

МЕДИЦИНСКИЕ ЗНАНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Исполняющий обязанности

главного редактора

Абаев Юрий Кафарович

Редакционная коллегия:

Е. М. Бильдюк (отв. секретарь)

Л. И. Алехнович

А. А. Астапов

И. В. Василевский

Ю. Г. Дегтярев

Н. И. Доста

Л. Э. Кузнецова

А. Е. Кулагин

Г. В. Кулагина

Т. В. Матвейчик

В. К. Милькаманович

В. Г. Панкратов

С. М. Русак

Н. Ф. Сивец

Р. А. Часнойть

В. П. Шиманович

С. Ф. Южик

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

Подписные индексы:

для организаций — 749062

для индивидуальных подписчиков — 74906

Стиль-редактор Е. М. Бильдюк
Компьютерная верстка С. А. Шуляк

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

Подписано в печать 03.06.2021

Тираж экз.

Заказ

Государственное предприятие
«СтройМедиаПроект».
ЛП № 02330/71 от 23.01.2014.
Ул. В. Хоружей, 13/61, 220123, г. Минск

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

© Учреждение «Редакция журнала
«Здравоохранение», 2021

Научно-практический журнал
для специалистов
со средним
медицинским
образованием

3(135)

май – июнь, 2021

Издается с 1999 года
Выходит 1 раз в 2 месяца

Учредитель: учреждение «Редакция журнала «Здравоохранение»

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции _____ 2

Тема номера

Н. Ф. Сивец

Осложнения при основных путях введения
лекарственных средств _____ 3

Наблюдение, реабилитация и уход

В. К. Милькаманович

Сестринская помощь в медико-социальной адаптации
и реабилитации при аутоиммунном тиреоидите _____ 7

Обмен опытом

И. В. Василевский

Особенности организации сестринского процесса
в педиатрии _____ 14

Трибуна преподавателя

И. Д. Шилейко, А. Т. Кузьменко

Наркотики: реалии времени _____ 18

История, факты, события

Ю. К. Абаев

Доброе слово – лекарство _____ 21

Простая кулинария _____ 28

Школа само- и взаимопомощи

В. К. Милькаманович

Как усилить свою внимательность _____ 30

Дорогие коллеги!

Редакция и редколлегия журнала «Медицинские знания» сердечно поздравляют вас с Днем медицинского работника! От всей души желаем крепкого здоровья, благополучия и творческих успехов. Пусть уверенность в своих силах, профессионализм, благодарные пациенты, интересные замыслы и свершения будут вашими постоянными спутниками!

Когда ставят диагноз тяжелого неизлечимого заболевания, медикам и родным предстоит решить сложную задачу: говорить правду больному или нет. В эпоху патерналистской медицины считалось жестоким и морально недопустимым сообщать неблагоприятный прогноз. Сейчас в странах Запада доминирует точка зрения – сказать правду необходимо, как бы горька она ни была. В пользу такого подхода приводят веские аргументы. Во-первых, ложь, пусть даже с благими намерениями, рано или поздно обнаружится – и тогда пациент окончательно потеряет доверие к медикам и своим близким. Во-вторых, прогресс медицины привел к тому, что многие болезни, еще недавно считавшиеся неизлечимыми, поддаются исцелению, и для того чтобы проводить лечение, иногда очень тяжелое, важно, чтобы пациент понимал, почему его подвергают агрессивным, порой небезопасным процедурам. Наконец, он имеет право знать, сколько осталось времени, чтобы устроить свои дела так, как он хочет.

Человек, узнавший диагноз тяжелого заболевания, переживает несколько стадий отношения к своей болезни. Первая – шок, страх, растерянность. Вторая – отрицание («этого не может быть»). Третья – агрессия, появляется обида на весь мир, на близких людей и даже на самого себя. Продолжительность этих стадий у каждого пациента различна, но все они характеризуют неконструктивную реакцию на известие о болезни, так как отнимают время, необходимое для лечения. Вот почему так важно помочь максимально быстро достичь стадии, когда пациент принимает факт болезни, что позволяет включиться в лечебный процесс и стать сознательным помощником медика. При этом, даже если диагностируется распространенная стадия злокачественного заболевания и осознание скорой кончины становится неизбежным, у больного есть возможность умереть по-человечески, а у близких – достойно провести с ним последние дни.

Какое поведение родственников должен формировать медицинский работник в этой ситуации? Родные, которым сообщают диагноз, обычно делают все возможное, чтобы его скрыть. Однако в сокрытии правды нет подлинного гуманизма, неправда, присутствующая в отношениях людей, делает их холодными и скованными. В этом случае обстановка в семье неизбежно приобретает характер тотальной лжи. А что такое ложь, как не одиночество? Разве страдающему человеку и тем, кто находится рядом с ним, нужно одиночество? Кроме того, наличие «секрета» лишает заболевшего возможности занять ответственную позицию по отношению к своему здоровью.

В этот период пациент должен понимать, что его переживания вызывают отклик у окружающих и близких. Он имеет право знать, что родные люди страдают ему. Они могут испытывать досаду, гнев, обиду – это тоже естественно. Тут важно понять, что плохими могут быть поступки, но не чувства, поэтому членам семьи не надо осуждать себя за переживания негативных эмоций к больному. Мы неизбежно обедняем и выхолащиваем наше общение, становимся заложниками эмоций, когда не даем им проявляться. Ответ может быть только один: с больным надо быть! Быть подлинным, эмпатичным, быть самим собой. Искренность особенно актуальна, так как речь идет о жизни и смерти. В этой ситуации именно медик может быть тем единственным человеком, которому пациент, старающийся скрыть страдания от близких, расскажет правду о своем самочувствии, выговорится и получит хотя бы некоторое облегчение.

Теперь все чаще склоняются к мысли, что не следует утаивать безнадежный диагноз. Перед человеком, осознавшим неизбежность смерти, открывается потрясающее значение его жизни. Появляется возможность иначе взглянуть на прожитые годы, сказать своим родным и близким последнее слово. Если переосмысление совершается – последние дни будут временем не умирания, а жизни. Не так уж редко тем, кто принимает свой диагноз, удается измениться так, что они становятся совсем другими – и тогда появляется психологический фон, который может привести к улучшению состояния.

Данные представления психологов позволяют пересмотреть тактику по отношению к больным с неблагоприятным прогнозом, особенно ту ее часть, которая касается родственников. А вот что касается самих пациентов... Французский невролог Ж. М. Шарко (1825–1893) был поразительно осторожен, когда сообщал роковой прогноз. Даже в явно безнадежных ситуациях он имел обыкновение говорить: «L'imprevu est toujours possible» («Всегда возможно непредвиденное»).

С уважением,
профессор

Ю. К. Абаев



Профессор Н. Ф. Сивец

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСНОВНЫХ ПУТЯХ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Белорусский государственный медицинский университет

В процессе лечения большинства заболеваний пациенты нуждаются в приеме лекарственных средств. Благодаря лекарственной терапии достигается улучшение состояния, так как она способствует выздоровлению, улучшает прогноз и повышает качество жизни пациентов. Эффективность лекарственной терапии в значительной степени зависит от правильного приема лекарственных средств. Соблюдение правил приема и путей введения лекарственных средств часто позволяет избежать побочных действий, осложнений, нежелательных эффектов.

Основные пути введения лекарственных препаратов:

- парентеральные;
- энтеральные.

Парентеральные пути (лекарственное средство вводится, минуя желудочно-кишечный тракт (ЖКТ)):

- инъекционные (внутримышечный, внутривенный, подкожный, внутрикожный и др.);
- чрескожный, или трансдермальный (через поверхность кожи);
- интраназальный (через нос);
- внутривлагалищный;
- в слуховой проход;
- в конъюнктивальный мешок глаза;
- ингаляционный (путем вдыхания);
- вагинальный.

Преимущества парентеральных путей введения лекарственных средств:

- быстрое развитие эффекта – можно использовать при бессознательном состоянии пациента;
- можно быстро изменять дозу;
- не раздражает ЖКТ;
- создается депо препаратов (при внутримышечном введении).

Недостатки парентеральных путей введения лекарственных средств:

- необходимо соблюдать асептику;
- следует соблюдать точность дозировки из-за возможности быстрого нарастания плазменной концентрации лекарства;

- вероятность развития тромбозов, тромбоэмболий, флебитов;
- при осложнениях нужна немедленная помощь медперсонала.

При парентеральном введении лекарственных средств могут возникнуть следующие осложнения:

- некроз тканей;
- гематома;
- инфильтрат (в том числе плохо рассасывающийся);
- абсцесс;
- отек Квинке;
- лекарственный анафилактический шок;
- сосудистые осложнения (некроз, флебит, спазм вены);
- воздушная или медикаментозная эмболия;
- повреждение нервных стволов и ветвей (паралич, неврит);
- повреждения надкостницы (периостит);
- аллергические реакции;
- сывороточный гепатит, СПИД;
- ошибочное введение лекарственного вещества;
- поломка иглы.

Причины возникновения постинъекционных осложнений:

- нарушение правил асептики;
- неправильный выбор места инъекции;
- несоблюдение техники выполнения инъекции.

Рассмотрим наиболее частые осложнения.

Некроз (омертвление тканей) – характеризуется усиливающимися болями в области инъекции, отеком, нарастающей гиперемией с цианозом, появлением волдырей, язв и омертвением тканей. Наблюдается данное осложнение чаще всего вследствие ошибочного введения подкожно или внутримышечно раздражающих веществ, к примеру 10%-го раствора кальция хлорида.

Лечение данного осложнения начинается с прекращения введения препарата. Следует попытаться максимально аспирировать шприцем введенное лекарство. Место инъекции обколоть 0,5%-м раствором новокаина, создать местную гипотермию (пузырь со льдом).

Тема номера

Профилактика данного осложнения заключается в правильном выборе пути введения лекарственного средства.

Гематома (подкожное кровоизлияние) – одно из частых осложнений. После инъекции под кожей появляется кровоподтек в виде багрово-красного пятна. Наблюдается при повреждении стенки сосуда как при внутривенном введении, так и при подкожном и внутримышечном.

При возникновении данного осложнения следует немедленно прекратить инъекцию, к месту введения приложить марлевый шарик со спиртом, а на область гематомы положить полуспиртовой компресс. В дальнейшем следует соблюдать технику внутривенных введений.

Инфильтрат – уплотнение в месте инъекции.

Причины:

- инъекция выполнена с нарушением техники введения;
- неправильный выбор иглы (для внутримышечной инъекции используют короткую иглу, предназначенную для внутрикожных или подкожных инъекций);
- неточный выбор места инъекции;
- частые инъекции в одно и то же место;
- нарушение правил асептики;
- введение подкожно лекарственных средств, предназначенных для внутримышечного введения (25%-й $MgSO_4$, 50%-й анальгин и др.).

Помощь – согревающие компрессы, грелка.

Профилактика – устранение причин.

Абсцесс – гнойное воспаление мягких тканей с образованием полости, заполненной гноем.

Причины образования абсцессов те же, что и инфильтратов, но при этом происходит инфицирование мягких тканей в результате нарушения правил асептики.

Для клинической картины характерны все главные признаки воспаления: боль, отек, покраснение, местное и общее повышение температуры, нарушение функции.

Лечение хирургическое: вскрытие, санация и дренирование полости абсцесса.

Профилактика – устранение причин.

Профилактика постинъекционных инфильтратов, абсцессов:

- медицинская сестра процедурного кабинета должна работать в спецодежде, соблюдать правила асептики и антисептики при выполнении инъекций;
- необходимо соблюдать технику выполнения инъекций, брать иглу в соответствии с толщиной подкожно-жирового слоя для внутримышечной инъекции;
- инъекции следует выполнять только стерильными одноразовыми шприцами;

- перед выполнением инъекции необходимо тщательно пропальпировать ткани; если есть глубокое уплотнение, то в этом месте нельзя делать инъекцию;

- нельзя вводить иглу в ткани «шлепком», так как нарушается стерильность, невозможно точно выбрать место прокола и ввести иглу на достаточную глубину;

- при введении масляных растворов, суспензий после прокола тканей необходимо потянуть поршень шприца на себя, чтобы убедиться, что игла не попала в сосуд;

- нельзя вводить холодные растворы (из холодильника), масляные растворы подогреваются до 37–38 °С; после инъекции рекомендуется приложить тепло для улучшения всасывания лекарства;

- гипертонические растворы (анальгин, сернокислая магнезия) следует разводить новокаином или физиологическим раствором для быстрого всасывания;

- необходимо строго соблюдать санитарно-противоэпидемический режим.

Отек Квинке может появиться на любом участке тела, где имеется развитый слой подкожной клетчатки. Наиболее опасно поражение органов дыхания (отек гортани) и слизистых оболочек ротовой полости. Могут иметь место отеки лица, органов пищеварительного тракта, половых органов. В тяжелых случаях развивается отек головного мозга. Опасность данного осложнения состоит в том, что из-за отека слизистых оболочек ухудшается функция дыхания. Если пациент не получит помощь, то он может погибнуть от асфиксии. Кроме того, отек лица при прогрессировании может захватить мозговые оболочки, что грозит серьезными осложнениями.

Медицинская помощь при отеке Квинке включает введение адреналина, десенсибилизирующих, антигистаминных средств, при необходимости гормональных препаратов. Для снятия отека используют инъекции глюкокортикостероидов. При наличии показаний проводят дезинтоксикационную терапию. В тяжелых случаях для выведения токсинов используют энтеросорбцию и гемосорбцию.

Анафилактический шок – остро развивающийся, угрожающий жизни патологический процесс, обусловленный аллергической реакцией немедленного типа на введение в организм аллергена, в том числе лекарственного вещества, характеризующийся тяжелыми нарушениями кровообращения, дыхания, деятельности центральной нервной системы. Анафилактический лекарственный шок у пациента может развиваться при наличии лекарственной аллергии в анамнезе, длительном

применении лекарственных веществ, высокой сенсibiliзирующей активности лекарственного средства и др.

Клинические проявления определяются вариантом развития лекарственного анафилактического шока.

При гемодинамическом варианте преобладают симптомы нарушения сердечно-сосудистой деятельности: боли в области сердца, резкое снижение АД, слабый пульс, аритмия, спазм периферических сосудов, нарушение микроциркуляции.

При развитии анафилактического шока по асфиксическому варианту быстро наступают бронхо- и ларингоспазм, отек гортани с появлением признаков тяжелой острой дыхательной недостаточности. При промедлении с оказанием помощи может развиваться острый респираторный дистресс-синдром.

При церебральном варианте быстро развивается судорожный синдром на фоне психомоторного возбуждения, страха, нарушения сознания больного. Быстро присоединяются дыхательная аритмия, вегетососудистые расстройства, менингеальный синдром.

Значительно реже встречается абдоминальный вариант лекарственного анафилактического шока. Для него характерно появление симптоматики ложного острого живота (резкие боли в эпигастриальной области и признаки раздражения брюшины) и диспептических расстройств, что нередко приводит к диагностическим ошибкам.

Оказание помощи при лекарственном анафилактическом шоке должно быть безотлагательным. Необходимо прекратить введение лекарственного средства и приступить к ликвидации расстройств гемодинамики и дыхания, компенсации возникшей гормональной недостаточности, поддержанию функций различных жизненно важных органов и систем. Лечебные мероприятия должны проводиться быстро и с преимущественным введением лекарственных веществ внутривенно.

