1 капсула 3 раза в день Rp.: Pancreatini 0,5 D. t. d. N 20 in tab. S. 3 раза в день Rp.: Biformi D.t.d. 30 in caps. S. 1 капс. 3 раза в день Обильное питье. ОВД</p>
02.05.21	<p>Жалоб нет. Объективное обследование - состояние удовлетворительное, сознание ясное. Зев чистый. При аускультации легких везикулярное дыхание. ЧДД – 19 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Проведенное лечение ОРВИ успешно. Пациент может посещать школу. Сдала повторно ОАК.</p> <p>ОАК от 02.05.2017 года. Эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты – $4,3 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 125 г/л, СОЭ – 6 мм/ч.</p>	02.05.21

Амбулаторная карта пациента № 5

Наблюдение за пациентом №5 приведено в таблице 8

Таблица 4

Дата приема	Курация пациента № 5	Медикаментозная и немедикаментозная терапия
-------------	----------------------	---

24.04.21	<p>Пациент 2001 года рождения, жалуется на высокую температуру 38,5 °С, сухой кашель.</p> <p>Анамнез болезни: болен с 22.04.2017 года. Принимал 1 таблетку парацетамола для снижения температуры.</p> <p>Объективное обследование: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Зев гиперемирован, зернистый. При аускультации легких дыхание жесткое, ЧДД – 21 в минуту, тоны сердца ясные и ритмичные. ЧСС – 83 ударов в минуту, АД – 115/75 мм. рт. ст. Живот при пальпации безболезненный. Мочеиспускание свободное, стул не нарушен.</p> <p>На основании жалоб, объективного статуса был поставлен диагноз ОРВИ средней степени тяжести.</p> <p>Контроль температуры тела. Записать на лист бумаги или блокнот.</p> <p>Назначен повторно прием на 02.05.2017 год</p>	<p>Rp.: Tab. Kagoceli № 10</p> <p>D.S. 2 таблетки 3 раза в день в течение 5 дней</p> <p>Rp.: Sol. Ambrobeni 4 ml</p> <p>D.t.d. 1 in amp.</p> <p>S. 50 к* 3 раза в день</p> <p>Обильное питье</p> <p>ОВД</p>
02.04.2017 год	<p>Жалоб не предъявляет. При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное. Зев чистый, при аускультации легких везикулярное дыхание. ЧДД – 20 в минуту. Температура тела 36,5° С. Живот безболезненный, мочеиспускание свободное. Стул не нарушен.</p> <p>Проведенная медикаментозная и немедикаментозная коррекция ОРВИ успешная. Рекомендовано посещение школы.</p> <p>Температурный лист пациентки №5 представлен в диаграмме 3.</p>	

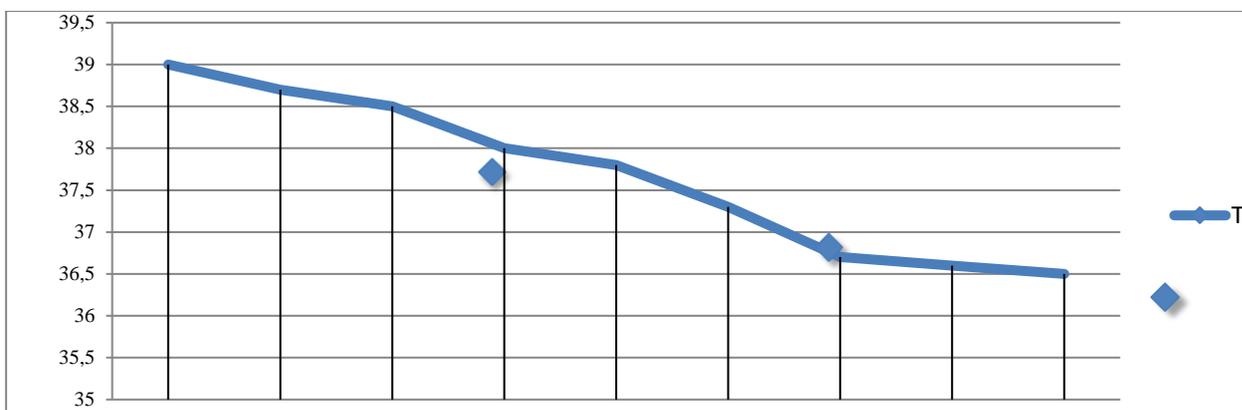


Диаграмма 3. Температурные изменения

Таким образом, температура тела пациента снизилась в течение 7 дней, что и соответствует нормальному показателю при заболеваниях ОРВИ.

В таблице 5 представлены результаты эффективности медикаментозной и немедикаментозной коррекции ОРВИ у пациентов.

