

МЕДИЦИНСКИЕ ЗНАНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Исполняющий обязанности

главного редактора

Абаев Юрий Кафарович

Редакционная коллегия:

Е. М. Бильдюк (отв. секретарь)

Л. И. Алехнович

А. А. Астапов

И. В. Василевский

С. Ю. Данилкович

А. М. Дашкевич

Н. И. Доста

Л. Э. Кузнецова

А. Е. Кулагин

Т. В. Матвейчик

В. К. Милькаманович

В. Г. Панкратов

С. М. Русак

Н. Ф. Сивец

В. А. Тавтын

С. Ф. Южик

Адрес редакции: ул. Фабрициуса, 28, 220007, г. Минск
Телефон +375 17 368-21-48. E-mail: medznania@mail.ru
<http://www.medsestra.by>

Подписные индексы:

для организаций — 749062

для индивидуальных подписчиков — 74906

Стиль-редактор Е. М. Бильдюк

Компьютерная верстка С. А. Шуляк

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

Подписано в печать 01.04.2022

Тираж экз.

Заказ

Государственное предприятие
«СтройМеднаПроект».

ЛП № 02330/71 от 23.01.2014.

Ул. В. Хоружей, 13/61, 220123, г. Минск

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

© Учреждение «Редакция журнала
«Здравоохранение», 2022

Научно-практический журнал

для специалистов

со средним

медицинским

образованием

2(140)

март – апрель, 2022

Издается с 1999 года

Выходит 1 раз в 2 месяца

Учредитель: учреждение «Редакция журнала «Здравоохранение»

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции _____ 2

Тема номера

И. В. Василевский

Фармацевтическая опека лиц пожилого возраста _____ 3

Наблюдение, реабилитация и уход

В. К. Милькаманович

Сестринская медико-социальная помощь пациентам

с тяжелым остеопорозом _____ 12

Обмен опытом

А. А. Астапов

Профилактика столбняка _____ 21

Н. И. Доста

Почечная колика _____ 24

Трибуна преподавателя

Т. В. Матвейчик

Конфликт или эффективная коммуникация:

что мешает успешному деловому общению

медицинской сестры _____ 27

Школа само- и взаимопомощи

В. К. Милькаманович

Как изжить нездоровый перфекционизм _____ 30

Дорогие коллеги!

На протяжении всей истории медицины поведение медика у постели больного определялось заповедями «Помоги» и «Не навреди». Сегодня об этих постулатах вспоминают все реже. Тем не менее каждый из нас хотел бы видеть в своем лечащем враче не только эрудицию, аналитический ум и благожелательность, но и родительскую заботу. Никакие упреки, которыми осыпают медицину, не смогут подорвать веру в доктора, умеющего исцелять недуги души и тела.

Патриархальные устои врачевания, основательно подорванные успехами естественных наук, рухнули после Первой мировой войны. Массовые поступления раненых и отравленных удушающими газами, больных сыпным тифом, пневмонией и другими недугами вынуждали медиков пренебрегать индивидуальной диагностикой и лечением, применять стандартные схемы обследования и лечения. Немецкий бактериолог и иммунолог А. Вассерман (1866–1925) провозгласил: «Наступила пора устанавливать диагноз, не видя больного, на основании одних лишь лабораторных анализов». Его оппонент известный хирург Ф. Зауэрбрух (1875–1951) в свою очередь призвал своих коллег: «Назад из лаборатории к постели больного!» Однако сопротивляться новым веяниям было бесполезно, прежнее медицинское мышление все больше сменялось технократическим.

Следствием научно-технического прогресса стала узкая специализация. Теперь в рамках единой некогда медицины существует около 300 профессий. Вначале появились специалисты по заболеваниям различных систем организма (кровообращения, дыхания, пищеварения и др.). От них отмежевались те, кто стал заниматься болезнями одного органа (почек, печени, толстой кишки и т. д.). Следом отделились знатоки одной болезни (туберкулез и др.) и, наконец, единственной методики исследования (клиническая лабораторная, биохимическая, лучевая, эндоскопическая и т. д.) или метода лечения (физиотерапевтическое, химиотерапевтическое и др.). Широту кругозора и глубину понимания личности пациента подменил свойственный технократическому мышлению и ограниченный пределами квалификации анализ узкого специалиста, не готового проследить междисциплинарные связи и логично объяснить все многообразие симптоматики заболевания пациента из соседнего медицинского ведомства. Испанский философ Х. Ортега-и-Гассет (1883–1955) еще в 1926 г. писал: «Раньше людей можно было разделить на образованных и необразованных. Но “специалиста” нельзя подвести ни под одну из этих категорий. Его нельзя назвать образованным, так как он полный невежда во всем, что не входит в его специальность; но и не невежда, так как он все-таки “человек науки” и знает в совершенстве свой крохотный уголок вселенной. Мы должны были бы назвать его “ученым невеждой”, и это очень серьезно, это значит, что во всех вопросах неизвестных он поведет себя не как человек, незнакомый с делом, но с авторитетом и амбицией, присущими знатоку и специалисту».