Тромбофлебит – воспаление вены с образованием в ней тромба, наблюдается при частых венепункциях одной и той же вены или при использовании недостаточно острых игл. Признаками тромбофлебита являются боль, гиперемия кожи и образование инфильтрата по ходу вены. Температура тела может быть субфебрильной.

Повреждение нервных стволов – может произойти при внутримышечных и внутривенных инъекциях либо механически (при неправильном выборе места инъекции), либо химически, когда депо лекарственного средства оказывается рядом с нервом. Тяжесть осложнения может быть различна: от неврита (воспаление нерва) до паралича (выпадение функции).

Поломка иглы – возможна при использовании некачественных игл, а также при резком сокращении мышц ягодицы во время внутримышечной инъекции, если с пациентом не проведена предварительная беседа или инъекция сделана в положении стоя.

Энтеральные пути (лекарство вводится в ЖКТ):

- пероральный (через рот);
- сублингвальный и буккальный (под язык и за щеку);
- ректальный (через прямую кишку);
- дуоденальный (через зонд в просвет двенадцатиперстной кишки);
- внутрижелудочный (в полость желудка).

Прием лекарств внутрь (перорально) – один из распространенных путей введения, так как в большинстве случаев он наиболее безопасен и удобен. Однако у него есть свои ограничения. Терапевтический эффект лекарства, принятого перорально, зависит от многих факторов, включая прием других лекарств и пищи. Лекарства, принимаемые перорально, всасываются из ЖКТ. Всасывание начинается во рту, продолжается в желудке, но в основном происходит в тонкой кишке. Чтобы попасть в общее кровеносное русло, лекарственное средство должно пройти сначала через кишечную стенку, а затем по сосудам к печени.

Основные лекарственные формы для энтерального пути введения:

- растворы – жидкие лекарственные формы, представляющие собой раствор лекарственного вещества в воде, спирте, глицерине или другом жидком растворителе;
- настои и отвары – готовятся из растительного сырья;
- таблетки – твердые лекарственные формы, которые получают путем спрессовывания лекарственных средств;
- драже – твердая лекарственная форма, которая получается в результате насаивания лекарственных веществ на гранулы;
- капсулы – твердая лекарственная форма, в которой находящееся внутри лекарственное вещество покрыто оболочкой из желатина или других веществ;
- ректальные свечи.

При приеме лекарственных средств энтеральным путем обычно не требуется помощи медработника. Для сублингвального пути характерно быстрое всасывание через слизистую оболочку полости рта. При этом концентрация лекарства выше, так как оно не метаболизируется в печени, не разрушается секретами ЖКТ, не связывается пищей. Ректальный путь введения можно применять

Тема номера

у больных при наличии рвоты, бессознательном состоянии, застойных состояниях ЖКТ.

Недостатки энтерального пути введения – всасывание нестабильное и неполное. Лекарство может быть плохо растворимо, медленно абсорбируется, может разрушаться ферментами ЖКТ. На действие лекарственного вещества влияет прием пищи. Данный путь нельзя использовать при бессознательном состоянии пациента, при рвоте. Нельзя назначать перорально лекарства неприятного вкуса, лекарства, раздражающие слизистую оболочку. Также невозможно регулировать объем всасывания лекарственного средства. Введение лекарств в пищеварительный тракт (энтеральное введение лекарственных средств) предопределяет их контакт со многими ингредиентами, являющимися естественными продуктами, которые вырабатываются в органах и тканях пищеварительной системы или представляют собой компоненты пищи. К числу естественных продуктов относятся слюна, желудочно-кишечные гормоны, желудочный сок, секрет поджелудочной железы, желчь, кишечный сок, содержимое толстой кишки.

При энтеральном введении лекарственных средств могут возникнуть следующие осложнения:

- местное раздражающее действие;
- образование эрозий, острых язв;
- эрозивно-язвенные кровотечения;
- нарушение моторно-эвакуационной функции кишечника;
- аллергические реакции;
- дисбактериоз и суперинфекции;
- токсические эффекты (гепатотоксичность);
- развитие лекарственной зависимости.

Для эффективного оказания медицинской помощи в случае возникновения осложнений при приеме лекарственных средств следует установить факт приема пациентом медикаментозных средств.

Далее необходимо установить связь между побочным эффектом и лекарственным средством. В случае развития побочных эффектов лечебная тактика прежде всего включает отмену лекарственного средства. Если препарат отменить невозможно, необходимо снизить его дозу, провести десенсибилизацию и симптоматическое лечение.

Для уменьшения риска развития осложнений при применении лекарственных средств следует учитывать:

- фармакологическую группу лекарственного средства;
- индивидуальные особенности пациента;
- функциональное состояние органов и систем организма, влияющих на фармакодинамику и фармакокинетику лекарственного средства;
- наличие сопутствующей патологии;
- наличие вредных привычек, образ жизни и характер питания;
- строгое соблюдение правил и технических приемов при применении лекарственных средств.

Использованная литература

1. Вебер В. Р. Основы сестринского дела: учеб. пособие / В. Р. Вебер, Г. И. Чуваков, В. А. Лапотников. – М., 2001. – 496 с.
2. Косарев В. В. Справочник клинического фармаколога. – М., 2018. – 612 с.
3. Кукес В. Г. Клиническая фармакология: учебник. – М., 2006. – 944 с.
4. Ослопов В. Н. Общий уход за больными в терапевтической клинике: учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. – М., 2006. – 204 с.
5. Хмелевская С. С. Противопоказания и возможные осложнения лекарственной терапии у лиц старших возрастов / С. С. Хмелевская, В. И. Джемайло. – М., 2017. – 152 с.



Доцент В. К. Милькаманович

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ

Белорусский государственный университет

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – это генетически обусловленное распространенное заболевание щитовидной железы воспалительного характера. Аутоиммунным оно называется вследствие образования специфических антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе (микросомальному антигену) фолликулярных клеток и фолликулов щитовидной железы. В результате клетки органа повреждаются, а секреторная функция железы угнетается.

Здоровый человек обладает аутоотолерантностью к различным компонентам щитовидной железы, которые в норме почти никогда не попадают в кровь. Поэтому против этих компонентов отсутствует соответствующая иммунологическая защита (рис. 1).



Рис. 1. Иммунологическая толерантность к ткани неповрежденной щитовидной железы

Щитовидная железа расположена на шее в области гортанных хрящей (рис. 2).

Масса железы составляет в среднем 25–30 г. Функциональное состояние щитовидной железы контролирует тиреотропный гормон (ТТГ), который синтезируется в передней доле гипофиза (рис. 3).

В результате воздействия ТТГ в фолликулах щитовидной железы вырабатываются два гормона: трийодтиронин (Т3) и тетраiodтиронин (тироксин, Т4). Трийодтиронин имеет в своем составе три молекулы йода, тироксин – четыре. Данные гормоны усиливают энергетический и пластический обмен, стимулируют половое созревание, тем самым оказывая выраженное регулирующее воздействие на обмен веществ в организме.



Рис. 2. Расположение щитовидной железы



Рис. 3. Влияние тиреотропного гормона на функциональное состояние щитовидной железы

АИТ составляет 20–30% от числа всех заболеваний щитовидной железы.

Патология встречается у 3–12% населения. В большей степени ей подвержены женщины в возрасте старше 40 лет и люди пожилого возраста.

Среди женщин АИТ встречается в 4–8 раз чаще, чем среди мужчин, что связано с нарушением X-хромосомы и влиянием на лимфоидную систему эстрогенов. АИТ выявляется у 1 из 10–30 взрослых женщин.

Возникновение заболевания в более раннем возрасте также возможно, иногда клинические признаки АИТ встречаются даже в детском возрасте. У детей на три больные девочки приходится один мальчик.

Наблюдение, реабилитация и уход

К сожалению, АИТ имеет постоянную тенденцию к прогрессированию. К 1960 г. в литературе было описано около 200 случаев АИТ. Сегодня это основная патология щитовидной железы.

АИТ – болезнь доброкачественная, длительное время протекает бессимптомно и может сопровождать человека всю его жизнь. Однако при этом закономерно развивается первичный гипотиреоз, так как фолликулы и фолликулярные клетки щитовидной железы повреждаются и разрушаются. Поэтому широкая осведомленность населения в этом актуальном вопросе необходима.

Впервые об АИТ сообщил в 1912 г. японский хирург Х. Хашимото, что нашло отражение и сохранилось в одном из названий этого заболевания – «зоб Хашимото». Сегодня хорошо известно, что ученый описал только одну из форм АИТ – гипертрофический тиреоидит. В действительности АИТ включает в себя несколько разных видов. Фактически АИТ – это не одно, а несколько заболеваний, которые объединяет воспаление в щитовидной железе.

Основные виды АИТ

На сегодняшний день различают следующие основные виды АИТ.

1. *Гипертрофический АИТ* (устаревшее название – «зоб Хашимото») – характерно увеличение объема щитовидной железы. Имеет генетическую природу, может проявляться в виде семейных форм, комбинироваться с другими аутоиммунными нарушениями.

2. *Атрофический АИТ* – характерно уменьшение объема щитовидной железы, в гистологической картине преобладают признаки фиброза.

3. *Послеродовой тиреоидит* – появляется из-за изменения строения организма женщины в период беременности и скачков гормонов. Обычно после родов функция железы стабилизируется.

В случае послеродового тиреоидита вероятность его рецидива после следующей беременности составляет 70%. Около 25–30% женщин с послеродовым тиреоидитом в дальнейшем имеют АИТ с переходом в стойкий гипотиреоз.

4. *Безболевая форма* – самый непредсказуемый вид, сложно понять ход течения, на первом этапе гормональные нарушения не заметны.

5. *Цитокининдуцированный тиреоидит* – может возникать в ходе лечения пациентов с гепатитом С и заболеваниями крови препаратами интерферона.

Во всех видах АИТ выделяют три фазы развития болезни.

1. *Эутиреоидная фаза*, при которой уровень гормонов находится в пределах нормы (рис. 4). Клинические проявления не обнаруживаются. Эта стадия может продолжаться десятилетиями.

2. *Фаза субклинического гипотиреоза*, в которой для поддержания нормальных показателей

тиреоидных гормонов в гипофизе синтезируется большое количество ТТГ. Состояние пациентов не меняется.

3. *Фаза явного гипотиреоза*, в которой в гипофизе синтезируется большое количество ТТГ, снижается выработка Т3 и Т4 (рис. 5). Разворачивается разнообразная клиническая симптоматика.

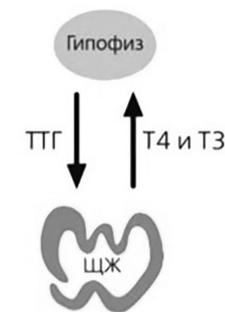
Причины и механизмы развития АИТ

АИТ развивается на фоне генетически детерминированного дефекта иммунного ответа. Генетическая обусловленность развития подтверждается фактом ассоциации АИТ с определенными антигенами системы HLA, чаще с HLA DR₃ и DR₅.

В 50% случаев у родственников пациентов с АИТ обнаруживаются циркулирующие антитела к щитовидной железе. Кроме того, наблюдается сочетание АИТ у одного и того же пациента или в пределах одной семьи с другими аутоиммунными заболеваниями: сахарным диабетом 1-го типа, витилиго, пернициозной анемией, хроническим аутоиммунным гепатитом, ревматоидным артритом и др.

Следует заметить, что даже при наследственной предрасположенности, для развития АИТ необходимы дополнительные неблагоприятные провоцирующие факторы:

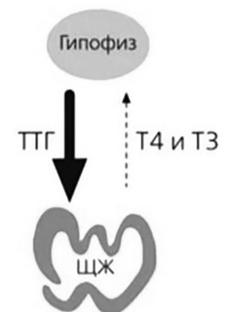
- воспалительные процессы в щитовидной ткани;
- перенесенные острые респираторные вирусные заболевания;
- очаги хронической инфекции (на небных миндалинах, в пазухах носа, кариозных зубах);
- экология, избыток соединений йода, хлора и фтора в окружающей среде, пище и воде (влияет на активность лимфоцитов);
- длительное бесконтрольное применение лекарств (йодсодержащих препаратов, гормональных средств);



Норма

ТТГ – норма
Т4 и Т3 – норма

Рис. 4. Эутиреоидная фаза развития АИТ



Гипотиреоз

ТТГ ↑
Т4 и Т3 ↓

Рис. 5. Фаза явного гипотиреоза

- употребление большого количества йода в любой форме;
- радиационное излучение, долгое пребывание на солнце;
- беременность и роды, при которых вероятность развития АИТ увеличивается на 20%;
- табакокурение;
- психотравмирующие ситуации (болезнь или смерть близких людей, потеря работы, обиды и разочарования).

Определить какую-либо причину, явно провоцирующую нарушения в щитовидной ткани, не получается. Поэтому предрасположенность определяют как основной фактор. Если в семье есть родственники, страдающие АИТ, то пациент относится к группе риска развития данной патологии.

При различных повреждениях щитовидной железы и попадании в кровь тиреоглобулина и других аутоантигенов щитовидной железы к ним активно образуются антитела.

Сформировавшиеся комплексы «антиген – антитело» фиксируются в определенных участках тиреоидного эпителия и оказывают цитотоксическое и цитолитическое действие.

Воспалительный процесс, разрушая фолликулы паренхимы щитовидной железы, ведет к нарушению синтеза тиреоидных гормонов и разрастанию соединительной ткани.

Нарастающий гипотиреоз стимулирует повышенную выработку ТТГ, что ведет к образованию зоба (гипертрофическая форма АИТ).

Если антитела блокируют рецепторы ТТГ на мембране тиреоцитов, то образование зоба не происходит и развивается атрофическая форма АИТ (идиопатическая микседема).

Клинические признаки АИТ

АИТ обычно прогрессирует крайне медленно, с развитием гипотиреоидного состояния спустя несколько лет. В отдельных ситуациях состояние и трудоспособность сохраняются в течение 15–18 лет, даже с учетом непродолжительных обострений.

При АИТ его клинические признаки изменяются в зависимости от количества гормона определенного типа. Симптоматика АИТ начинает развиваться только в связи с нарушением функции щитовидной железы. Проявления могут маскироваться под другие соматические болезни.

В типичных случаях АИТ имеет бессимптомное течение, лишь изредка сопровождаясь увеличением щитовидной железы. Иногда обнаруживается случайно, во время обследования или плановой сдачи анализов. Опасность заболевания заключается в том, что на определенных этапах человек испытывает простое общее недомогание и не обращает на это должного внимания.

Однако определенная симптоматика присутствует. Нередко в самом начале АИТ неожиданно возникает повышение гормональной активности, когда также повышен уровень антител, вырабатываемых иммунной системой организма против собственной щитовидной железы. В этот период щитовидная железа еще не повреждена, но атакующие собственные антитела приводят к усиленному выбросу гормонов железы в кровь. Появляются признаки гипертиреоза:

- тахикардия;
- потливость;
- тремор (дрожание) пальцев рук;
- снижение внимания;
- ухудшение памяти;
- гипертензия;
- частые смены настроения;
- повышенная утомляемость.

Постепенно с течением времени регистрируют медленное снижение функции щитовидной железы, вместе с тем в некоторых ситуациях будет отмечаться прогрессирующее уменьшение размеров железы или же, наоборот, ее увеличение.