Таблица 5

Результаты работы с пациентами

Жалобы	Пациенты, наблюдавшиеся в поликлиники									
	Пациент 1		Пациент 2		Пациент 3		Пациент 4		Пациент 5	
	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После
Боль в горле							+	-		
Повышение T	+	-	+	-	+	-			+	-
Сухой кашель	+	-	+	-			+	-	+	-
Нарушение стула							+	-		
Головная боль					+	-				
Рвота							+	-		
Насморк	+	-								
Гиперемия зева	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-

Жесткое дыхание	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Таким образом, после проведения медикаментозной и немедикаментозной коррекции ОРВИ состояние пациентов улучшилось. На момент обследования пациентов в детской поликлиники ГБУЗ РБ Белоречья ЦРКБ выявлены: пациентами дети, перенесшие ОРВИ. Все пациенты являются жителями города Белоречья и Белоречьского района. Чаще всего жалобами стали повышение температуры тела и сухой кашель. При объективном обследовании у всех гиперемия зева и жесткое дыхание при аускультации. У одной пациентки ОРВИ протекала с нарушением стула и рвотой. В данное время пациенты жалоб не предъявляют и можно сказать, что коррекция ОРВИ эффективное.

Рекомендации для родителей

После перенесенного любого заболевания нужно проводить период восстановления, то есть реабилитацию. Рекомендации, данные родителям может укрепить ослабленный организм и иммунитет ребенка, который поможет в дальнейшем не болеть повторно.

В период реабилитации родители ребенка должны руководствоваться такими факторами:

1. Ограничение активных физических нагрузок. Ослабленный организм требует бережного обращения. Поэтому первые две недели после ОРВИ нужно ребенку спокойный образ жизни.

2. Обильное питье.

3. Активная витаминизация. Поскольку витамины принимают активное участие во всех метаболических процессах, их потери во время заболевания очевидны.

4. Прогулки на свежем воздухе. Гуляйте в парке, в лесу - там, где как можно больше свежего, не загрязненного выбросами, воздуха.

5. Избегайте массового скопления людей. Ограничивайте походы в общественные места в течение первой недели после выздоровления. Это исключит риск того, что ослабленный организм снова заразится чем-либо.

6. Если ребенок лечился антибактериальными препаратами (особенно пенициллинового ряда), то высока вероятность появления у него дисбактериоза или молочницы. Для профилактики такого побочного эффекта следует по назначению врача применять бактериальные препараты для нормализации микрофлоры кишечника.

Пускай отношение к периоду после перенесенного заболевания будет таким же трепетным и серьезным, как и к лечению.

ОРВИ — это группа острых вирусных инфекционных заболеваний респираторного тракта различной этиологической природы, но со сходными эпидемиологическими, патогенетическими и клиническими характеристиками. В теоретической части изучены основные возбудители ОРВИ. Это вирусы парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус), энтеро- и риновирусы, реже - коронавирусы, мета- и пневмовирус.

Возбудители ОРВИ у детей передаются от больного человека воздушно-капельным, реже — контактно-бытовым. Характерна сезонность заболеваний, которая высока в период с сентября по апрель. После перенесенного ОРВИ у детей не формируется стойкий иммунитет и часто повторяясь, вирусная инфекция приводит к хроническому тонзиллиту, риниту, фарингиту, бронхиту. Чем ребенок младше, тем опаснее болезнь.

Лечение детей с ОРВИ в большинстве случаев проводится амбулаторно. Длительность и интенсивность терапии определяются возрастом больного, клинической формой заболевания, тяжестью его течения, а также наличием осложнений и сопутствующих заболеваний. Показаниями к госпитализации являются: тяжелое и осложненное течение ОРВИ, ранний возраст детей, острый стеноз гортани, сопутствующая хроническая бронхолегочная, почечная и сердечно-сосудистая патология.

Медикаментозная коррекция ОРВИ основывается в применение противовирусных средств, витаминотерапии, жаропонижающих препаратов. Если есть кашель, то применяют мукалитики и отхаркивающие. Антибиотики не применяют, и если же присоединяется бактериальная флора, то без них уже не обойтись. Немедикаментозная коррекция основывается в основном в обильном питье, которая не только восполняет потерянную жидкость организма, но и борется с температурой тела. Также к немедикаментозной коррекции относится основной вариант диеты. Основу рациона составляет пища, богатая белком, это кисломолочные продукты, отварное или запеченное нежирное мясо и рыба.

После перенесенного любого заболевания нужно проводить период восстановления. Поэтому по показаниям назначают УФО слизистой носа и зева через тубус, горячие ванны для ног, УВЧ, ингаляции с гидрокарбонатом натрия, электрофорез с противовирусными препаратами.

Изучены амбулаторные карты пациентов, проведена медикаментозная и немедикаментозная коррекция заболевания, подведен анализ лечения, созданы рекомендации родителям, которые могут быть использованы в лечебных учреждениях РБ.

Таким образом, изучены медикаментозные и немедикаментозные методы коррекции острых респираторных вирусных инфекций у детей.