Стремление приблизить медицину к точным наукам обернулось внедрением в клиническую практику жестких нормативов, и теперь любое, даже случайное отклонение какого-либо показателя от среднестатистической нормы вызывает у современного человека страх за свое здоровье и жизнь, побуждая к бесконечным поискам какой-либо патологии. Повсеместное утверждение различных параметров, соответствующих среднестатистическим догматам нормы непрерывно плодящихся медицинских приборов, сопровождается, по сути, отказом от индивидуальной диагностики. При любом повышении температуры тела у пациента узкий специалист считает своим долгом немедленно прописать антибактериальное лечение, часто не стремясь выяснить причину лихорадки. Неонатологи порой здоровым новорожденным назначают антибиотики только потому, что число лейкоцитов в крови младенца превышает абстрактный, в сущности, уровень нормы.

Расщепленная на множество специальностей современная медицина доказала свое умение ставить диагноз более точно, чем прежде, и помогать при некоторых фатальных в прошлом болезнях, но к искусству врачевания это никакого отношения не имеет. От былого единства медицинской профессии остались лишь трогательные воспоминания. Давние заповеди постепенно забываются, и девиз «Лечить не болезнь, а больного» все чаще воспринимается как давно опостылевшая сентенция одряхлевших профессоров.

Сегодня, когда возобладали коммерческая составляющая в жизни общества, медицина прочно вписалась в сферу обслуживания населения. Все меньше места остается былым взглядам и традициям. Медик должен выполнять свои обязанности по утвержденным инструкциям и стандартам, ибо регламентировано все, вплоть до средней продолжительности любой болезни. Искусство врачевания, производившее столь неизгладимое впечатление в прошлом, становится невостребованным, а будущее его – сомнительным. Заменит ли его персонализированная медицина, основанная на геномных и клеточных технологиях, лекарственном мониторинге и таргетном фармакотерапевтическом вмешательстве?

С уважением,
профессор

Ю. К. Абаев



Профессор И. В. Василевский

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ОПЕКА ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Белорусский государственный медицинский университет

На сегодняшний день можно положительно оценить тот факт, что продолжительность жизни населения на планете возрастает. Увеличение продолжительности жизни во многом обусловлено научными достижениями в медицине и фармакологии. Назначение современных лекарственных препаратов пожилым людям способствует продлению их жизни, предотвращает развитие многих заболеваний и осложнений, но, к сожалению, нередко становится причиной возникновения нежелательных реакций, в том числе серьезных и приводящих к летальному исходу. В повседневной деятельности медицинские работники должны максимально стремиться к оптимизации, повышению эффективности и безопасности лекарственной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста.

Изменения фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств вследствие трансформации функций органов и систем (например, уменьшение массы печени, ухудшение кровотока печени, снижение скорости клубочковой фильтрации в почках и др.), вызванной естественными процессами старения, в сочетании с другими возрастассоциированными проблемами пациента (когнитивные нарушения, повышение риска ортостатической гипотонии, повышение риска падений, потребность в приеме большого количества лекарственных препаратов вследствие полиморбидности и др.), значительно повышают риск нежелательных реакций, связанных с возможной передозировкой, межлекарственными взаимодействиями, неправильным приемом лекарств.

Наиболее важным является изменение выведения лекарств, обусловленное снижением функции печени и почек. Так, у пациентов пожилого и старческого возраста происходит физиологическое снижение функции почек, которое может усугубляться наличием первичного почечного заболевания, артериальной гипертензии, сахарного диабета, других влияющих факторов. При назначении пожилым людям лекарственных препаратов следует обращать особое внимание на информацию в инструкции по его применению.

Важным для медицинских работников при проведении лекарственной терапии у пожилых людей является знание негативных последствий при применении лекарственных препаратов с целью минимизации нежелательных (побочных) реакций. В соответствии с литературными данными и с учетом личного опыта рассмотрим ряд предотвратимых причин нежелательных (побочных) реакций при употреблении лекарств у лиц пожилого возраста и рекомендаций по фармакологической опеке указанных пациентов.