Основные симптомы АИТ в фазе гипотиреоза:

- вялость организма, общая слабость, сонливость, апатия, депрессивное состояние;
- быстрая утомляемость;
- резкий набор или, наоборот, беспричинное снижение веса;
- выпадение волос;
- сухость кожи;
- регулярное першение в горле;
- изменение голоса (становится сиплым, огрубевшим);
- ухудшение памяти;
- проблемы в работе сердца, пульс, как правило, редкий (брадикардия);
- дисфункция менструального цикла у женщин, больных АИТ, что может стать причиной бесплодия.

Следует отметить, что симптоматика при послеродовом АИТ появляется, как правило, с самого начала заболевания, которое часто соединяется с послеродовой депрессией на 19-й послеродовой неделе, а также в более поздние сроки.

Всегда следует помнить, что главной причиной развития АИТ является сбой функционирования иммунной системы, а симптомы ярче проявятся при дальнейшем ее ослаблении.

Диагностика АИТ

До проявления гипотиреоза диагностировать АИТ достаточно сложно. При наличии зоба у пациента, когда щитовидная железа явно уплотнена, имеет неровную бугристую поверхность (узловые уплотнения), сразу следует начать обследование на предмет заболевания АИТ.

Наблюдение, реабилитация и уход

АИТ может быть причиной идиопатического гипотиреоза (особенно у людей зрелого и пожилого возраста), галактореи, дисменореи, меноррагии, метроррагии, анемичных состояний, гиперхолестеринемии, дислиппротеинемии и др.

Для постановки диагноза требуется проведение комплексного обследования. При осмотре возможно выявление увеличенной щитовидной железы с участками уплотнения (рис. 6).

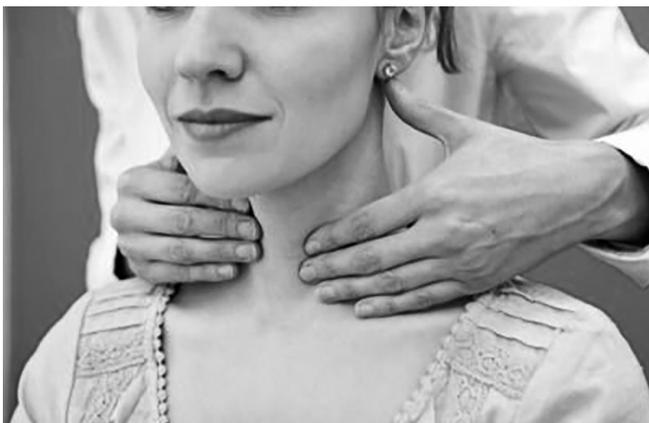


Рис. 6. Пальпация щитовидной железы обеими руками сзади; проверка подвижности во время акта глотания

Необходимые инструментальные исследования

1. Ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы показывает увеличение или уменьшение размеров железы, изменение ее структуры (рис. 7). Результаты данного исследования служат дополнением к клинической картине и другим результатам лабораторных исследований.

2. Тонкоигольная пункционная биопсия под контролем УЗИ, если имеются узлы щитовидной железы более 1 см в диаметре. Применяется при наличии данных о возможном злокачественном



Рис. 7. УЗИ щитовидной железы

перерождении узлового образования щитовидной железы, позволяет выявить пропитывание ткани лимфоцитами и плазмócитами.

Необходимые лабораторные исследования

1. Общий анализ крови – определяется увеличение количества лимфоцитов.

2. Определение T3 и T4 (общих и свободных), уровня ТТГ в сыворотке крови. Повышение уровня ТТГ при содержании T4 в норме свидетельствует о субклиническом гипотиреозе, повышенный уровень ТТГ при сниженной концентрации T4 – о клиническом гипотиреозе.

3. Иммунограмма на наличие антител к тиреопероксидазе (анти-ТПО), второму коллоидному антигену, антител к тиреоидным гормонам щитовидной железы.

Окончательный диагноз АИТ устанавливается на основании главных критериев.

Присутствие в крови циркулирующих антител к ткани щитовидной железы – уровень антител к тиреопероксидазе (анти-ТПО). Если антитела к ТПО повышены, но ТТГ в пределах нормы, то диагноз АИТ носит вероятный характер.

Важно отметить, что не нужно контролировать в течение болезни количество имеющихся антител к щитовидной железе, потому что данная процедура не имеет диагностической роли для анализа прогрессирования АИТ.

Обнаружение при УЗИ увеличения размера и гипэхогенности щитовидной железы. Установить диагноз АИТ исключительно по итогам пальпации щитовидной железы нельзя, хотя она может быть увеличена или уменьшена. Эти изменения лишь позволяют заподозрить патологию и направить пациента на дообследование с целью постановки диагноза и назначения специального лечения.

Наличие первичного гипотиреоза (возможен как манифестный, так и устойчивый субклинический).

При отсутствии хотя бы одного из данных критериев диагноз АИТ носит лишь вероятностный характер.

Увеличение размеров щитовидной железы, выраженная ее плотность и явный гипотиреоз – поздние признаки. Поэтому очень важно учитывать факторы риска и данные специальных лабораторных исследований.

В группу риска входят лица:

- перенесшие диффузный токсический зоб;
- с признаками гипотиреоза, страдающие аллергическими заболеваниями, сахарным диабетом и др.;
- оперированные по поводу узлового зоба, в ткани которого выявлена очаговая лимфоплазмóцитарная инфильтрация;
- страдающие любым зобом, у которых хотя бы однократно в биоптате обнаруживалась умеренная

лимфоидная инфильтрация или выявлялись тиреоидные аутоантитела в низком титре.

Основные направления адаптации и реабилитации при АИТ

Гарантированных методов избавления от АИТ не существует. Однако современные подходы к медико-социальной адаптации и реабилитации больного человека с АИТ позволяют значительно повысить качество и продолжительность его жизни, а также функциональную активность.

Во-первых, для предотвращения возникновения заболевания и его развития необходимо внести соответствующие коррективы в свой привычный образ жизни:

- проводить необходимые мероприятия по предупреждению и борьбе с имеющимися хроническими аутоиммунными заболеваниями;
- владеть техникой самоконтроля заболевания и своевременно распознавать начинающееся ухудшение своего состояния;
- хорошо знать схему (протокол) и все компоненты заместительной медикаментозной терапии и умело пользоваться назначенными лекарственными препаратами.

Во-вторых, для защиты от АИТ нужно минимизировать влияние неблагоприятных провоцирующих факторов:

- полностью отказаться от курения табака;
- минимизировать и устранить общую физическую детренированность, для этого обеспечить 2,5–5 ч умеренной физической нагрузки в неделю или 30–60 мин в течение суток;
- удерживать в пределах нормы массу тела: индекс массы тела должен быть 20–25 кг/м², окружность талии – менее 94 см у мужчин и менее 80 см у женщин.
- регулярно контролировать содержание глюкозы в крови натощак – оно должно быть 3,33–5,55 ммоль/л; уровень в крови гликированного гемоглобина (HbA_{1c}), который является соединением гемоглобина с глюкозой, должен быть менее 7%; при необходимости проводить адекватную сахаропонижающую терапию;
- при отягощенной семейной предрасположенности к АИТ приложить максимум усилий к осуществлению мер его профилактики, чтобы противодействовать реализации наследуемой предрасположенности;
- осуществлять своевременные мероприятия по предупреждению и борьбе с имеющимися хроническими инфекциями и интоксикациями.

В-третьих, необходимо осознанно следовать всем рекомендациям специалистов по физиотерапии, лечебной гимнастике, массажу, трудотерапии и др.

В-четвертых, нужно минимизировать социальную изоляцию, расстройства психологиче-

ского состояния (особенно депрессию), общую физическую детренированность. Для этого необходимы психологическая и социальная поддержка, адаптационный режим дня с включением в него дозированной прогулки по ровной местности, скандинавской ходьбы (при отсутствии противопоказаний) и др.

Указанные подходы и задачи медико-социальной адаптации и реабилитации должны быть согласованы с лечащим врачом.

Все рекомендации в отношении образа жизни и статуса здоровья пациента медицинская сестра должна давать только в форме пожеланий и советов, а не каких-либо собственных установок или распоряжений.

Все больные АИТ должны постоянно находиться на диспансерном учете у врача-эндокринолога для своевременного выявления и лечения проявлений гипотиреоза. Удовлетворительное самочувствие и нормальная работоспособность у большинства больных людей сохраняются более 15 лет, несмотря на возникающие кратковременные обострения АИТ.

Организация помощи в лечении АИТ

Современные методы лечения обеспечивают стабилизацию и определенный регресс аутоиммунных процессов в щитовидной железе. Основная задача лечения – восстановление и поддержание эутиреоидного состояния. Заместительная терапия проводится в течение всей жизни.

Медикаментозная терапия. Медикаментозная терапия АИТ зависит от функционально состояния щитовидной железы. При сохраненной функции щитовидной железы ее не проводят.

1. В случае начального гипертиреоза АИТ назначать препараты, которые подавляют функцию щитовидной железы (тиростатики: тиамазол, карбимазол, пропилтиоурацил) не рекомендовано, так как при данном процессе отсутствует гиперфункция щитовидной железы. Выраженные нарушения со стороны сердца, подъем артериального давления купируются симптоматическим приемом лекарств (в основном бета-адреноблокаторов – пропранолол внутрь 20–40 мг/сут).

2. При проявлениях явного гипотиреоза, субклинического гипотиреоза и зобе с симптомами сдавления окружающих тканей и органов индивидуально назначают заместительную терапию тиреоидными препаратами гормонов щитовидной железы.

В клинической практике используют препараты гормонов щитовидной железы (тироксин, трийодтиронин, тиреоидин, L-тироксин). Суточная доза тироксина у взрослых составляет 1,4–1,7 мкг на 1 кг массы тела (около 100–175 мкг/сут), у детей – до 4 мкг на 1 кг массы тела. В некоторых случаях,

Наблюдение, реабилитация и уход

в частности при атрофической форме АИТ, может быть назначена увеличенная доза тироксина – 200–225 мкг/сут.

Учитывая хронический характер заболевания, лечение тиреоидными препаратами длительное.

Средством выбора для поддерживающей терапии является левотироксин в дозе 75–150 мкг/сут. Его принимают однократно утром натощак. При дозе выше 150 мкг ее рекомендуют разделить на два приема.

Дозу препарата подбирают в зависимости от степени тяжести тиреоидной недостаточности и индивидуальной чувствительности. Начальная доза обычно составляет 25–50 мкг, оптимальная (обеспечивающая максимальное подавление секреции ТТГ) – 100–200 мкг/сут. Дозу повышают постепенно, доводя до максимально переносимой.

Левотироксин, будучи синтетическим препаратом, не обладает аутоантигенными свойствами, а в дозе 25–50 мкг/сут вызывает иммунокорректирующий эффект (снижаются признаки аутоагрессии).

Применение таблетированных препаратов тиреоидных гормонов нивелирует клинику гипотиреоза и при гипертрофической форме АИТ вызывает уменьшение объема щитовидной железы до допустимых значений.

Назначают тиреоидные гормоны под регулярным контролем клинической картины и содержания ТТГ в сыворотке крови. Контроль уровня ТТГ в сыворотке крови нужно проводить не чаще чем через 1,5–2 месяца после начала лечения.

3. Глюкокортикоиды (преднизолон) показаны только при одновременном течении АИТ с подострым тиреоидитом, что нередко наблюдается в осенне-зимний период. Обычно назначают преднизолон дозе 40 мг/сут с последующим снижением. Иммуносупрессивный эффект проявляется только при относительно высоких дозах и длительном применении, что сопряжено с серьезным побочным действием.

4. Для снижения титра аутоантител применяют нестероидные противовоспалительные средства: индометацин, диклофенак. Используют также препараты для коррекции иммунитета, витамины, адаптогены.

Оперативное лечение. При гипертрофии щитовидной железы и выраженном сдавливании ею органов средостения проводят оперативное лечение. Хирургическое вмешательство оправдано лишь при загрудинном зобе, зобе больших размеров с сужением или смещением трахеи и пищевода, быстро растущем зобе, угрозе редких болезненных форм зоба, не поддающихся консервативной терапии.

Организация помощи при текущих проблемах и потребностях больного человека с АИТ

Помощь при гипертиреозе

1. *Помощь в соблюдении режима, назначенного врачом.* Режим – охранительный, необходимо обеспечить психический покой, полноценный сон. Избегать инсоляции и перегревания.

2. *Помощь в соблюдении режима питания и лечебной диеты.* Показано усиленное, витаминизированное питание. Рекомендуются диета повышенной энергоценности (на 20–30% больше физиологической нормы) за счет равномерного увеличения белков, жиров и углеводов. Исключают продукты и блюда, возбуждающие сердечно-сосудистую и нервную системы: крепкие бульоны, шоколад, пряности, крепкий чай, кофе, какао, газированные напитки. Прием пищи – 5 раз/сут.

3. *Помощь при плохой переносимости тепла и повышенной потливости:*

- проводить контроль за уборкой и проветриванием помещения;
- рекомендовать носить легкую одежду;
- тщательно ухаживать за кожей;
- часто менять нательное и постельное белье;
- оберегать больного от сквозняков, способных привести к простудным заболеваниям.

4. *Помощь при нарушении сна (бессоннице):*

- создать условия для полноценного отдыха (чистота, тишина, свежий воздух);
- предлагать на ночь молоко с медом (при отсутствии у пациента сахарного диабета), успокаивающие травяные чаи. Провести беседу с целью расслабления пациента. Провести беседу с родственниками о необходимости психологической поддержки близкого им человека;
- получить консультацию врача.

5. *Предупреждение риска падений и получения травмы из-за мышечной слабости:*

- оказывать помощь больному при передвижении;
- обеспечить возможность экстренной связи с обслуживаемым персоналом и родственниками;
- опустить кровать на низкий уровень;
- обеспечить освещение в комнате (палате) в ночное время;
- обеспечить ходунками, палкой в качестве дополнительной опоры при перемещении;
- обеспечить при необходимости больного человека судном и мочеприемником;
- освободить проходы и коридоры, проследить, чтобы в нужных местах были установлены поручни.

6. *Помощь в уходе за глазами.* Регулярно промывать конъюнктивальный мешок раствором фурацилина, закапывать глазные капли с антибиотиками и витаминами, закладывать за веки глазную мазь.

Помощь при гипотиреозе

1. *Помощь при снижении трудоспособности из-за слабости и повышенной утомляемости:*

- разъяснить важность своевременного и систематического приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты, режима труда и отдыха;
- оказывать помощь больному в его жизнедеятельности в случае потери трудоспособности из-за снижения интеллекта.

2. *Помощь при сухости кожи.* Необходимо тщательно ухаживать за кожными покровами больного, применять специальные смягчающие и питательные кремы.

3. *Помощь при увеличении массы тела из-за задержки жидкости:*

- проводить контроль над питанием и питьевым режимом больного человека;
- взвешивать (измерять массу тела) 2 раза в неделю;
- ежедневно измерять суточный диурез и подсчитывать водный баланс;
- проводить контроль над приемом назначенных врачом лекарственных препаратов.

4. *Помощь при плохой переносимости холода (зябкости):*

- поддерживать в помещении комфортную температуру и влажность воздуха;
- рекомендовать тепло одеваться;
- следить за тем, чтобы подопечный не переохлаждался;
- при необходимости согреть пациента (грелки к ногам, укрыть одеялом, дать теплый чай).

5. *Помощь при повышенной возбудимости и раздражительности.* Проводить контроль над соблюдением лечебно-охранительного режима (отдельная комната, устранение раздражающих факторов, тишина, соблюдение деонтологических принципов и т. д.).