Литература

1. Гуревич К. Г. Профилактика сезонных острых респираторных вирусных инфекций. Биомедицинский журнал Medline.ru. 2015. Т. 2.
2. Деева Э.Г. Антивирусные препараты для лечения гриппа. Сб. ст. / Под ред. В.И. Покровского. – СПб., Изд. «Росток», 2015. – С. 131–162.

3. Ершов Ф.И., Романцов М.Г. Антивирусные средства в педиатрии. М.: Русский врач, 2013. 244 с.
4. Крутихина С.Б., Яблокова Е.А. Острые респираторные вирусные инфекции у детей: современные возможности применения гомеопатических препаратов // РМЖ. 2016. №18. С. 1191-1195
5. Малышев Н.А. Инфекции дыхательной системы / Н.А. Малышев, Л.В. Колобухина, Л.Н. Меркулова, Ф.И. Ершов – 2015. – Т.07. – №10.
6. Последовательность и методика объективного обследования ребенка. Учебно – методич. пособие для студентов. – Саратов, 2016.
7. Лечение ОРВИ у детей [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles/pediatrics/Ostrye_respiratornye_virusnye_infekcii_u_detey_sovremennye_vozmoghnosti_primeneniya_gomeopaticheskikh_preparatov.

СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА В РАННЕМ ДЕТСТВЕ

*Маратова А.П.,
студентка 2 курса.
Научные руководители:
Асқарова Ж.А., Қобландина Г.С.,
преподаватели специальных дисциплин
ГКП «Актюбинский Высший
Медицинский Колледж
имени Героя Советского Союза
Манишук Маметовой» на ПХВ*

Сколиоз в раннем детстве определяется как аномальное искривление позвоночника любой этиологии, возникающее в возрасте до 10 лет. У больных детей высокий риск развития рестриктивной легочной дисфункции. Лечение представляет большие трудности из-за сложности и высокой заболеваемости заболевания.

Сколиоз с ранним началом (СРН) определяется как искривление позвоночника любой этиологии, возникающее в возрасте до 10 лет [1, 2]. Величину сколиоза оценивают на переднезадней рентгенограмме позвоночника. Сколиоз определяется как угол искривления позвоночника более 10 градусов. Для лечения сколиоза требуется всестороннее знание его причин, нормальное развитие грудной клетки и позвоночника, естественное течение сколиоза. Дети в возрасте до 10 лет с прогрессирующим СРН находятся в критической фазе развития легких с высоким риском развития рестриктивного заболевания легких в результате деформации грудной клетки, обусловленной сколиозом [3]. Сегодня хирургическое лечение первой линии СРН основано на установке имплантатов, обеспечивающих дальнейший рост позвоночника. Этот подход заменил раннюю хирургию слияния, которая в настоящее время устарела. Текущая цель лечения сколиоза с ранним началом состоит в том, чтобы контролировать прогрессирующее сколиоза, обеспечивая при этом дальнейший рост позвоночника и грудной клетки.

Точная распространенность СРН неизвестна. Сообщается, что для подросткового идиопатического сколиоза > 10 градусов распространенность составляет 2–3% [5]. Лечение СРН очень сложно из-за неоднородности состояний и разнообразных сопутствующих заболеваний. Из-за разнообразия основных факторов сколиоз не имеет общего патофизиологического пути.

Прогрессирование СРН широко варьируется в зависимости от тяжести и этиологии. Различают между: врожденные пороки развития, нервно-мышечное заболевание, такое как слабость спинных мышц или менингомиелоцеле, синдромы связанные со сколиозом, такие как синдром Марфана или синдром Элерса-Данлоса, нейрофиброматоз и идиопатический сколиоз.

Врожденный сколиоз с врожденными пороками развития тел позвонков или комплексными пороками развития, включая грудную дисплазию или спондило-реберную дисплазию (синдром Джархо-Левина), требуют специфического и раннего лечения.

Идиопатический сколиоз описывается как инфантильный идиопатический сколиоз, если он проявляется у пациентов в возрасте до 3 лет, и как ювенильный идиопатический сколиоз, если он проявляется у пациентов в возрасте от 4 до 9 лет. Различают два типа инфантильного идиопатического сколиоза: рассасывающийся, протекающий доброкачественно со спонтанной ремиссией (до 80% случаев), и злокачественно-прогрессирующий [6]. При отсутствии лечения течение инфантильного прогрессирующего сколиоза неблагоприятно с высокой заболеваемостью и смертностью от сердечно-легочных осложнений [7]. Мальчики и девочки страдают в равной степени. По типу искривления сколиоза заболевание классифицируют как доброкачественное или злокачественное. В то время как гибкая гармоническая С-образная кривая обычно является доброкачественной, короткие структурные аномалии часто носят злокачественный/прогрессирующий характер [6]. Как правило, магнитно-резонансная томография (МРТ) всего позвоночника должна выполняться у всех пациентов с прогрессирующим сколиозом. В своем исследовании 504 случаев детского или юношеского сколиоза, которые были просканированы с помощью МРТ 18,7% пациентов были обнаружены интраспинальные аномалии, такие как аномалии Арнольда-Киари, связанный канатик, сирикс и пороки развития расщепленного спинного мозга.

Обычные системы растущих стержней необходимо хирургически отвлекать каждые шесть месяцев до достижения скелетной зрелости. Благодаря новой технике телескопических стержней с магнитным управлением,

которые можно отвлекать чрескожно, пациентам больше не нужно проходить эти хирургические процедуры удлинения.

В ретроспективном исследовании с периодом послеоперационного наблюдения (ПН) не менее 24 месяцев всего 22 пациентам с ранним сколиозом (РНС) была проведена имплантация магнитоуправляемых растущих стержней (ИМРС).

Система ИМРС имеет телескопический механизм, который можно отвлекать чрескожно с помощью внешнего электромагнита. Техника имплантации ИМРС сравнима с техникой, используемой с обычными растущими стержнями. Стержни продвигают в субмускулярной плоскости и закрепляют в позвоночнике и/или тазу с помощью транспедикулярных винтов или крючков для пластинок. Каждые 4 месяца выполняется чрескожная дистракция без анестезии на основании кривых роста позвоночника.

На момент операции средний возраст пациентов детского возраста составлял $8,8 \pm 2,5$ года (4,6–14,3 года). Наиболее частыми состояниями были синдромальные ($n = 7$) и нервно-мышечные ($n = 5$) сколиозы. Из этих пациентов 91% ($n = 20$) имели грудной, 4,5% ($n = 1$) груднопоясничный и 4,5% ($n = 1$) поясничный сколиоз. Средняя продолжительность ЯБ составила 31 ± 7 мес (24–46), амбулаторно выполнено не менее 6 дистракций с интервалом в 4 мес (8 ± 2 ; 6–11).

Послеоперационная рентгенологическая оценка. В результате имплантации MCGR высота грудной клетки (T1–T12) увеличилась на 11% с $18,3 \pm 2,5$ см (диапазон 13,1–23,4) до $20,4 \pm 2,6$ см (диапазон 15,2–25,9; $p < 0,001$); на момент последней ФУ средний рост грудной клетки составлял 22,5 см (диапазон 17,4–28,2; $p < 0,001$). Высота позвоночника S1–T1 увеличилась в среднем на 13% с $29,6 \pm 4,3$ см (диапазон 21,7–37,7) до $33,3 \pm 4,3$ см (диапазон 26,1–41,5) ($p < 0,001$). На момент последнего измерения средняя высота позвоночника составляла в среднем 35,9 см (диапазон 28,6–44,4). Это соответствует нормальному росту 1 мм/мес.

Неблагоприятные события. До сих пор не было никаких интраоперационных нежелательных явлений. Со временем у 4 пациентов развился кифоз над инструментами, называемый высоким грудным соединительным кифозом. В 3 случаях потребовалась ревизионная операция для коррекции кифоза. У 1 пациента наблюдалось ослабление фиксации проксимального винта, а у другого пациента кривизна под инструментами увеличилась («прибавление»). До сих пор не произошло никаких неврологических нежелательных явлений или поломки стержня. Всем детям проводили интраоперационный нейромониторинг.

Имеющиеся данные показывают, что метод чрескожной дистракции на основе растущих стержней с магнитным управлением обеспечивает нормальный рост позвоночника, помимо коррекции сколиоза. В отличие от более ранних традиционных методов, это достигается без необходимости повторных хирургических дистракционных процедур. В нашем одноцентровом исследовании мы добились первичной коррекции сколиоза с помощью начальной операции, которая была на 10 градусов больше по сравнению с результатами аналогичных исследований. По нашему мнению, это объясняется исключительным использованием техники двойного стержня. В период отвлечения результаты имеют тенденцию к стабилизации с тенденцией к дальнейшему снижению. При правильном назначении метод ИМРС представляет собой новый вариант лечения раннего сколиоза. Наибольшим преимуществом, которое он предлагает, является неинвазивная экстракорпоральная дистракция, позволяющая позвоночнику и грудной клетке непрерывно расти. Это снижает не только частоту нежелательных явлений и частоту ревизий, но и частоту госпитализаций, послеоперационную боль и психологический стресс у детей.

При СРН пульмонологи особенно обеспокоены функциональной целостностью легочной паренхимы, что выражается в физиологическом газообмене. Основным требованием для этого является ненарушенное пре- и особенно постнатальное развитие легких. Формирование альвеол, т. е. дифференцировка первичных перегородок во вторичные, начинается на 36-й неделе беременности и заканчивается к 3 годам; следовательно, к моменту рождения функционируют только около одной трети поздних альвеол. Легкие приобрели взрослую морфологию только к 3 годам; затем зрелые легкие вступают в период «простого» роста.