6. *Помощь при утрате способности поддерживать безопасность окружающей среды, а также*

обеспечивать личную гигиену из-за снижения интеллекта, ухудшения памяти, зрения и слуха:

- обеспечить полное обслуживание подопечного;
- оказывать помощь при выполнении мероприятий по личной гигиене, поощрять к соблюдению личной гигиены.

7. *Помощь в соблюдении режима питания.* Больные люди с гипотиреозом должны получать полноценное питание с ограничением продуктов, содержащих избыток холестерина и соли.

8. *Помощь в восполнении знаний о заболевании:*

- объяснить больному человеку суть, причины и симптомы его заболевания;
- провести с родственниками подобную беседу;
- организовать обмен информацией с другими людьми, давно страдающими данным заболеванием;
- порекомендовать популярную литературу об образе жизни больных с данным заболеванием;
- информировать родственников подопечного о возможности осложнений болезни и способах их предупреждения.

Использованная литература

1. Лычев В. Г. *Основы сестринского дела в терапии: пособие для студентов факультета высшего сестринского образования медицинских университетов* / В. Г. Лычев, В. К. Карманов. – Ростов н/Д, 2006. – 512 с.

2. Маколкин В. И. *Сестринское дело в терапии* / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, Н. Н. Семенов. – М., 2008. – 544 с.

3. Милькаманович В. К. *Терапия: учеб. пособие.* – Минск, 2005. – 608 с.

4. Милькаманович В. К. *Геронтология и гериатрия: учеб. пособие.* – Минск, 2010. – 279 с.

5. Москвичева Т. И. *Аутоиммунный тиреодит: диагностика, тактика ведения: практическое пособие для врачей* / Т. И. Москвичева [и др.]. – Гомель, 2018. – 26 с.



Профессор И. В. Василевский

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ПЕДИАТРИИ

Белорусский государственный медицинский университет

Сестринский процесс является методом организации и оказания сестринской помощи больным и здоровым людям, который включает в себя пациента, его родителей и медицинскую сестру в качестве взаимодействующих лиц. Как и любая другая организационная структура, сестринский процесс включает цель, организацию, механизм реализации. Сестринский процесс является наиболее перспективной моделью работы, так как в ходе его выполнения пациент рассматривается не как случай заболевания, а как личность, причем учитывается не только «Я» больного, но и реакция на его заболевание окружающих, родственников, близких, то есть микросоциума пациента. Подробный разбор ситуаций, моделирование и анализ многообразия проблем в наиболее полной мере вскрывает всевозможные варианты решений задачи оказания помощи и организации действенного и высококвалифицированного ухода за пациентами. Недаром большой смысл имеет известная поговорка «Врач лечит, а сестра выхаживает больного». Особое значение это приобретает при разборе особенностей организации ухода и наблюдения за детьми различных возрастных групп.

При работе с детским населением часто приходится сталкиваться с определенными трудностями, обусловленными, прежде всего, тем, что сестринский персонал педиатрических служб вынужден работать не столько с пациентом, сколько с его окружением (родителями, бабушками, дедушками). Это придает определенную специфику этическому поведению сестринского персонала. Именно при организации работы медицинских сестер различного уровня необходимо помнить, что психологический компонент деятельности по своему объему равен сугубо профессиональному, связанному со знанием анатомо-физиологических особенностей детского организма и условий протекания тех или иных заболеваний.

Служба охраны здоровья матери и ребенка имеет свою специфику, в связи с чем труд среднего медицинского работника в этой сфере во многом отличается от труда всех остальных специалистов со средним медицинским образованием. Между-

народный опыт также свидетельствует о том, что с детьми должны работать специально подготовленные медсестры, за рубежом специальность детской медсестры уже давно сформировалась как самостоятельная.

При планировании и осуществлении медицинской помощи детям особое внимание уделяется таким позициям, как:

- признание каждого ребенка отдельной развивающейся личностью;
- планирование здравоохранения с учетом поддержки сохранения целостности семей, так как семья – важнейший опекун ребенка;
- принятие во внимание физических, психологических, социальных и духовных потребностей ребенка и его родителей;
- вовлечение ребенка и его семьи в принятие решений;
- донесение информации до ребенка на доступном ему уровне;
- действия в интересах ребенка, особенно в области здоровья.

Такое понимание философии сестринского дела в педиатрии вполне соответствует определению ВОЗ роли медсестры, которая заключается в обеспечении физической и психологической поддержки здоровых и больных людей, оценке состояния здоровья отдельных лиц, укреплении здоровья, предупреждении заболеваний, обеспечении и поддержании здоровой обстановки, участии в санитарном просвещении, осуществлении совместно с врачом медицинского обслуживания, предоставлении рекомендаций, проведении реабилитационных мер (Д. И. Зелинская, 2011).

В повседневной практике медицинские сестры, работающие в детских отделениях, должны:

- представлять интересы ребенка и его семьи;
- защищать детей, не достигших совершеннолетия, в случае возникновения разного рода конфликтов и сложных жизненных ситуаций;
- понимать желания и волнения ребенка;
- внедрять сестринский уход за детьми в самой подходящей для этого среде, по возможности у них дома;

- сводить к минимуму душевные травмы, связанные с госпитализацией, и увеличивать лечебный эффект последней.

Главное в сестринской деятельности – уход, причем наиболее сложной формой сестринского ухода является уход за больным ребенком в стационаре. Основная особенность ухода в педиатрии состоит в том, что он, будучи направлен на ребенка, касается и семьи, так как побуждает ее к активности. Это – специфическая сторона деятельности медсестры, отличающая ее от работы врача. Медицинская сестра самостоятельно определяет, какие техники ухода применять с учетом состояния здоровья и возраста ребенка, особенностей семейного окружения, социальных характеристик пациента, а также как его организовать.

В процессе ухода проводится сестринский мониторинг состояния ребенка и терапевтических эффектов. Исходя из своего опыта, теоретических и практических знаний, медсестра отслеживает изменения в физическом и психическом здоровье ребенка и самостоятельно принимает решения по организации, содержанию и структуре ухода, доврачебной помощи, в том числе при неотложных состояниях, когда обстановка меняется каждую минуту. В программу ухода входит выполнение всех врачебных назначений и рекомендаций, диагностических и лечебных мероприятий, чему очень помогают стандарты. Стандарты, алгоритмы представляют собой инструмент управления качеством сестринской помощи, определяют предел компетенции среднего медицинского персонала при самостоятельном оказании помощи, что в определенной мере защищает медсестру в процессе ее профессиональной деятельности. Теория и практика сестринского процесса, введенные в систему подготовки средних медицинских кадров, способствуют повышению профессионального уровня персонала и улучшают результаты сестринских вмешательств.

Медицинская сестра, работающая с детьми, должна обладать широким спектром знаний и умений. Ей необходимо хорошо ориентироваться в вопросах здоровья и нездоровья детей разного возраста, в организации ухода за больными и здоровыми детьми в условиях стационара и на дому, следует знать теоретические и практические основы организации сестринского дела в детских медицинских учреждениях, основы профессионального общения и консультирования/санитарного просвещения (здоровый образ жизни, воспитание здорового ребенка и т. д.), свои функциональные обязанности, права и границы ответственности. Она должна быть осведомлена в вопросах законодательства и права в здравоохранении, международных и отечественных норм по правам и защите детей в разных жиз-

ненных ситуациях, разделять философию и этику сестринского дела в педиатрии.

Большое значение для профессиональной реализации медсестры как самостоятельного специалиста имеет организация сотрудничества в команде врач – медсестра. Там, где между медсестрами и врачами установлено взаимодействие на основах равноправия, эффективны профилактическая работа, лечебный процесс и все другие стороны медицинской деятельности педиатрической службы.

Специфика педиатрии состоит в том, что сбор информации непосредственно от больного часто затруднен в силу возрастных особенностей, знания пациента о строении и функционировании своего тела, умения дифференцировать ощущения, возможности высказать свои ощущения, сомнения и тревоги. До 4–5 лет ребенок не может определить локализацию боли, ее характер на словах («Болит голова, живот, нога...»), также нередко не 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...»). Проблема постановки сестринского диагноза, как правило, не имеет затруднений, если проведен достаточно полный сбор информации на этапе обследования. В педиатрии сестринский диагноз складывается из трех составляющих: биолого-генеалогической (особенности развития, перенесенные ранее заболевания, травмы, особенности акушерского анамнеза), социальной (тип воспитания, бытовой статус), клинической (основные проблемы, связанные со здоровьем). Медицинские сестры при изучении данной ступени сестринского процесса должны владеть навыками систематизации и умением группировки (А. Ф. Краснов, 2000).

С целью иллюстрации и практического подхода к обсуждаемой проблеме этапы сестринского процесса в педиатрии с учетом имеющихся рекомендаций можно представить следующим образом.

1-й этап – обследование пациента.

Цель – получение информации для сестринской оценки состояния пациента.

Методы:

- сбор анамнеза: история возникновения проблемы в здоровье пациента, социологические данные, сведения о физическом и духовном развитии ребенка, его культуре, психологические особенности (индивидуальные особенности характера, самооценка и способность принимать решения);
- результаты физикального и функционального обследования (температура, ЧСС, ЧДД, АД);
- данные лабораторного исследования;
- база данных о пациенте – сестринская история болезни.

Обмен опытом

2-й этап – проблемы пациента (сестринский диагноз).

Цель – определение существующих и потенциальных проблем пациента, их причин, сильных сторон пациента, которые могут предупредить или разрешить эти проблемы.

Методы:

- сестринское диагностирование состояния пациента, определение потребностей, выявление существующих и потенциальных проблем (первичных, промежуточных, вторичных);
- постановка сестринского диагноза в PES-формате (проблема – причина – характерные проявления = симптомы).

3-й этап – планирование сестринских вмешательств по уходу.

Цель – определение характера сестринских вмешательств по уходу и разработка плана.

Методы:

- постановка целей сестринских вмешательств (краткосрочных, долгосрочных);
- участие пациента (родителей) в планировании ухода;
- стандарты сестринской практики;
- составление письменного плана ухода за пациентом.

4-й этап – сестринские вмешательства.

Цель – выполнение действий в соответствии с намеченным планом, их документирование.

Методы:

- категории действий (независимые, зависимые, взаимозависимые);
- потребность пациента в помощи (временная, постоянная, реабилитирующая).

5-й этап – оценка эффективности сестринского процесса.

Цель – оценка реакции пациента на сестринские вмешательства, анализ качества предоставленной помощи и оценка полученных результатов.

Методы:

- оценка действий медсестры (самооценка);
- мнение пациента и его семьи;
- оценка действий медсестры руководителем (старшей и главной медицинскими сестрами);
- сильные и слабые стороны профессиональной деятельности медсестры;
- пересмотр и корректировка плана.

В процессе профессиональной деятельности медицинских сестер педиатрической службы следует помнить об особенностях сестринского процесса в педиатрии. Указанные особенности могут быть суммированы следующим образом.

1. При ведении игровой терапии:

- помочь ребенку побороть страх и волнение, связанные с болезнью, медицинскими манипуляциями и госпитализацией;

- проведение мер по уменьшению психологического напряжения у больного ребенка.

2. При сборе информации о состоянии здоровья ребенка:

- внимательно слушать ребенка;
- вызывать у ребенка чувство доверия, объяснять, что о его проблемах никто не узнает;
- доброжелательно относиться к ребенку и его семье;
- уточнять ответы ребенка при необходимости;
- не использовать медицинские термины.

3. При решении проблем пациента:

- способствовать посещениям ребенка родителями;
- успокаивать ребенка прикосновениями, поглаживанием;
- брать на руки малышей;
- общаться ласково, хвалить за хорошее поведение во время процедур;
- разрешать брать в отделение любимые игрушки, книги, одежду.

4. При подготовке к манипуляциям:

- давать честные объяснения, что ребенок почувствует и увидит;
- объяснять, какие части тела будут подвержены процедуре;
- ознакомить ребенка с предстоящей процедурой, дать поиграть с некоторыми инструментами в ходе терапевтической игры;
- позволить «помогать» во время процедуры: подержать что-то, самому сесть, лечь;
- отвлекать внимание сказками, стихами, дыхательными упражнениями при болезненных манипуляциях.

5. При решении психоэмоциональных проблем:

- обеспечить ребенку обстановку, максимально приближенную к домашней;
- обсуждать с родными проблемы, требующие психологической адаптации;
- максимально поощрять положительные эмоции ребенка;
- дать возможность ребенку выразить свои страхи;
- отмечать изменения настроения ребенка, его внешнего вида, отношение к лечению и окружающим.

6. При решении социальных проблем следует корректно и доброжелательно выяснить:

- полноту семьи;
- бытовые условия и материальный достаток;
- психологический климат в семье, дошкольном образовательном учреждении, школе.

Следует подчеркнуть, что при оказании помощи и предоставлении ухода за здоровыми и больными детьми, находящимися на стационарном лечении и приходящими на прием к врачу, могут

возникать определенные затруднения, связанные с особенностью детского контингента. Сестринский процесс предъявляет высокие требования к этике и психологии медицинской сестры, которая не должна отходить от профессиональных факторов, базирующихся:

- на знании и понимании анатомо-физиологических нюансов подрастающего организма;
- условиях протекания различных заболеваний непосредственно у детей, отличающихся от аналогичных условий в случае со взрослым человеком.

В сестринском процессе в педиатрическом отделении выделяют универсальные потребности, в которых так или иначе нуждаются все пациенты, независимо от возрастных групп. К данной категории относят потребность в пище, сне, одевании/раздевании, поддержании нормальной температуры тела, бодрствовании, чистоте и т. д. Выявить универсальные потребности не сложно, следуя естественной логике развития детей в разных возрастных категориях, так как все дети неизбежно

нуждаются в рациональном питании и питьевом режиме, гигиене, рациональной одежде и т. п.

Современные родители, к примеру, до рождения малыша могут даже не подозревать о тех трудностях, нуждах и потребностях, которые ему необходимы. Обучить родственников особенностям ухода, объяснить проблемы ребенка в конкретном возрасте – это и есть задача медсестры педиатрического отделения. Кроме универсальных трудностей, присущих всем детям, медицинская сестра обязана различать индивидуальные особенности личности малыша, свойственные его возрасту. Например, ребенок может слабо развиваться в психическом или физическом плане, может отставать от детей своей группы или опережать их в развитии, может неверно проводить самооценку или понимать конкретные вещи, неправильно истолковывать социальные связи и т. п. Игнорировать индивидуальность малыша медсестра не может и не должна. (Медицинская сестра, РФ, 2016).

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

Акименко, Г. В. «Клиповое» мышление студентов факультета «Сестринское дело» как психолого-педагогическая и научно-методическая проблема / Г. В. Акименко, А. И. Селедцов, Ю. Ю. Кирина // Медицинская сестра. – 2020. – Т. 22, № 6. – С. 12–19.

Акименко, Г. В. Формирование профессиональных компетенций в рамках изучения дисциплины «Психология и педагогика» на примере факультета высшего сестринского образования / Г. В. Акименко // Медицинская сестра. – 2020. – Т. 22, № 6. – С. 7–11.

Баранникова, Е. В. Роль медицинской сестры в лечении врожденных скелетно-мышечных деформаций нижних конечностей / Е. В. Баранникова, И. Ю. Круглов // Медицинская сестра. – 2020. – Т. 22, № 6. – С. 30–33.

Внебольничная пневмония / В. В. Скворцов [и др.] // Медицинская сестра. – 2020. – Т. 22, № 7. – С. 28–34.