Объемы грудной клетки у новорожденных в возрасте 5 лет и в возрасте 10 лет составляют соответственно 6%, 30% и 50% от конечного объема грудной клетки при зрелости скелета. Таким образом, если конфигурация грудной клетки нарушена, например, из-за раннего сколиоза или раннего хирургического спондилодеза, это влияет как на структурное созревание, так и на количественное развитие паренхимы легких. Особенно в течение первых 5 лет после рождения позвоночник от S1 до T1 растет очень быстро, со скоростью 2 см в год. Затем он выходит на плато между 5 и 10 годами после рождения (1 см/год), после чего следует еще одно ускорение (1,8 см/год) во время всплеска роста в период полового созревания.

Решение о показании хирургического лечения пациенту с СРН должно основываться на прогрессировании сколиоза и/или развитии деформации грудной клетки. Однако операция обычно показана пациентам с прогрессирующим сколиозом >50 градусов.

Первичную операцию по спондилодезу, т. е. спондилодез, не следует проводить в раннем детстве, так как это будет препятствовать или даже останавливать оставшийся рост позвоночника и грудной клетки.

Как консервативное, так и хирургическое лечение сколиоза в раннем детстве представляет собой сложную задачу из-за влияния роста и гетерогенности состояния. Три направления консервативного лечения СРН — это физиотерапия, серийное гипсование и фиксация. Для хирургического лечения сколиоза с ранним началом ростосберегающие процедуры стали незаменимыми.

С нашей точки зрения, использование специфических физиотерапевтических стратегий является важнейшим элементом консервативного лечения сколиоза и должно быть начато при наличии легких

деформаций. Однако имеющиеся доказательства СРН слабы. Небольшие исследования подросткового идиопатического сколиоза (ПИС) с короткими периодами наблюдения за пациентами с легким сколиозом показали некоторую степень эффективности. Целями физиотерапии являются стабилизация позвоночника и мышц туловища и предотвращение вторичных функциональных нарушений.

Литература

1. Акбарния Б.А., Эль-Хавари Р. Письмо в редакцию, раннее начало сколиоза: время для консенсуса. Деформация позвоночника. 2015 г.; с. 105–106.
2. Скэггс Д.Л., Гийом Т., Эль-Хавари Р. и соавт. Консенсусное заявление о раннем развитии сколиоза, Комитет по растущему позвоночнику SRS. Деформация позвоночника. 2015 г.; с. 123-125.
3. Штюкер Р. Растущий позвоночник: нормальное и аномальное развитие. Ортопед. 2016; с. 534–539.
4. Мюрхед А., Коннер А.Н. Оценка функции легких у детей со сколиозом. J Bone Joint Surg (Br) 1985; с. 699–702.
5. Вайнштейн С.Л. Естественная история. Позвоночник. 1999 г.; с. 2592–2600.
6. Ллойд-Робертс Г.К., Пилчер М.Ф. Структурный идиопатический сколиоз в младенчестве: исследование естественного течения 100 пациентов. J Bone Joint Surg Br. 1965 год; с. 520–523.
7. Перссон К., Ларссон С., Оден А., Нахемсон А. Долгосрочное наблюдение за пациентами с нелеченым сколиозом. Изучение смертности, причин смерти и симптомов. Позвоночник. 1992 год; с. 1091–1096.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ ПЕДИАТРИИ

*Марусина А.В.,
обучающаяся 3 курса.
Научный руководитель
Курилова Е.Г.,
преподаватель,*

Аркадакский филиал ГАПОУ СО «СОБМК», г. Аркадак

Актуальность выбранной темы: педиатрия является современной отраслью медицины, занимающаяся изучением болезней детей и её лечением. Основное различие между педиатрии и медицины взрослых является то, что дети являются несовершеннолетними (до 17 лет), и в большинстве не могут принимать серьезные решения за себя.

Цель выбранной темы: реализация лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий для детей от 0 до 17 лет.

Задачи выбранной темы:

1. Собрать и изучить материал по заданной теме;
2. Рассмотреть проблемы лечения пациентов в отделении педиатрии ;

Объектом выбранной темы: являются проблемы пациентов детского возраста;

Предметом выбранной темы: являются проблемы лечения пациентов детского возраста в отделении педиатрии.

На современном этапе в Российской Федерации показатели здоровья женщин и детей считают важнейшими и наиболее чувствительными индикаторами уровня социально-экономического положения страны и развития общества. Медико-социальное значение системы охраны материнства и детства определено ее огромной ролью в снижении перинатальной, младенческой, детской и материнской смертности, сохранении здоровья женщины и ребенка, воспитании физически крепкого молодого поколения с гармоничным развитием физических и духовных сил.

Система охраны материнства и детства (СОМид) — система государственного, муниципального, общественного и частного характера, направленная на сохранение и укрепление здоровья женщины и ребенка, создание оптимальных условий для выполнения важнейшей биологической и социальной функции женщины – рождения и воспитания здорового ребенка, и позволяющая совмещать материнство и воспитание детей с активным участием в производственной и общественной жизни.

Деятельность государственной СОМид направлена на реализацию комплекса социально-экономических и лечебно-профилактических мер по обеспечению условий нормальной жизнедеятельности, оптимизации образа жизни в семье, укреплению здоровья женщин и детей.

Комплекс этих мероприятий должен обеспечить: - гарантии гражданских прав женщин и меры поощрения материнства; - разработку законодательных актов о браке и семье и их реализацию; - охрану женского труда и трудовой деятельности подростков; - государственную материальную и социальную помощь семьям, имеющим детей; - гарантированные системы обучения и воспитания детей в нормальных условиях, не нарушающих их здоровья; 7 -качественную, гарантированную и доступную медико-социальную помощь. В современных условиях достижение адекватного уровня качества и доступности медицинской помощи детскому населению является одной из приоритетных задач по обеспечению эффективного функционирования системы здравоохранения в любом государстве.

Оказание ПМСП детскому населению занимает ведущее место в общей системе здравоохранения. Деятельность по организации этого вида помощи регламентирована Приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 марта 2018 г. N 92н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной

помощи детям". Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Педиатрическое отделение – оказывает лечебно-профилактическую помощь детям в поликлинике, и на дому. Данная система создает оптимальные возможности для непрерывного наблюдения за детьми одними и теми же врачом и медсестрой, дает возможность точно оценить развитие и состояние здоровья ребенка в динамике с учетом условий, в которых он живет и воспитывается.

Цели участкового врача-педиатра: добиваться снижения заболеваемости и смертности детей всех возрастов; проводить мероприятия, направленные на создание оптимальных условий для физического, психического, полового и иммунологического развития ребенка; осуществлять специфическую и неспецифическую профилактику.

Задачи участкового врача-педиатра:

- 1) обеспечение контактов и преемственности в работе с врачами женской консультации для наблюдения за беременными женщинами, особенно из группы риска;
- 2) посещение новорожденных в первые 3 дня после выписки из родильного дома;
- 3) прием здоровых детей в поликлинике, оценка их физического и психического развития, назначение рационального питания, рекомендаций по специфической и неспецифической профилактике рахита, гипотрофии, ожирения, анемии;
- 4) организация на дому и в поликлинике профилактического наблюдения за детьми;
- 5) составление плана прививочной работы и контроль за его выполнением, осуществление вместе с другими специалистами реабилитации взятых на учет детей;
- 6) организация обследования и оздоровления детей перед поступлением их в детские дошкольные учреждения и школу;
- 7) посещение по вызовам родителей детей на дому в случае их болезни, оказание лекарственной и физиотерапевтической помощи, ЛФК, при необходимости активное наблюдение больного дома до его выздоровления, госпитализации или разрешения ему посещения поликлиники;
- 8) направление детей на лечение в стационар, в случае необходимости принятие всех мер для экстренной госпитализации больного;
- 9) информирование руководства поликлиники о случаях, когда по каким-то причинам тяжелобольной ребенок остается не госпитализированным;
- 10) своевременное и в установленном порядке информирование о выявлении инфекционного заболевания или подозрении на него, комплексная профилактика инфекционных заболеваний;
- 11) отбор и соответствующий учет детей, нуждающихся по состоянию здоровья в санаторном и курортном лечении.

Врач и медицинская сестра, работающие на педиатрическом участке, ведут плановую санитарно-просветительную работу с родителями ребенка, пропагандируют здоровый образ жизни, объясняют вред алкоголизма, курения в семьях.

В настоящее время задачей врача-педиатра является проведение профилактических бесед среди малообеспеченных и социально неблагополучных семей о гигиенических нормах и правилах ухода, а также воспитании детей разных возрастных групп.

Наиболее актуальные темы санитарной пропаганды для участкового врача-педиатра в зависимости от возраста ребенка:

- 1) правила ухода, рационального вскармливания, проведения комплекса мероприятий по закаливанию, профилактика рахита – для родителей, имеющих детей грудного возраста;
- 2) соблюдение режима дня, методы закаливающих мероприятий, профилактика острых респираторных заболеваний, специфическая профилактика детских инфекций – для родителей детей младшего и старшего ясельного возраста;
- 3) привитие навыков личной гигиены, методы закаливания и гигиеническая гимнастика, профилактика острых детских инфекций, аллергических и инфекционно-аллергических заболеваний, детского травматизма – для родителей, имеющих детей дошкольного возраста;
- 4) профилактика нарушений осанки, близорукости, ревматизма и других инфекционно-аллергических заболеваний, неврозов, вопросы полового воспитания – для родителей, имеющих детей школьного возраста, педагогов и самих школьников.

В санитарно-просветительной работе по гигиеническому воспитанию широко практикуется организация школ молодых матерей, школ отцовства, общественных университетов для родителей при дошкольных учреждениях.

Особое внимание в вопросах гигиенической дисциплины должно уделяться детям, которые уже перенесли серьезные заболевания и находятся в стадии ремиссии.

Соблюдение диеты, ограничение физических нагрузок, проведение лечебной физкультуры и умеренных закаливающих процедур предупреждают рецидивы. В этих случаях нельзя пренебрегать беседами с самим ребенком, объясняя ему необходимость этих временных мер, предупреждая непредвиденные психологические срывы.