Гаранина, Л. А. Роль медицинской сестры при оказании доврачебной медицинской помощи при приступе панкреатита / Л. А. Гаранина, А. А. Назаров // Врач скорой помощи. – 2020. – № 12. – С. 44–54.

Гаранина, Л. А. Роль медицинской сестры при оказании доврачебной медицинской помощи при язвенной болезни желудка / Л. А. Гаранина, А. А. Назаров // Врач скорой помощи. – 2020. – № 12. – С. 55–62.

Гущин, Г. В. Организация работы в очагах COVID-19 / Г. В. Гущин // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2021. – № 1. – С. 44–45.

Двойников, С. И. Пациентоориентированный подход в раннем послеоперационном периоде в специализированной медицинской организации / С. И. Двойников, Е. А. Богущ // Главврач. – 2020. – № 9, прил. – С. 13–18.

Дезинфицирующие средства от компании-производителя ООО «Юнитор» в обеспечении эпидемиологической медицинской помощи // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 1. – С. 96–98.

Дубель, Е. Как не допустить коронавирусной вспышки в клинике. Новая методика профилактики ИСМП / Е. Дубель // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 1. – С. 76–95.

Зорина, И. Г. Здоровье школьников : монография / И. Г. Зорина, В. В. Макарова ; Юж.-Урал. гос. мед. ун-т. – Челябинск : Полиграф-Мастер, 2019. – 247 с.

Иноземцева, С. В. Непрерывное профессиональное развитие сестринского персонала – оптимизация работы учебно-методического кабинета / С. В. Иноземцева, Л. А. Карасева // Главврач. – 2020. – № 9, прил. – С. 34–37.

Калинина, И. Г. Роль медицинских сестер в оказании комплексной медицинской помощи при лечении пациентов с сахарным диабетом 2 типа / И. Г. Калинина, А. В. Хасина, М. Шпигельман // Медицинская сестра. – 2020. – Т. 22, № 6. – С. 42–49.

Подготовила Н. А. Лёпа, главный библиограф справочно-информационного отдела РНМБ



*Кандидат медицинских наук И. Д. Шилейко,
доцент А. Т. Кузьменко*

НАРКОТИКИ: РЕАЛИИ ВРЕМЕНИ

*Белорусская медицинская академия
последипломного образования*

Слово «наркотик» у многих ассоциируется с такими веществами, как героин, марихуана, гашиш. И действительно, еще буквально десятилетие назад эти наркотические средства, получаемые из растительного сырья (опийного мака, конопли), были серьезной проблемой нашего общества. Однако время вносит свои коррективы в жизнь. Активное развитие химии и фармацевтики привели к созданию нового поколения наркотиков, так называемых дизайнерских (клубных).

Некоторые из современных наркотиков были впервые синтезированы фармацевтическими компаниями с абсолютно благими целями – попыткой их применения в качестве лекарственных средств для лечения некоторых заболеваний, таких как, например, болезнь Альцгеймера. Однако в ходе детального изучения свойств новых «лекарственных средств» было установлено их негативное влияние на организм человека, проявляющееся в высокой токсичности и способности вызывать зависимость. Идея использования данных веществ в терапевтических целях потерпела поражение, но, к сожалению, дала толчок к развитию подпольного синтеза нового поколения наркотиков.

Что собой представляют «дизайнерские» наркотики? По своей сути это синтетические заменители натурального вещества, воспроизводящие его наркотические свойства. Изготавливаются они либо путем изменения химической структуры уже известных на нелегальном рынке наркотических средств, либо путем синтеза новых соединений. Нередко новое синтезированное вещество может обладать более выраженным наркотическим эффектом, более высокой токсичностью и способностью вызывать зависимость в сравнении с уже существующим наркотиком.

Целью создания «дизайнерских» наркотиков является возможность обойти действующее законодательство. В Республике Беларусь, как и во многих других государствах мира, действует республиканский перечень наркотических средств и психотропных веществ, подлежащих государственному контролю. Оборота веществ, включенных в этот перечень, в нашей стране ограничен

либо запрещен вообще, а нелегальное производство и распространение таких веществ является уголовным преступлением. Но если синтезировано новое вещество, обладающее психоактивным эффектом, то до тех пор, пока оно не будет включено в перечень запрещенных к обороту, уголовной ответственности за его распространение не предусмотрено. Перечень наркотических средств регулярно пополняется новыми веществами, в то же время подпольные лаборатории синтезируют следующие поколения наркотиков.

Чем опасны «дизайнерские» наркотики? Во-первых, при употреблении многих из этих веществ формируется более мощная зависимость, чем от уже известных их аналогов. Во-вторых, большинство «дизайнерских» наркотиков обладают высокой токсичностью и способны вызывать состояние отравления в малых дозах. В-третьих, они мощно воздействуют на психическую сферу человека, что приводит к серьезным расстройствам психики, вплоть до развития психических заболеваний.

«Дизайнерские» наркотики представляют собой вещества различной химической структуры, но по способу воздействия на организм их условно можно разделить на несколько групп.

Синтетические каннабиноиды. Это химические соединения, которые воздействуют на те же рецепторы, что и природные вещества – каннабиноиды, содержащиеся в наркотиках, получаемых из дикорастущей конопли и обладающие наркотическим действием. Нередко синтетические каннабиноиды объединяют общим названием «спайс».

Продукты, содержащие синтетические каннабиноиды, впервые появились на нелегальном рынке примерно в 2004 г. Их употребляют путем добавления к растительному материалу, например измельченным или нарезанным на полоски листьям. В чистом виде эти вещества представляют собой мелкокристаллический порошок белого, серого, коричневатого или желтоватого цвета. Они используются для приготовления смесей для курения, которые представляют собой растительную массу, обработанную раствором одного или нескольких синтетических каннабиноидов.

Основной способ употребления таких веществ – вдыхание их паров или курение в виде смесей. Иногда практикуется потребление травяных продуктов, содержащих синтетические каннабиноиды, с пищей или в виде чая.

При вдыхании дыма, содержащего синтетические каннабиноиды, наркотическое действие возникает уже через 15–20 с, продолжительность наркотического опьянения сохраняется от 1 до 6 ч.

Клинически употребление синтетических каннабиноидов проявляется расширением зрачков, гиперемией лица, сухостью во рту, характерна тахикардия (пульс – более 100 уд/мин). Возникают и неврологические проявления: тремор рук и всего тела, заплетаящаяся речь. Употребление таких веществ может приводить к развитию острой интоксикации и передозировок, а также вызывать психические нарушения, вплоть до развития психозов. В отличие от природных каннабиноидов, при употреблении их синтетических аналогов достаточно быстро развивается психофизическая зависимость, которая крайне сложно поддается лечению.

Последствия длительного употребления синтетических каннабиноидов весьма неблагоприятны: значительно ухудшаются мыслительные способности, способность к пониманию, абстрактному мышлению, обучению, снижается интеллект, происходит нарушение краткосрочной памяти. Установлен кардиотоксический эффект каннабиноидов, который проявляется нарушениями сердечного ритма, вплоть до развития стенокардии. Нередко отмечаются патологические процессы в слизистых оболочках носа, горла, бронхов и легких, так как основным способом поступления наркотика в организм является его курение. Хроническая интоксикация достаточно быстро приводит к нарушению функции печени с развитием хронического гепатита, в значительной степени снижается активность иммунной системы.

Дизайн-амфетамины. Представляют собой вещества, обладающие сходным действием с известными психостимуляторами: амфетамином и кокаином – веществами, оказывающими стимулирующее действие на центральную нервную систему.

Дизайн-амфетамины представляют собой порошки белого или коричневого цвета, реже встречаются в форме таблеток. Употребляют эти вещества различными способами: вдыхают через нос, вводят внутривенно, принимают внутрь. На нелегальном рынке они часто реализуются под видом солей для ванн, витаминных добавок или подкормки для растений.

Продолжительность действия данных веществ после употребления в среднем составляет от 3 до 6 ч.

Клиническая картина опьянения при употреблении дизайн-амфетаминов характеризуется физической активностью, повышением работоспособности, улучшением настроения, снижением аппетита. В ряде случаев прием таких веществ сопровождается токсическими психозами, которые характеризуются спутанностью сознания, дезориентацией, зрительными, а иногда и слуховыми галлюцинациями. При длительном употреблении дизайн-амфетаминов могут развиваться различные соматические расстройства: инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма, геморрагический и ишемический инсульт, эпилептический статус, острая почечная недостаточность. Регулярное употребление дизайн-амфетаминов с высокой вероятностью приводит к развитию психофизической зависимости.

Агонисты серотониновых рецепторов. Серотониновые рецепторы – это мембранные рецепторы нейромедиатора и гормона, который известен под названием «серотонин». Серотонин играет очень важную роль почти в каждой физиологической функции. Его действие связывают с регуляцией работы кишечника, сосудистого тонуса, аппетита, внимания, агрессии, страхов, эмоций, сексуального поведения, боли, сенсорики, сна и многих других функций. Серотонину приписывают очень важную роль в возникновении различных психических расстройств, а также зрительных галлюцинаций. Именно поэтому наркотические средства – агонисты (химические соединения, которые при взаимодействии с рецептором приводят к его активации) серотониновых рецепторов нередко называют галлюциногенами. Вещества, воздействующие на серотониновые рецепторы, являются по своей сути еще и психоделиками, так как обладают способностью изменять сознание, восприятие и мышление человека.

На нелегальном рынке распространяются в виде порошков, таблеток или жидкостей. Основные способы употребления: сублингвально (под язык) либо внутрь. Подъязычно используют так называемые марки – бумажная основа, на которую наносится действующее вещество.

Необходимо отметить чрезвычайно высокую токсичность некоторых веществ, действующих на серотониновые рецепторы: дозы, достаточные для достижения психотропного эффекта, ничтожно малы – от 0,1 до 1 мг (для случайного потребителя такие дозы могут оказаться смертельными).

Центральное место в клинической картине опьянения веществами-психоделиками занимает необычное эмоциональное состояние, которое можно сравнить с чувством открытия, религиозного откровения, прозрения. Возникают галлюцинации, чаще всего зрительные, хотя могут иметь

место слуховые и тактильные. Обостряется восприятие цвета, музыки, запахов. Отмечается нарушение восприятия пространства и времени. Возникают нарушения течения времени: ход времени кажется чрезмерно быстрым или медленным, или же вообще кажется, что «время исчезло, перестало существовать». Под воздействием галлюциногенов человек становится чрезвычайно внушаемым.

Длительность психических симптомов при приеме галлюциногенов может продолжаться до 12 ч. Синдром отмены характеризуется сниженным настроением, вплоть до развития депрессии, которая может длиться от 1 суток до 1 недели.

Все «дизайнерские» наркотики объединяют общим термином «психотропные вещества», поскольку их действие на организм сводится к стимуляции психической и физической активности. Как уже отмечалось выше, большинство из этих веществ способны вызывать развитие различного рода галлюцинаций, токсических психозов, а в тяжелых случаях – летальные исходы. Особую опасность представляет способность психостимуляторов вызывать привыкание и зависимость, трудно поддающуюся лечению.

Большинство потребителей наркотиков не знают в приеме психостимуляторов, а некоторые даже не знают, какое конкретно вещество они употребляли или могут указать лишь так называемое торговое название вещества. При оценке клинической картины можно лишь предположить вероятность употребления психотропного вещества. Объективно установить прием конкретного вещества может лишь химико-токсикологический анализ, который проводится в специализированных лабораториях и заключается в обнаружении психотропного вещества и (или) продуктов его метаболизма в моче.

Проблема употребления наркотиков остается неразрешенной уже на протяжении многих лет. Борьба с нелегальным распространением данных веществ сопряжена с большими трудностями, поскольку в последнее время они реализуются посредством Интернета, зачастую под видом «легальных». Молодые люди приобщаются к употреблению «клубных» наркотиков, не задумываясь о том, к каким последствиям может привести их прием. Единственным на сегодняшний день эф-

фективным способом противодействия употреблению психоактивных веществ является профилактика, которая должна быть комплексной и включать не только выявление случаев нелегального производства и распространения наркотических средств органами МВД, но и просветительскую работу среди подростков и молодежи – информирование о вреде и негативных последствиях приема наркотиков. Очень важно, чтобы профилактическая работа включала информацию о реальных опасных эффектах наркотиков, а не запугивание. В случае когда проблема употребления наркотиков все-таки возникла, необходимо обращаться только за специализированной помощью, которую оказывают наркозависимым пациентам в наркологических и психиатрических диспансерах, а также в РНПЦ психического здоровья.

Использованная литература

1. Веселовская Н. В. Наркотики. Свойства, действие, фармакокинетика, метаболизм: учеб. пособие / Н. В. Веселовская, А. Е. Коваленко. – М., 2008.
2. Гроф С. Когда невозможное возможно: Приключения в необычных реальностях. – М., 2007. – 448 с.
3. Клинико-лабораторная диагностика употребления психоактивных веществ / под ред. проф. В. С. Камышникова. – Минск, 2016. – 376 с.
4. Менделевич В. Д. Руководство по аддиктологии. – СПб., 2007. – 768 с.
5. Софронов Г. А. Синтетические каннабиноиды. Состояние проблемы // Наркология. 2012. – № 10. – С. 97–110.
6. Ettrup A. Radiosynthesis and in vivo evaluation of a series of substituted 11C-phenethylamines as 5-HT_{2A} agonists PET tracers // Eur. J. Med. Mol. Imaging. – 2010. – № 38. – P. 681–693.
7. Casale J. F. Characterization of Eleven 2,5-Dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine (NBOMe) Derivatives and Differentiation from their 3- and 4-Methoxybenzyl Analogues / J. F. Casale, Hays P. A. // Microgram J. – 2012. – № 9(2). – P. 84–109.
8. Van der Veer N. Persistent psychosis following the use of Spise / N. Van der Veer; J. Friday // Shizophr. Res. – 2011. – № 130(3). – P. 285–286.



Профессор Ю. К. Абаев

ДОБРОЕ СЛОВО – ЛЕКАРСТВО

Редакция журнала «Здравоохранение»

*Душе израненной
доброе слово – лекарство.
Святитель Григорий Богослов (329–389)*

В прошлом врачи полагались не столько на свои знания, сколько на целебные силы природы. Оказывая посильную помощь, они занимались главным образом утешением. С античных времен считалось, что «врач лечит словом, лекарствами (растениями) и ножом» (Гиппократ). Приоритет отдавали слову, иначе говоря, психологическому воздействию на больного. Следует отметить, что слово «врач», существовавшее в Древней Руси с XI в., происходит от «врати», под которым понимали «не обманывать, не говорить вздор или рассказывать небылицы, а процесс разговора, говорить».

Искусство исцеления со времен своего возникновения тесно переплеталось с различными способами воздействия на человеческую душу. В современном понимании здесь нет ничего мистического – это вполне понятное психотерапевтическое влияние на пациента. Оказывать психическое воздействие, умение вникать в душу больного и подчинять в той или иной степени своей воле является важнейшим качеством медика. Воздействие это не только благотворно уже само по себе, но и обеспечивает точное исполнение пациентами всех необходимых предписаний.

На первый взгляд медик – просто человек, обладающий медицинскими знаниями. Он знает, как распознать болезнь, какие лекарства назначить, какие манипуляции надо выполнять при том или ином заболевании. Если эта точка зрения справедлива, то его можно было бы назвать ходячим медицинским справочником. Однако стоит лишь сделать такое заключение, как немедленно возникает решительный протест, мы чувствуем, что роль медицинского работника гораздо сложнее и значительнее. В чем же дело? Болезнь нельзя рассматривать в отрыве от ее носителя. Вот почему необходимо учитывать психологические особенности каждого пациента. Известный канадский терапевт У. Ослер (1849–1919) так выразил данную мысль: «Нередко гораздо важнее знать не то, что у больного на рентгенограмме, а то, что у него в голове».

Когда студент учится в медицинском вузе или колледже, у него невольно складывается впечат-

ление, что болезнь – это нечто отдельное от человека, болезнь сама по себе, а пациент сам по себе. Поэтому, начиная работать, он нередко ищет и видит только патологический процесс: воспаление в легких, тромб в артерии, камни в желчном пузыре и т. д. Правда, на заднем плане смутно вырисовывается пациент, но он остается вне сферы внимания. Ведь если обнаружена, например, артериальная гипертензия, нужно назначить гипотензивное средство, а если пневмония – антибиотики. Разве помогут в лечении сведения о том, работает пациент или находится на пенсии, есть ли у него дети, каков его характер и т. д. А вот сделать УЗИ, КТ или МРТ – это действительно важно.

У датского художника Х. Бидструпа есть шуточный рисунок, на котором изображены муж и жена перед витриной магазина женского платья. Жена замечает все детали и особенности каждой модели, кроме цены. Муж, напротив, видит лишь таблички с ценами на фоне смутных очертаний совершенно одинаковых манекенов. Так и некоторые медики видят лишь поврежденный клапан сердца или язву желудка на бледном фоне фигуры пациента. Какая это неполная и скудная картина, и как много теряет такой врач или медсестра.

В реальности болезнь неотделима от своего владельца. Медицинский работник имеет дело не просто с заболеванием, но также с психической реакцией пациента на болезнь: страхом, депрессией, уходом в болезнь и др. Вот почему врач и медсестра всегда воздействуют – сознательно или бессознательно – не только на болезнь, но и на душевный мир пациента. И здесь не помогает фраза «не волнуйтесь» или «все обойдется». Необходимо всякий раз приспособливать свое поведение и лечение под особенности данного больного, а для этого нужно выяснить, что за человек обратился за помощью, каковы особенности его характера, что его тревожит, чего он ждет. Как это узнать? Набор стандартных вопросов здесь недостаточен. Помочь может только общение с пациентом. Разве в повседневной жизни мы узнаем человека толь-

История, факты, события

ко по смыслу его ответов? Не меньшее значение имеют интонация, мимика, поведение, внешность. Именно подлинное сочувствие к своим подопечным, знание всех служебных и семейных проблем пациентов отличали когда-то тех самых «старых врачей, которые больного и болезнь видят насквозь и которые не красноречием и высокопарностью, но избранными и простыми средствами врачевать привыкли» (М. Я. Мудров). Визит такого доктора был сеансом психотерапии, а скудость лечебного арсенала предполагала, что врач обладает даром внушения.

Болезнь может сопровождаться различными тягостными ощущениями – болью, тошнотой, изжогой, зудом, головокружением, слабостью. Эти ощущения благодаря сознанию окрашиваются эмоциями (страхом, унынием, гневом и др.). Кроме того, эмоциональная реакция дополняется мыслительным процессом. Пациент хочет понять, опасно ли его заболевание, как от него избавиться, сможет ли он продолжать работать. Тревожное воображение рисует пугающую картину – не рак ли это? Тогда его жалобы кажутся преувеличенными, хотя больной вовсе не хочет ввести врача или медсестру в заблуждение. Бывает и наоборот – пациент успокаивает себя, недооценивает серьезность заболевания и не обращается за медицинской помощью. И в том, и в другом случае больной оценивает свое заболевание совсем не так, как медицинский работник.

Выдающийся невролог и психиатр академик В. М. Бехтерев (1857–1927) говорил: «Если больному не стало легче после разговора с врачом, значит, это плохой врач». Сегодня это наставление кажется устаревшим. Может, в древности, когда медицина располагала только пиявками, клистирами, рвотными средствами и кровопусканием, ничего другого не оставалось, как только утешать и подбадривать больного. Теперь же, когда медицина имеет множество эффективных лекарственных средств, пациента надо просто хорошо лечить, а не успокаивать. И вот, поставив диагноз, медик стремится поскорее выписать рецепт и «покончить» с этим больным. Вдумаемся в смысл этого афоризма и попытаемся представить первую встречу с заболевшим человеком. Казалось бы, что можно сделать в это время? В лучшем случае поставить диагноз и назначить лечение. Почему же иногда пациент уже после первого визита уходит довольный и улыбается? Дело в том, что на прием в поликлинику приходит не камень в желчном пузыре, не язва желудка, а человек. И страдает не клапан сердца, не тромб в сосуде, а человек. Страдает он от боли, кашля или одышки. Его одолевают страх, тревога, чувство бессилия. Он не знает, что надо сделать, чтобы выздороветь,

не уверен, помогут ли ему. Любая болезнь обязательно имеет психологический компонент. Вот на эту психологическую составляющую можно воздействовать уже при первой встрече с пациентом. Достаточно, чтобы он видел – медработник приветлив, спокоен, внимателен, смотрит прямо в глаза, обследование и процедуры проводит добросовестно. Больной почувствует, что попал в хорошие руки и ему действительно станет легче.

Хорошие врачи всегда понимали значение психологического воздействия на больного. Замечательный клиницист XIX в. профессор Г. А. Захарьин говорил: «Нет нужды объяснять, в каком тяжелом положении находится врач, к которому не имеют доверия; еще тяжелее положение больного, вынужденного лечиться у врача... к которому нет доверия». Значение психотерапии велико в любой медицинской специальности, в том числе в хирургии – области, казалось бы, далекой от непосредственного воздействия на душевный мир пациента. Французский хирург Р. Лериш (1879–1955) рассказывал, что его, тогда еще молодого врача, пригласили проконсультировать знаменитого маршала Ф. Фоша. После осмотра он посоветовал операцию. Маршал сказал: «Я обращался ко многим медицинским светилам, они тоже предлагали оперироваться, но я не соглашался. Сейчас я хочу, чтобы эту операцию сделали вы, потому что вы первый, кто говорил со мной, глядя прямо в глаза: вам я поверил».

В процессе общения нельзя забывать, что существует еще один важный фактор, который оказывает влияние на больного, – это уверенность медицинского работника. Пациенту необходима твердая рука, которая поможет ему справиться с вызывающими беспокойство сомнениями, неизбежно возникающими во время болезни. Слово медика должно иметь вес и авторитет, больной должен почувствовать, что он знает, как надо поступить, верит в предлагаемое лечение, не сомневается и твердо убежден в правильности своих действий. Это исключительно важно, тем не менее данный фактор не всегда оценивают должным образом. Известный московский невролог начала XX в. профессор Л. С. Минор так охарактеризовал свою специальность: «*Diagnosis optima, prognosis pessima, therapia nulla*» («Диагностика точная, прогноз безнадежный, лечение отсутствует»). Конечно, это крайний случай терапевтического нигилизма, однако не в столь выраженной форме он встречается в медицинской среде.

Каждый врач и медсестра на протяжении всей своей карьеры подвергаются экзамену множество раз для проверки знаний. Но все они, эти нередко

очень трудные испытания, не позволяют оценить, положителен или отрицателен тот эмоциональный заряд, который неизбежно сопровождает их профессиональную деятельность и существенно влияет на ее результаты. С другой стороны, сами больные удивительно точно и быстро обнаруживают терапевтический нигилизм и избегают таких медиков.

Можно возразить, что все эти психологические тонкости ни к чему, достаточно убрать материальную основу болезни – и эмоциональные наслоения исчезнут. Именно это можно услышать в медицинской среде: «Мы и так загружены до предела, а нам предлагают тратить силы на что-то неопределенное. Нет уж, будем просто лечить больного и не ублажать». Действительно, если у пациента абсцесс, перелом кости или непроходимость кишечника, на первом месте стоит сугубо соматическая помощь – но разве всегда можно ликвидировать причину болезни? Увы, нельзя полностью излечить от гипертонической болезни, атеросклероза, ревматоидного артрита, сахарного диабета, а ведь есть еще невроты и функциональные расстройства. В таких ситуациях лечение обязательно должно включать в себя воздействие на психику больного, иначе оно будет неполноценным.

Почему же медики иногда рисуют страшные картины? Страх не может мотивировать конструктивное поведение. Вместо того чтобы мобилизовать внутренние ресурсы пациента, подобные разговоры лишают его надежды. Когда страх берет верх, принятие разумных решений затрудняется. Отрицательные эмоции усиливают симптомы болезни, замедляют процесс выздоровления и подавляют настроение. Недуг начинает разъедать не только тело, но и сознание. Важно сохранить спокойствие пациента. Если прогнозируется отсутствие улучшения или скорая смерть и при этом медик не может утешить больного, страдает сама суть медицинской профессии. Всегда лучше оставлять «дверь немного приоткрытой», даже при самых мрачных обстоятельствах. Беседа, направленная на купирование тревоги и стимуляцию мужества, может превзойти по терапевтической эффективности седативные препараты, поскольку «человек и в нормальном состоянии гораздо легчевернее, чем он о себе думает, и в высшей степени восприимчив к лечению» (М. М. Дитерихс). Как же обедняет себя медицинский работник, если не догадывается о скрытой потребности больного человека в душевной поддержке.

Нередко болезнь требует длительного, а то и постоянного приема лекарств. Казалось бы, достаточно объяснить это пациенту один раз и в

дальнейшем просто выписывать очередной рецепт каждый месяц. Ведь врач и медсестра не обязаны проверять, принимает ли больной лекарства регулярно, это же в его интересах. Но разве мы сами всегда выполняем собственные решения, даже если они заведомо идут нам на пользу? Каждая таблетка снова и снова напоминает пациенту о болезни, и он охотно забывает принять ее. К этому примешиваются опасения о вреде лекарств вообще. А то и вовсе больной прекращает лечение, потому что ему стало немного лучше или он потерял веру в успех лечения. Только равнодушный медик может ограничиться выдачей очередного рецепта. Надо постоянно подбадривать пациента, заряжать его оптимизмом, терпением, мужеством. Данная сторона медицинской деятельности требует не столько профессиональных знаний, сколько сочувствия и понимания психологии больного человека. Кстати, пациенты очень быстро выделяют такого врача и медсестру.

До сих пор речь шла о том, какую роль играет психологический фактор в восприятии пациентом своей болезни. Однако психика больного воздействует и на развитие недуга. Так, нередко при измерении артериального давления в поликлинике у пациента-гипертоника оно оказывается повышенным, несмотря на регулярный прием лекарств. Эта ситуация встречается так часто, что есть даже выражение «реакция на белый халат». Показательно, что когда давление измеряет незнакомый медик, давление оказывается еще выше. Психотерапия не только акт милосердия, это и лечебное воздействие на ту сторону болезни, которую обычно рассматривают в отрыве от душевной жизни пациента.

Однако болезнь, даже в неразрывной связи с ее обладателем, – это только одна сторона рассматриваемого вопроса. В лечебном процессе всегда участвуют двое – больной и медицинский работник. На первый взгляд, встреча сторон сводится к тому, что пациент излагает жалобы, а медик обследует больного, назначает лечение, выполняет медицинские манипуляции и т. п. На самом деле эта встреча насыщена большим эмоциональным напряжением. Если для врача и медсестры каждый новый больной всего лишь очередное звено в бесконечной череде других пациентов, то для больного медик – существо особое, от которого зависит благополучие, с которым связаны надежды. Вот почему он пристально всматривается в медработника, оценивает его внешность, замечает детали его поведения, жадно запоминает слова и даже интонацию, с которой они произнесены. Все это признаки, по которым больной пытается угадать свою участь. При этом его интересует не только эрудиция медика, но и какой он человек –

История, факты, события

внимательный, добрый или равнодушный. Больной формирует свое мнение на основе поведения медицинского работника, его слов и внешнего вида.

Как пациент оценит медика, так он и будет вести себя в дальнейшем – полностью доверится, или замкнется, и мы услышим лишь сухие ответы на наши вопросы, а ведь от этого зависит полнота анамнеза, а значит, и точность диагноза. Мало того, оценка больным медика влияет и на результаты лечения. Для того чтобы аккуратно выполнять все предписания, пациент должен поверить медицинскому работнику. Важно понять, что больной ждет не только таблетки, уколы или операцию. Он жаждет также психологической помощи. Он хочет убедиться – болезнь не так уж опасна, все обойдется. Слова ободрения и надежды нужны ему не меньше, чем медикаменты. Он с самого начала открыт для психотерапии, поэтому каждое приветливое слово, внимательный взгляд, улыбка, уверенный профессиональный жест – все это падает на благодатную почву. Когда больной видит – к нему внимательны, им занимается всерьез, его невольно охватывает чувство доверия и благодарности. Ему сразу становится легче, даже острота болезненных ощущений ослабевает.

Все медики знают, что у лекарства иногда бывают неприятные свойства, но с медицинской точки зрения мы полагаем, что пациент может и потерпеть. Однако вдруг больной проявляет безрассудное упрямство и отказывается, причем не только от этого лекарства, но и от всего лечения в целом. Примечательно, что это решение, как правило, обусловлено не низким профессиональным уровнем медиков, а только их поведением. Как же «обедняют» себя медики, если не догадываются о скрытой потребности больного в душевной поддержке.

Что же способствует психологическому эффекту и что вредит ему? На врача и медсестру в первую очередь работает то обстоятельство, что само общество поставило их в положение целиителей, то есть людей, от которых все остальные ждут помощи. Вот почему белый халат как символ избранности медика сразу вызывает уважение и готовность с доверием воспринимать все их слова. Кстати, именно поэтому неопрятный и мятый халат разочаровывает больного. Далее психотерапевтический эффект усиливают зрелый возраст (седина), репутация, ученая степень или звание. Нередко этого достаточно, чтобы пациент получил ту психологическую поддержку, в которой он нуждается.

Есть еще целый ряд факторов, которые значительно усиливают лечебное действие, причем они также не требуют специальных усилий. Речь идет

о некоторых особенностях поведения. Это внимательное отношение к пациенту, приветливость, сочувствие, оптимистический настрой, простая и понятная речь, вежливость и деликатность. Может показаться, что эти рекомендации пригодны для школы хороших манер и не имеют отношения к медицине. Однако именно это самые лучшие, поистине безотказные средства, чтобы завоевать доверие больного человека и тем самым усилить лечебное воздействие проводимого лечения. Вот почему надо воспитывать в себе эти качества с самого начала медицинской деятельности. И наоборот: как же вредит себе медик, если во время беседы смотрит не в глаза пациенту, а куда-то в сторону или во время обследования, выполнения манипуляции разговаривает с коллегой, забывая, что больной уже ответил на его вопрос, проявляет спешку, часто поглядывает на часы, резко обрывает пациента.

Когда медицинский работник груб, высокомерен, нетерпим, невнимателен – это значит, он не только не ценит свое главное лекарство, но и относится к нему с пренебрежением. Он уверен: если есть профессиональные знания, то ничего больше не требуется. На самом же деле это невозможно, лекарство под названием «врач» или «медицинская сестра» все равно будет присутствовать во всех лечебных мероприятиях и процедурах, об этом позаботится сам больной. При таком отношении это лекарство приобретает отвратительный вкус.