Проблемы лечения пациентов в отделении педиатрии:

- затруднение в сборе информации непосредственно от больного, 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: «Болит голова, живот, нога, грудь...», однако нередко может показать больное место рукой. Или подросток-невротик во время обследования не может четко описать ощущения: «Все болит - 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;

- недостаточное количества клинических исследований по причине высокой стоимости и длительности исследований;

- жесткие требования относительно методологии и этики;

- особенности распределения лекарств при разных путях введения. У детей грудного возраста имеются особенности как распределения лекарств при разных путях введения, так и их биотрансформации. По сравнению с взрослыми препараты у них более активно всасываются через кожу, слизистые оболочки носа и желудка, но медленнее идет всасывание из кишечника (следовательно, внутреннее введение лекарства предпочтительнее парентерального). В срок от 1 до 3 месяцев всасывание в желудочно-кишечном тракте стабилизируется и перестает быть непредсказуемым, созревают и стабилизируются механизмы активного транспорта лекарств через стенку кишечника;

- психологические трудности и переживания ребенка и матери, связанные с нахождением в ЛПУ.

Таким образом, можно сделать вывод, что проблемы лечения пациентов в отделении педиатрии на современном этапе сохраняет свою актуальность, несмотря на достижения фундаментальной медицины и успешное внедрение в медицинскую практику инновационных технологий улучшения качества диагностики и терапии.

Литература:

1. Исаева Л.И. Стандарт профессиональной деятельности палатной медицинской сестры детского отделения / Л.И. Исаева. – М.: «АНМН», 1998. – 314 с.

2. Усов И.П. «Практические навыки педиатра» /И.П. Усов, М.В. Чичко, Я.Н., Астахова – Высшая школа. - М.:, 1990. – 209 с.

3. Уход за больным ребенком /под ред. Юрьева В.В., Симахорского А.С./ Учебно-методическое пособие. Л.: Медицина, 1989. – 129 с.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

*Реджепова Ю.Д.,
обучающаяся 4 курса.
Научный руководитель
Нагулова О.В.,
преподаватель,
ГБПОУ «СМГК», г. Сызрань*

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что в настоящее время бронхиальная астма у детей принадлежит к числу самых распространённых аллергических болезней. Согласно клинических рекомендаций по БА (2019 год) в РФ, распространённость бронхиальной астмой (далее – БА) среди взрослых составляет 6,9%, а среди детей и подростков – около 10%. Чаще начало заболевания приходится на детский возраст до 10 лет - 34%, от 10 до 18 лет - 14%. Бронхиальная астма у детей в раннем детстве протекает необычно, нередко принимается за коклюш, бронхопневмонию, бронхоаденит .

Бронхиальная астма – хроническое заболевание, которое является причиной многих физических, психологических и социальных проблем. А тяжелые формы бронхиальной астмы являются смертельной опасностью для организма пациента.

Несвоевременная диагностика и неадекватное лечение – основные причины тяжёлого течения и смертности детей с бронхиальной астмы. Поэтому важно назначать правильную и современную терапию для пациента. Выбор лечения определяется тяжестью клинического течения бронхиальной астмы, частотой приступов и длительностью ремиссии заболевания. Однако необходим ещё и индивидуальный подход в выборе лечебного препарата и методов лечения.

Целью исследования стало: определение современных аспектов лечения и профилактики бронхиальной астмы у детей для совершенствования деятельности фельдшера педиатрического участка.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить состояние вопроса в современной научной литературе, специализированных интернет-сайтах по теме дипломной работы.

2. Проанализировать статистические данные по заболеваемости у детей в Российской Федерации, структуру заболеваемости детей по заболеваниям органов дыхания в Самарской области, изучить и провести анализ годовых отчетов Сызранской городской поликлиники.

3. Рассмотреть результаты анкетирования родителей детей, больных бронхиальной астмой.

4. Составить информационный материал для родителей детей с бронхиальной астмой по профилактике и лечению заболевания.

Объект исследования – патология органов дыхания у детей. Предмет исследования – современные аспекты лечения и профилактики бронхиальной астмы у детей. Методы исследования: общетеоретический (изучение научной и учебной литературы, нормативно-правовой документации), статистический (сбор, обработка информации), наблюдение, социологический.

Бронхиальная астма – это гетерогенное заболевание, которое характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей и диагностируется по респираторным симптомам свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди или кашля, переменных по длительности и интенсивности, в сочетании с обратимой обструкцией дыхательных путей.

Эпидемиологические исследования последних лет подтверждают высокую распространенность бронхиальной астмы у детей и взрослых, которая варьирует в среднем от 5 до 15%. На эти показатели существенным образом влияют правильно поставленный диагноз (с учётом современных критериев диагностики) и методы изучения.