Нередко при слове «психотерапия» приходят на ум психоанализ, гипноз, аутотренинг, медитация, йога. Но эти методики пригодны лишь в особых случаях и составляют ничтожную часть психотерапии в целом. На самом деле весь процесс лечения буквально пронизан «обычной» психотерапией. Уже с первых мгновений встречи медицинский работник оказывает на больного мощное психологическое воздействие – не потому, что он обладает гипнотическим даром, а потому, что в силу своей профессии вступает с пациентом в особые отношения. Не врач и не медсестра решают, применить психотерапию или нет, сам пациент по собственной воле придает их деятельности психотерапевтическую направленность. От медика зависит только, как использовать эту возможность. Он может пойти навстречу потребности больного в моральной поддержке – и результатом будут довольны обе стороны. Но если медик считает, что его дело лечить только болезнь саму по себе, а не копаться в переживаниях пациента, он все равно будет заниматься психотерапией, но только психотерапией отрицательной. В ответ на сухость, бесцеремонность, даже грубость больной разочарованно уходит в себя, теряет доверие,

у него пропадает усердие, столь необходимое для выполнения медицинских назначений.

Иногда пациент совсем падает, отказывается от ортодоксальной медицины и обращается к медицине нетрадиционной, а порой к знахарям или вовсе к шарлатанам. Как правило, здесь его потребность в психотерапии удовлетворяется гораздо лучше. Кстати, поразительные результаты, которых иногда добиваются откровенные невежды, лишний раз доказывают важность психологического фактора в лечении заболеваний. Характерно, что все исследования по клинической апробации новых лекарств неизменно сталкиваются с эффектом плацебо. В любой группе больных есть пациенты, которые положительно реагируют не на лекарство, а на индифферентное вещество, предлагаемое для контроля под видом лекарства. По-видимому, на плацебо реагируют те, у кого психологическая составляющая болезни особенно велика, хотя органический компонент болезни выражен не меньше, чем у других. Это объясняет удивительные результаты, которых иногда добиваются при использовании неортодоксальных методов лечения. В основе таких «чудесных» исцелений лежит психотерапевтический эффект. Как правило, популярность каждого из этих методов быстро уменьшается. Однако на смену дискредитированным увлечениям приходят новые, не менее причудливые. Живучесть тяги к необычному говорит о непрерывной потребности больного человека не только в медицинской помощи (лекарства, операция), но и в психологической. И если представитель ортодоксальной медицины бездушно ограничивается простым выписыванием рецепта, то разочарованный больной уходит к «целителю» и там сполна получает то, что ему не дала официальная медицина.

Российский психиатр профессор И. М. Балинский (1827–1902) как-то остроумно заметил: «Лекарством, которым чаще всего пользуются в повседневной врачебной практике, является сам врач. Другими словами, важны не только пузырек с микстурой или коробочка с таблетками, но и та манера, с которой врач прописывает их больному, и даже атмосфера, в которой лекарство назначается и принимается».

Психотерапевтические беседы не должны быть слишком длинными, ведь каждый пациент знает, что хороший медик нарасхват и всегда занят. Если он многословен, значит, на него нет спроса, а стало быть, он не заслуживает доверия. Даже краткие слова ободрения и надежды попадают в цель и вызывают благодарный отклик, если только они конкретны, то есть приспособлены к данному случаю. Пациент сам разовьет их дальше и обо-

гатит. В результате он вновь обретет мужество, терпение и оптимизм.

Применяя лекарственное средство, врач подбирает дозу и способ введения в зависимости от индивидуальных особенностей больного: возраста, сопутствующих заболеваний, тяжести состояния и т. д. Точно так же, когда медику приходится использовать свое психологическое влияние намеренно в качестве лекарства, он должен индивидуализировать его применение. Но доза и форма этого лекарства зависят не от нозологического диагноза, а от душевного состояния пациента. Ведь оно воздействует не на микробов или на уровень сахара в крови, а на страх, тревогу, отчаяние, тоску, безразличие.

Иногда душевное страдание оказывается сильнее самой болезни. В таких случаях стандартное заверение, что все будет хорошо, помогает редко, а если положение безнадежное, такие слова и дежурная бодряя улыбка могут лишь оскорбить страдающего человека. Пациенту надо сказать, что вы хорошо понимаете его опасения, но, в отличие от него, их не разделяете, потому что твердо знаете, что надо делать, и уверены в благополучном исходе. Медицинский вердикт всегда должен быть подобен приговору «да, виновен, но заслуживает снисхождения». Иными словами, пациенту следует предъявить все благоприятные факторы («смягчающие обстоятельства»), которые имеются именно в данном случае, тогда он поверит, что оптимизм обоснован.

На практике формы применения этого «лекарства» очень разнообразны. Иногда это просто ободрение. Внимательное и добросовестное обследование, спокойное и приветливое выражение лица, уверенный тон рекомендаций – все это уже показывает пациенту, что медицинский работник знает свое дело. И если к этому добавить несколько обнадеживающих слов, то цель будет достигнута. Порой главное назначение этого лекарства – снять тревогу и страх. Нередко больной создает совершенно фантастическое представление о своей болезни, и его страхи оказываются просто нелепыми. Так, в случае сахарного диабета он истолковывает банальную артралгию как предвестник гангрены, хотя никакого поражения периферических артерий еще нет. Рассеять страхи не трудно, но для этого надо войти в положение больного и понять, что пугает его на самом деле. Например, после мастэктомии по поводу рака молочной железы любая женщина опасается метастазов. В этом случае надо привлечь ее внимание к тем благоприятным факторам, которые имеются как раз у нее: малый размер опухоли к моменту операции, отсутствие метастазов в региональ-

История, факты, события

ных лимфоузлах, неотягощенная наследственность или отсутствие подозрительных теней на КТ и т. д.

В общении с пациентом полезно использовать юмор. О благотворном влиянии смеха на душу и тело упоминали многие известные врачи древности: Геродик, Гиппократ, Гален. В эпоху Возрождения декан медицинского факультета университета Монпелье Л. Жубер опубликовал книги «Трактат о смехе» и «Моральные причины смеха». Небезынтересно отметить, что знаменитый писатель-гуманист и врач Ф. Рабле был учеником Л. Жубера. Смех стимулирует выделение эндорфинов – собственных морфинов организма, которые притупляют ощущение физической и душевной боли. Юмор способствует оптимизации психического состояния посредством эмоционального отстранения, при котором усиливается объективность восприятия. Юмор будет лечебным, если медик использует его в искренней манере, выражая эмпатию и заботу, и наоборот, будет вреден, если пациент почувствует, что его неправильно поняли, если юмор выражает негативную оценку его чувств или используется, чтобы скрыть чувство дискомфорта в связи с вопросами больного. Примером являются медицинские рекомендации, юмористически изложенные Б. Шоу в «Дилемме доктора»: «Положитесь на меня. Не тревожьтесь. Питайтесь регулярно. Спите нормально. Мужайтесь... Надейтесь на будущее. Лучшее тонизирующее – очаровательная женщина. Лучшее лекарство – бодрость. Лучшее прибежище – наука».

Как ни странно, довольно часто пациент нуждается не столько в конкретной медицинской помощи, сколько в обычном здравом совете. Помощь такого рода отнюдь не выходит за медицинские рамки. Кстати, это не требует от врача особой житейской мудрости. Просто надо видеть перед собой не только закупоренную венечную артерию сердца или камень в желчном пузыре, но и страдающего обескураженного человека. Сочувственный, спокойный взгляд со стороны позволяет дать больному человеку простой совет, который даст возможность ему совсем по-другому отнестись к проблеме, которая его так волнует.

При чтении медицинской литературы прошлого иногда с удивлением узнаешь, насколько бесполезны с точки зрения современной медицины средства, которые использовали медики ранее. Тем не менее среди них были замечательные доктора, достигавшие успехов в исцелении больных. Как же наши талантливые предшественники добивались столь великолепных результатов, имея в своем распоряжении только мускус, мышьяк, опий, рвотный камень, кало-

мель, лавровишневые капли и кровопускание? Очевидно, лечебный эффект достигался за счет психотерапии. Именно такими качествами обладали выдающиеся медики, оставившие след в истории медицины: М. Я. Мудров (1776–1831), Н. И. Пирогов (1810–1881), Г. А. Захарьин (1829–1897), С. П. Боткин (1832–1889), Ж. М. Шарко (1825–1893), А. А. Остроумов (1844–1908), В. Ф. Войно-Ясенецкий (1877–1961) и многие другие. Все они помимо природной одаренности отличались большой любовью к своей профессии, трудолюбием и умением общаться с больным человеком.

Вот как писал о роли психотерапии немецкий психиатр Э. Кречмер: «Психотерапия является одним из главных видов деятельности врача. В бесконечно многих случаях прибегают к помощи врача не потому, что нужно или возможно основательное лечение тела, но для того, чтобы он помог пациенту и его семье изжить связанные с болезнью негативные эффекты: боязнь, ипохондрию, заботу, неопределенность, безнадежность. Большую часть всех предписаний в части диеты и лекарств требуют от врача для того, чтобы иметь сознание оказанного судьбе противодействия, чтобы выйти из парализующего чувства бессилия, чтобы достигнуть в неверной игре хотя бы некоторых шансов на выигрыш, чтобы, хотя и мало надежными средствами, при постоянной перемене лечения поддерживать в себе сознание борющегося, еще не побежденного человека».

Благодаря научному прогрессу возможности заглянуть внутрь человеческого организма сказочно возросли. Но никакие самые хитроумные приборы не помогут заглянуть в душу пациента. В этой сфере медицинской деятельности нашими единственными помощниками были и навсегда останутся такие старомодные и, казалось бы, неуместные в бесстрастной науке человеческие качества, как доброта, сочувствие, внимание и деликатность. Своим словом, профессиональными действиями и всем своим поведением врач и медсестра могут вдохновить пациента на борьбу с болезнью, восстановить утраченное мужество, вдохнуть волю к жизни и дать надежду на выздоровление. Можно в совершенстве усвоить необходимые знания, блестяще владеть техникой исследования и медицинским инструментарием, но все эти достоинства засияют лишь тогда, когда медицинский работник воспитает у себя чувство такта и умение психологически сблизиться с пациентом. Медик, не одаренный эмоциональной восприимчивостью, глухой к внутренней жизни больного, не способен познать секреты эффективного оказания медицинской помощи. Человек всегда проникает-

ся симпатией к людям, неспособным причинить вред. Такое свойство было присуще литературным персонажам Дон Кихоту, князю Мышкину, Платону Каратаеву, а также таким известным личностям, как Ф. П. Гааз, М. Ганди, Л. Н. Толстой, А. Эйнштейн и др. Каждый медицинский работник должен стремиться воспитывать в себе это качество.

Медицина имеет двойственную природу. С одной стороны, это наука, с другой – то, что изменяет научные познания не робот, а медик, обладающий индивидуальными качествами, и имеет дело он не с бездушной машиной, а с мыслящим и страдающим человеком. Душевный мир пациента невозможно наблюдать в микроскоп и оценивать при помощи технических методов. Поэтому в медицине вряд ли безоговорочно применим афоризм И. Канта: «В каждой дисциплине столько науки, сколько в ней математики».

На протяжении многовекового периода существования медицины предложено огромное количество методов лечения, многие из которых в настоящее время представляют лишь исторический интерес. Однако важнейшими составляющими в работе каждого медицинского работника как были, так и остались знание психологии и искусство общения с больным. Сочувствие и внимание, готовность всегда прийти на помощь были и останутся основой оказания полноценной медицинской помощи. Они никогда не устареют и не выйдут из моды, как бы ни был стремителен прогресс медицины.

Всем известна легенда об Аполлоне, боге-целителе, прорицателе, покровителе искусств, и его сыне Асклепии. Память об Асклепии сохранилась, его почитают как основоположника медицины. Однако у Аполлона был и второй сын – Платон. Асклепий врачевал тело, Платон – душу, и только вместе они достигали успеха. К сожалению, о Платоне и его искусстве вспоминают редко, медицина все больше развивается как наука и ремесло,

тогда как психологии исцеления уделяется явно недостаточно внимания.

Использованная литература

1. Абаев Ю. К. *Культура общения с пациентом*. – *Здравоохранение*. – 2012. – № 6. – С. 51–55.
2. Батышев А. С. *Врач и пациент: искусство диалога* / А. С. Батышев, Т. Т. Батышева. – М., 2009. – 408 с.
3. Дитерихс М. М. *Душа хирурга (из записок старого врача)*. – Л., 1925. – 60 с.
4. Кассирский И. А. *О врачевании*. – М., 1970. – 312 с.
5. Кондурцев В. А. *Искусство клинического обхода. Общение с больными*. – *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости*. – 2012. – № 4. – С. 95–106.
6. Кожевников А. Д. *Искусство общения с больным*. – *Клиническая медицина*. – 2002. – № 4. – С. 65–68.
7. Кречмер Э. *Медицинская психология*. – СПб., 1998. – 460 с.
8. Лаун Б. *Утерянное искусство врачевания*. – М., 1998. – 374 с.
9. Магазаник Н. А. *Диагностика без анализов и лечение без лекарств*. – М., 2014. – 354 с.
10. Местергази Г. М. *Врач и больной, или Поновому о старом*. – М., 2004. – 384 с.
11. Платонов К. И. *Слово как физиологический и лечебный фактор*. – М., 1962. – 532 с.
12. Тюльпин Ю. Г. *Медицинская психология*. – М., 2004. – 320 с.
13. Харди И. *Врач, сестра, больной: психология работы с больными*. – Будапешт, 1972. – 286 с.
14. Шпаковская Е. В. *Приемы построения беседы в лечебном процессе*. – *Онкологический журнал*. – 2009. – Т. 3, № 4. – С. 90–93.
15. Эльштейн Н. В. *Диалог о медицине*. – Таллинн, 1998. – 211 с.
16. Ясько В. А. *Врач: психология личности*. – Краснодар, 2001. – 248 с.

Простая кулинария

СПАГЕТТИ С ПОМИДОРАМИ И МАСЛИНАМИ

Ингредиенты:

- спагетти – 350 г;
- помидоры, нарезанные кубиками – 450 г;
- моцарелла – 230 г;
- чеснок – 1 зубчик;
- оливки без косточек – 2/3 ст.;
- сливочное масло – 45 г;
- рубленый свежий базилик – 3 ст. л.;
- оливковое масло – 2 ст. л.;
- соль, перец молотый – по вкусу.



Приготовление:

1. Отварить спагетти.
2. Мелко порубить чеснок. Порезать оливки.
3. В большой миске смешать чеснок, оливки, молотый перец, оливковое и сливочное масло комнатной температуры. Добавить базилик и натертую на крупной терке моцареллу, нарезанные помидоры.
4. Добавить спагетти в миску с томатной смесью и перемешивать до тех пор, пока сливочное масло не растопится. Посолить.

РУЛЕТКИ ИЗ ОГУРЦОВ С НАЧИНКОЙ

Ингредиенты:

- фета – 100 г;
- огурец свежий – 1 шт.;
- помидоры черри – 9–10 шт.;
- перец болгарский сладкий – 1/2 шт.;
- оливки зеленые – 10 шт.;
- сок лимона – 1 ч. л.;
- соль, перец молотый – по вкусу;
- зелень – для подачи и украшения блюда.



Приготовление:

1. Мелко нарезать оливки, перец и помидоры черри. Фету размять вилкой. Все смешать. Добавить лимонный сок, соль и молотый перец.
2. Огурец нарезать вдоль на тонкие слайсы. Положить на огурец начинку и свернуть в рулетик. Закрепить зубочисткой. Украсить рулетики зеленью.

ЛОБИО ПО-ДЕРЕВЕНСКИ

Ингредиенты:

- фасоль спаржевая – 400 г;
- орехи грецкие – 100 г;
- лук репчатый – 1 шт.;
- чеснок – 2 зубчика;
- масло растительное – 1 ст. л.;
- уцхо-сунели – 1/2 ч. л.;
- аджика – 2 ст. л.;
- базилик – 1 пучок;
- кинза – 1 пучок;
- соль – по вкусу.



Приготовление:

1. Фасоль промыть, удалить жесткие части по краям, залить водой, довести до кипения. Отварить до мягкости в течение 10 мин. Откинуть на дуршлаг.

2. Лук, чеснок измельчить, обжарить на разогретом масле до мягкости. Добавить уцхо-сунели, соль, рубленую зелень, аджику, измельченные грецкие орехи, перемешать. Соединить с фасолью, посолить по вкусу и перемешать.

ЗАПЕЧЕННЫЕ ФАРШИРОВАННЫЕ ШАМПИНЬОНЫ

Ингредиенты:

- шампиньоны крупные – 6 шт.;
- лук белый – 1 шт.;
- колбаса сырокопченая – 20 г;
- сливки (20%) – 50 мл;
- сыр плавленый – 20 г;
- петрушка – несколько веточек;
- яйца перепелиные – 6 шт.;
- масло растительное – 10 г;
- соль, перец молотый – по вкусу.



Приготовление:

1. Шляпки шампиньонов очистить, удалить ножки. Посолить, поперчить.
2. Нарезать мелко лук и ножки грибов. Обжарить на растительном масле до золотистого цвета. Добавить сливки и плавленый сыр. Добавить мелко нарезанную колбасу и зелень. Посолить, поперчить. Перемешать, сразу снять с огня.
3. Остудить, начинить массой шляпки. Сделать посередине углубление. Вбить перепелиный желток в центр каждого гриба.
4. Запекать при температуре 180 °С.

СВЕКОЛЬНЫЙ КРЕМ-СУП С ФЕТОЙ

Ингредиенты:

- свекла – 5 шт.;
- сливки (10%) – 150 мл;
- фета – 150 г;
- лук репчатый – 1 шт.;
- масло растительное – 1 ст. л.;
- соевый соус – 3 ст. л.;
- перец молотый – по вкусу;
- петрушка.

Приготовление:

1. Свеклу отварить или запечь до готовности. Нарезать ломтиками.
2. Лук нарезать и обжарить на растительном масле до мягкости.
3. Сливки довести до кипения, но не кипятить. Добавить в них свеклу, лук и соевый соус, поперчить. Пюрировать с помощью блендера.
4. Фету порезать кубиками, добавить порционно в тарелки с супом.



Приятного аппетита!



Доцент В. К. Милькаманич

КАК УСИЛИТЬ СВОЮ ВНИМАТЕЛЬНОСТЬ

Белорусский государственный университет

Не довольствуйся поверхностным взглядом.
От тебя не должны ускользнуть ни своеобразие
каждой вещи, ни ее достоинство.

Марк Аврелий

Сестринское дело требует от медицинской сестры умения наблюдать за пациентом. Внимательная медицинская сестра своевременно заметит изменения его сознания, выражения лица, цвета кожных покровов, положения в постели, признаки расстройства органов дыхания, кровообращения, пищеварения и др.

Внимание – это сознательная сосредоточенность, концентрация на поступающей информации через органы чувств. Если медицинская сестра научится практиковать и тренировать свое внимание, то она сможет стать настоящим мастером своей профессии.

Внимательная медицинская сестра делает меньше ошибок, лучше контролирует себя, больше запоминает, лучше усваивает материал.

Внимание, как и память, можно тренировать. И, если заниматься этим регулярно, результаты не заставят себя ждать.

Максимально внимательным может быть только дисциплинированный человек, который даже в мелочах всегда доводит начатое дело до конца. Необходимость сосредоточиться на материале или на каком-либо деле должна подкрепляться волевым решением. Слово «нужно» должно занимать в лексиконе медицинской сестры главное место. Всякую работу следует начинать с самого трудного и неинтересного, а легкое и интересное оставлять на потом.

Для того чтобы управление вниманием и его тренировка проходили успешно, необходимо придерживаться определенных условий.

✓ Необходимо систематически повторять выбранные упражнения.

✓ Желательно концентрировать свое внимание на одном объекте по 10–12 мин ежедневно в течение нескольких месяцев. Лучше всего это делать в одно время суток.

✓ Когда осуществляется тренировка внимания, мозг не должен быть ничем занят, кроме данного объекта. Конечно, получится не сразу. Но добиваться этого нужно в любом случае.

✓ Важно, чтобы положение тела было удобным и не напряженным: позвоночник должен быть выпрямлен, а поза устойчивой.

✓ Мышцы должны быть расслаблены, а голова поставлена ровно и прямо.

К основным свойствам внимания относятся:

- концентрация;
- устойчивость;
- способность к распределению;
- переключаемость;
- объем.

Концентрация внимания на какой-то определенной деятельности в ущерб остальным внешне проявляется сосредоточенностью.

Под устойчивостью понимается возможность длительного сосредоточения на каком-то одном объекте.

Умение одновременно следить за несколькими объектами и выполнять различные операции отражает способность к распределению внимания, а сознательное быстрое переключение внимания с одного объекта на другой – способность к переключаемости.

Объем внимания характеризуется количеством объектов – в среднем 5–7.

Остановимся на простых методиках, которые можно использовать для улучшения профессионального внимания.

Тренировка концентрации внимания

Существует целый ряд упражнений, основанных, как правило, на поддержании длительного сосредоточения на одном объекте, цель которых заключается в отвлечении от всех посторонних мыслей, не относящихся к данному объекту.

Упражнение 1. Сосредоточьте взгляд на кончике пальца, полностью сконцентрируйтесь на нем и удерживайте внимание в течение 3–4 мин. На первый взгляд, это кажется простым, но на самом деле выбросить из головы посторонние мысли – задача не из легких. Чтобы упражнение принесло пользу, выполнять его нужно каждый день по несколько раз.

Упражнение 2. Является разновидностью предыдущего. Однако сосредоточиваться следует не на какой-либо части тела, а, например, на медленном дыхании или паузах между его циклами.

Упражнение 3. Сознательно перенесите внимание на какие-либо природные объекты: резной лист клена, отшлифованную морской водой гальку, стекающую по стеклу дождевую каплю. Подойдет все что угодно, лишь бы оно было небольшого размера и для начала находилось прямо напротив глаз.

Упражнение 4. Вместо природных объектов можно использовать внутренние образы. Это упражнение хорошо тем, что оно не требует особой обстановки, его можно выполнять где угодно. Представьте, например, шахматную доску, по которой передвигается какое-либо насекомое (небольшой зверек). Внимательно следите за тем, как оно медленно переползает с белого квадрата на черный – и так по всей доске. При этом помните, что доску желателно видеть целиком, потому что чем больше поле обзора, тем эффективнее упражнение.

Упражнение 5. Психологи называют это упражнение «созерцание зеленой точки». Возьмите страницу с напечатанным текстом, в центре поставьте зеленую точку диаметром 1–2 мм. Каждый вечер, перед тем как лечь в постель, сядьте за стол, положите перед собой страницу, рядом с ней часы и в течение 10 мин смотрите на точку. При этом, как и в предыдущем упражнении, старайтесь не думать ни о чем постороннем, добиваясь полного сосредоточения на объекте. После выполнения упражнения сразу же ложитесь спать, чтобы зеленая точка оставалась финальным зрительным образом прожитого дня. Выполнять упражнение рекомендуется в течение не менее 2–3 месяцев.

Упражнение 6. Чтобы снять усталость после напряженной работы или дать отдых глазам, можно практиковаться в переносе концентрации с одного объекта на другой. Выберите в своем окружении некую точку (небольшую деталь пейзажа или интерьера) и сконцентрируйте на ней внимание. Затем постепенно расширяйте обзор, вбирая в поле зрения весь окружающий мир. Через несколько минут повторите все в обратном порядке, чтобы вернуться к исходному объекту.

Упражнение 7. Направлено на тренировку слухового внимания. В течение 10 мин постарайтесь как можно внимательнее вслушиваться в окружающие вас звуки: речь диктора по радио, пение артиста по телевизору, шум дождя за окном и т. д. Такая тренировка помогает выработать навык сосредоточения на звучащей информации, ведь когда мы слушаем кого-либо, то, как правило, занимаемся еще чем-нибудь.

Выполняя эти упражнения, вы обязательно убедитесь, насколько трудно сконцентрироваться на неподвижных, пусть даже очень простых, объектах. И это не случайно, поскольку основным ус-

ловием длительного устойчивого сосредоточения является изменчивость, подвижность, сложность объекта внимания, которые невозможны без активного восприятия, а однообразие утомляет.

Тренировка устойчивости внимания

Устойчивость представляет собой способность определенное время концентрировать внимание на одном и том же объекте.

Уровень устойчивости зависит от ряда причин: сложности материала, трудности его восприятия, субъективного к нему отношения и, наконец, от индивидуальных особенностей личности. Приведем несколько упражнений, которые помогут вам выработать устойчивость внимания и свести к минимуму его колебания.

Упражнение 1. Положите перед собой страницу с небольшим текстом, взятую из газеты или журнала, и, рассматривая каждую строчку, зачеркивайте в ней какую-либо одну букву, например *о*. Затем проверьте себя и зафиксируйте количество ошибок. Повторите это упражнение несколько раз с другими буквами и проанализируйте результаты. Можно ограничить его выполнение временными рамками в зависимости от величины текста.

Упражнение 2. Напишите произвольно столбик цифр и за определенное количество времени сложите их. Проверьте результат при повторном выполнении этого же упражнения.

Упражнение 3. Возьмите заведомо не интересную вам книгу и начните ее читать. При этом поставьте перед собой цель – найти в этой книге что-нибудь любопытное, что расширит ваш кругозор, окажется полезным или просто развлечет вас.

Тренировка распределения внимания

О необходимости распределять внимание мы говорим тогда, когда вынуждены заниматься одновременно несколькими делами, в которых оно проявляется в той или иной форме. Например, нам нужно набирать текст на компьютере, разговаривая при этом по мобильному телефону.

Для тренировки данного параметра рекомендуется следующий комплекс упражнений.

Упражнение 1. Положите перед собой два листа бумаги, возьмите в обе руки по карандашу и одновременно напишите разные слова, например левой рукой – свое имя, правой – фамилию.

Упражнение 2. Одновременно считайте вслух от 1 до 20 и пишите те же самые цифры только в обратном порядке – от 20 до 1. Затем повторите то же упражнение, но записывайте цифры в порядке возрастания, а проговаривайте в порядке убывания.

Упражнение 3. Обеими руками одновременно опишите в воздухе разные геометрические фигуры: квадрат и круг, треугольник и эллипс и т. д.

Эти несложные упражнения, если выполнять их ежедневно по несколько раз в течение

Школа само- и взаимопомощи

2–3 месяцев, помогут вам быстрее реагировать на смену рабочего ритма и справляться с эмоциональными перегрузками. Даже просыпаться по утрам станет легче, поскольку переход от сна к бодрствованию будет повиноваться хорошо отлаженному механизму.

Тренировка переключения внимания

Переключение внимания зависит от характера предстоящей и предыдущей деятельности.

Для того чтобы научиться быстро переключаться с одного вида деятельности на другой, рекомендуется читать попеременно две или три разные книги (близкие по содержанию), переключаясь с одной на другую каждые 15 с. В заключение нужно составить планы прочитанного текста – по одному на каждую книгу. Знаком к переходу от одной книги к другой может быть не только определенный отрезок времени, но и количество прочитанного текста, например полстраницы или одна страница.

Тренировка объема внимания

Для увеличения объема внимания очень полезно упражнение, которое рекомендуется выполнять в два этапа.

Сначала в течение буквально 1 с задержите свой взгляд на каком-либо предмете: лице человека, фасаде здания, цветке, животном и т. п. Затем закройте глаза и попытайтесь воспроизвести его в своем воображении, припомнив как можно больше деталей. Откройте глаза и сравните реальный предмет с воображаемым. Когда

они будут полностью совпадать, можно перейти к следующему этапу: за тот же отрезок времени постарайтесь запомнить окружающие вас предметы и мысленно воспроизвести их. Чтобы их было больше, научитесь рационально группировать их по каким-либо признакам.

Рассмотрим упражнения, при которых тренировка внимания происходит пассивно.

✓ Сосредоточьтесь на своей ходьбе, беге или любом другом повторяющемся действии. Постарайтесь поймать ритм этих движений, уловить ощущения.

✓ Сконцентрируйтесь на эмоциях, которые вы переживаете. Почувствуйте их изменения, перепады, всплески и угасания. Разделите свои ощущения на эмоционально значимые части.

✓ Старайтесь следить за речью: уловите интонации, произносимые звуки, понижение тембра голоса. Постарайтесь уловить, как меняется ваша речь в процессе смены ситуаций.

Пассивная форма тренировок доступна каждому при любых условиях. Помните, что упражнения вы можете выбирать и придумывать самостоятельно, исходя из того, что вам ближе и удобнее выполнять в данное время.

Уважаемые коллеги! Внимание – это мощный инструмент, который встроен в психику человека. Без внимания невозможны правильная оценка действительности, запоминание и воспроизведение, мыслительные процессы, деятельность человека.

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

Карасева, Л. А. Трудовые конфликты в среде сестринского персонала / Л. А. Карасева // Главврач. – 2020. – № 9, прил. – С. 2–12.

Карев, Л. Пациенты и посетители на взводе в эпидсезон. Практические решения, как снизить риски конфликтов / Л. Карев // Главная медицинская сестра. – 2020. – № 12. – С. 48–56.

Каспрук, Л. И. Медицинская статистика: некоторые актуальные историко-медицинские аспекты / Л. И. Каспрук // Медицинская сестра. – 2020. – Т. 22, № 7. – С. 13–18.

Квалификационная характеристика бакалавра лечебного дела / О. В. Сироткина [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2020. – Т. 26, № 5. – С. 598–606.

Контроль сестринского персонала как важнейшая составляющая обеспечения качества медицинской помощи // Медицинская статистика и оргметодраб в учреждениях здравоохранения. – 2021. – № 1. – С. 61–71.

Лебедев, О. Л. Технологии в медицине будущего (социологический взгляд) / О. Л. Лебедев, Н. В. Присяжная, С. М. Камалетдинова // Главврач. – 2020. – № 9. – С. 15–27.

Лопатина, А. Р. Роль медицинской сестры с высшим образованием в помощи педагогам в инклюзивном образовании / А. Р. Лопатина, Т. Г. Снегирева // Медицинская сестра. – 2020. – Т. 22, № 7. – С. 50–52.

Матвейчик, Т. В. Школа опеки: мост участия общества в обеспечении качества жизни пациентов на дому трудом медицинских сестер патронажных в команде врача общей практики / Т. В. Матвейчик // Семейный доктор. – 2020. – № 4. – С. 34–40.

Мунтян, И. А. Формирование моделей рабочих мест сестринского персонала различного уровня / И. А. Мунтян // Главврач. – 2020. – № 9, прил. – С. 19–27.

Подготовила Н. А. Лёна, главный библиограф справочно-информационного отдела РНМБ