Практическая часть исследовательской работы проводилась на базе ГБУЗ СО «Сызранская ГП», ДП №2. Анализировались данные Росстата, годовые отчеты городской поликлиники, результаты анкетирования родителей больных детей. Было изучено 6 историй развития детей, состоящих на диспансерном учете по поводу бронхиальной астмы.

Рассмотрена структура заболеваемости детей от 0-14 лет по основным классам и группам болезней в Российской Федерации за 2019 год. Лидирующее место заболеваний органов дыхания среди других видов патологии и составляет 67,8%. Анализ структуры заболеваемости детей в Самарской области показал аналогичные результаты: доля заболеваний органов дыхания в 2019 году составила 70%. Таким образом, патология органов дыхания преобладает над другими видами патологии в Самарской области.

Далее изучены годовые отчеты «СП» с 2017-2020 гг. по заболеваемости взрослого и детского населения, в том числе бронхиальной астмой. Численность прикрепленного детского населения, начиная с 2018 года несколько снижается.

Среди прикрепленного детского населения доля детей и подростков до 17 лет, состоящих на диспансерном учете, за период 2017-2020 гг. составляет в среднем 24%.

Таким образом, практически каждый четвертый ребенок состоит на диспансерном учете по поводу различной патологии. Распространенность бронхиальной астмой среди прикрепленного детского населения в 2017-2020 гг. составила в среднем за 4 года – 1,4%. Отмечается увеличение распространенности БА среди детей. Увеличивается доля детей и подростков среди всех пациентов с бронхиальной астмой, состоящих на диспансерном учете в городской поликлинике.

Следующим этапом работы стал анализ историй развития 6 детей с бронхиальной астмой и анкетирование их родителей.

Распределение по возрасту выявления бронхиальной астмы в исследуемой группе следующее: в возрасте до 5 лет диагноз БА поставлен 1 ребенку, в 5-10 лет – 4 детям, в 11-14 лет – 1 ребёнку.

Наиболее часто диагноз БА выставлялся детям в возрасте 5-10 лет, что согласуется с российскими данными. В возрасте до 5 лет диагноз БА поставить затруднительно.

Анализ степени тяжести БА показал, что у 4 детей БА имеет среднетяжелую степень, у 2 – легкую степень тяжести (персистирующего течения). У детей с БА выявлены сопутствующие заболевания. Так у 2 детей выявлены хронический аллергический ринит, у одного – анемия, у одного ребенка – атопический дерматит. У всех этих детей отмечается среднетяжелое течение БА, у детей с легким течением сопутствующих заболеваний не выявлено.

Среди 4 детей со среднетяжелым течением астмы отмечается отягощенный аллергический анамнез, у 2 детей с легким течением болезни аллергический анамнез не отягощен. У 2 детей отягощена наследственность по аллергическим заболеваниям, что повышает риск развития БА.

Анкетирование родителей детей с бронхиальной астмой позволило выявить степень приверженности назначениям врача в мониторинге и лечении астмы, а также изменение качества жизни детей. Только 67% родителей указывают на ежедневное проведение пикфлоуметрии.

Не все пациенты выполняют лечебные процедуры в точном соответствии с предписаниями врача.

Подавляющее большинство родителей отметили в анкете положительное влияние проводимой терапии на качество жизни ребенка, что выразилось в частности в исчезновении одышки, улучшении переносимости физической нагрузки.

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы:

- 1) Отмечается повышение распространенности бронхиальной астмы среди детей и подростков.
- 2) Современные принципы лечения бронхиальной астмы основаны на раннем использовании ингаляционных глюкокортикостероидных препаратов, оказывающих выраженный противовоспалительный эффект и предупреждающих ремоделирование бронхов.
- 3) Изменение социально-бытовых и психоэмоциональных факторов способствует снижению частоты заболеваемости бронхиальной астмой.
- 4) Высокий уровень приверженности пациентов и их родителей к выполнению лечебно-диагностических мероприятий позволяет значительно улучшить качество жизни ребенка.

Роль фельдшера в профилактике и лечение БА следующая:

1. Проводить профилактическое консультирование пациентов и их родителей по коррекции факторов риска.
2. Повышать образовательный уровень и мотивацию путем занятия в школах здоровья.
3. Убеждать пациентов с бронхиальной астмой и их родителей проводить пикфлоуметрию ежедневно.
4. Следить за осуществлением пациентами и их родителей лекарственной терапии, назначенной врачом.

Литература

1. Алгоритмы диагностики и лечения. Оториноларингология и пульмонология [Электронный ресурс]: справочное руководство для врачей амбулаторной практики / под ред. А. Б. Хадзеговой. – Москва : Бионика Медиа, 2018. - 64 с. on-line. - (Приложение к журналу Терапия ; № 1/2018).

2. Бродская, О. Н. Одышка при бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких: механизмы и возможности коррекции. Роль бронхолитиков короткого действия в условиях смены парадигмы / О. Н. Бродская // Астма и аллергия. – 2019. – № 2. – С. 20-24.

3. Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика: Национальная программа. - 2017.