Учитывая, что пациентам пожилого возраста необходимо применять различные препараты при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, следует, прежде всего, акцентировать внимание на рациональном использовании ряда лекарственных средств при данной патологии. В частности, при артериальной гипертензии у пожилых пациентов не должны применяться такие блокаторы постсинаптических α_1 -адренорецепторов (доксазозин, теразозин), так как применение этих препаратов повышает риск ортостатической гипотензии (быстрое падение артериального давления при вставании с угрозой падения), а у женщин они могут вызывать снижение способности удерживать мочу. Агонисты центральных α_2 -адренорецепторов (например, клонидин, метилдопа) обычно не должны применяться для лечения повышенного артериального давления, за исключением ситуаций, когда другие лекарственные препараты оказались неэффективными. Применение этих препаратов может вызывать ортостатическую гипотензию и замедление сердечного ритма, а также замедлить функцию головного мозга. Метилдопа может вызывать (усиливать) у пожилых пациентов депрессию. Из лекарственных средств, применяемых при тахикардиях, с осторожностью следует применять амиодарон – препарат 3-го класса, вызывающий удлинение фазы реполяризации и потенциала действия. Амиодарон, как правило, не должен быть предпочтительным препаратом для лечения фибрилляции предсердий (нарушения сердечного ритма), за исключением особых обстоятельств. Следует учитывать, что данный препарат может

Тема номера

повышать риск возникновения заболеваний щитовидной железы, легких и синдрома удлинения интервала QT (который, в свою очередь, может стать причиной серьезных нарушений сердечного ритма).

Значимой патологией у пожилых людей являются заболевания опорно-двигательного аппарата. В таких ситуациях для снятия (уменьшения) болевого синдрома и воспаления широко используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (неселективные ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2: диклофенак, индометацин, этодолак, кеторолак, ибупрофен, кетопрофен, декскетопрофен, напроксен, пироксикам, лорноксикам; селективные ингибиторы ЦОГ-2: нимесулид, мелоксикам, целекоксиб, эторикоксиб). Длительное применение НПВП может вызывать пептическую язвенную болезнь или кровотечение из желудка или кишечника, за исключением ситуаций, когда пациент принимает другой препарат (ингибитор протонной помпы) для защиты желудка. НПВП также могут ухудшать почечную функцию и симптомы сердечной недостаточности. Среди НПВП индометацин вызывает наибольшее количество побочных эффектов. Он также может вызывать спутанность сознания или головокружение. Большинство НПВП обладают катаболическим эффектом при воздействии на хрящ (могут способствовать дальнейшему разрушению хрящевых структур, которые изначально могут быть поражены). Ацеклофенак и нимесулид обладают анаболическим действием на хрящевые структуры. Кроме того, ацеклофенак в отличие от диклофенака менее агрессивен в отношении слизистой оболочки желудка, что позволяет рекомендовать данный препарат для пожилых людей.

Выше были указаны ингибиторы протонной помпы (ИПП). Довольно большое распространение при коморбидности у пожилых людей имеют поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ГЭРБ, гастродуодениты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). Антисекреторные препараты, прежде всего ИПП, в подобных ситуациях являются важнейшими лекарственными средствами для снижения выработки кислоты в желудке, лечения кислотного рефлюкса, язвенного поражения слизистой оболочки. Однако следует помнить, что длительное применение ингибиторов протонного насоса повышает риск тяжелой диареи, вызванной активацией инфекции *Clostridium difficile*, потери костной ткани и переломов, а также дефицита витамина В₁₂. Другая подгруппа антисекреторных средств, широко используемых при патологии желудочно-кишечного тракта, – Н₂-гистаминоблокаторы (ранитидин, фамотидин). Известно, что повышенные дозы ранитидина, фа-

мотидина могут вызывать побочные эффекты, особенно спутанность сознания. Эти препараты у определенных пациентов с нарушением когнитивной функции могут усугублять ухудшение памяти и создавать проблемы с мышлением.

Большую осторожность следует соблюдать при использовании пожилыми людьми лекарственных средств для лечения депрессии. Трициклические антидепрессанты (кломипрамин, amitриптилин) как препараты предшествующих поколений обладают сильными антихолинергическими эффектами, такими как дезориентация, спутанность сознания, снижение четкости зрения, запоры, сухость во рту, предобморочное состояние и потеря равновесия, затрудненное мочеиспускание, нарушение сердечного ритма. Следует учитывать тот факт, что пожилые люди наиболее склонны испытывать антихолинергические эффекты, потому что с возрастом количество ацетилхолина в организме снижается. Рекомендовано по возможности избегать назначения пожилым людям препаратов, обладающих антихолинергическими эффектами.

Качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста, а также прогноз для жизни и здоровья у них определяются не только имеющимися хроническими заболеваниями, но и наличием и тяжестью гериатрических синдромов. Гериатрический синдром рассматривается не как проявление патологии одного органа или системы организма, а как отражение комплекса изменений в нескольких системах организма человека. Пациенты пожилого и старческого возраста, имеющие коморбидность, очень чувствительны к изменениям уровня гемоглобина и нарушениям обмена железа в организме. Возникающая при анемии циркуляторная гипоксия приводит к усилению симпатической активности и повышению сердечного выброса, что в итоге вызывает гипертрофию левого желудочка. Дефицит железа способствует развитию сердечной недостаточности и фиброза миокарда, может приводить к прогрессированию тромбообразования.

Следует обратить внимание медицинских работников, что явной лабораторно доказанной железodefицитной анемии (ЖДА) предшествует сидеропенический синдром, то есть клинические проявления скрытого дефицита железа в организме. Жалобы пациентов при этом могут быть весьма разнообразными. Среди них важно выделить поражения эпителиального покрова: сухость кожи с зудом, ломкость, тусклость и выпадение волос, ломкость ногтей, заеды в углу рта даже при соответствующих гигиенических мероприятиях, нарушение глотания (сидеропеническая дисфагия). Пациенты жалуются на извращение вкуса и обоняния, развивается картина хронического гастрита с пониженной кислотовыделительной функцией.

Характерны повышенная утомляемость, головная боль, мышечная слабость, склонность к пастозности тканей и отекам. Может наблюдаться ночной энурез, недержание мочи.

На анемию у пожилых пациентов часто обращается недостаточно внимания, несмотря на доказательство того, что низкие уровни гемоглобина – существенный маркер физиологического снижения различных функций организма. Распространенность анемий увеличивается с возрастом, приближаясь к 50% у пациентов с хроническими заболеваниями, проживающими в доме престарелых. Приблизительно у одной трети людей есть вторичная анемия, вызванная нарушением питания, у одной трети – обусловленная хроническим воспалением или хронической почечной недостаточностью, у одной трети причина анемии неясна.

Согласно общепринятой точке зрения анемия у пожилых людей не связана с возрастными изменениями кроветворной ткани, а в большинстве случаев является проявлением различных заболеваний, которые чаще встречаются в позднем возрасте (опухоли, дивертикулез кишечника); другие заболевания не имеют строгой возрастной привязанности, но характеризуются рядом особенностей в позднем возрасте (инфекционно-воспалительные процессы, эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта). Характер и выраженность клинической симптоматики при анемиях определяются, с одной стороны, неспецифическими проявлениями самого анемического состояния (одышка, головокружение и др.), а с другой – симптоматикой заболевания, лежащего в основе анемий. Анемии у лиц пожилого и старческого возраста характеризуются целым рядом особенностей, которые имеют важное значение для своевременной диагностики и адекватного лечения:

- у лиц пожилого и старческого возраста это заболевание имеет те же патогенетические механизмы развития, что и в других возрастных группах;
- часто возникает в результате многих патогенетических и этиологических факторов (сочетанный дефицит железа, витамина В₁₂, фолиевой кислоты и др.), что следует учитывать при диагностическом поиске и ведении пациентов;
- неспецифические проявления анемии у пожилых людей могут маскироваться симптоматикой основного заболевания, часто встречающегося в позднем возрасте (одышка при сердечной и дыхательной недостаточности, головокружения у больных с сосудистой патологией головного мозга и т. д.);
- развитие анемии усугубляет симптоматику часто встречающихся в позднем возрасте заболеваний сердечно-сосудистой (ишемическая болезнь

сердца, сердечная недостаточность и центральной нервной (дисциркуляторная энцефалопатия) систем;

- заболевания у пожилых людей чаще, чем у молодых, являются одним из проявлений хронических воспалительных процессов (инфекционных и неинфекционных), злокачественных опухолей, алиментарного дефицита;

- анемия может нарушать качество жизни пожилых людей и лиц преклонного возраста в значительно большей степени, чем у лиц более молодого возраста, неотягощенных множественной сопутствующей патологией;

- терапия анемий у лиц пожилого и старческого возраста требует комплексного подхода с использованием методов лечения основного заболевания, патогенетической (заместительной) и симптоматической терапии.

ЖДА является наиболее частым гематологическим синдромом у лиц пожилого и старческого возраста. Поскольку ЖДА является гипохромной по цветовому показателю, то у каждого больного с гипохромной анемией следует в первую очередь заподозрить ЖДА. Однако факт наличия гипохромной анемии сам по себе не исключает других ее патогенетических вариантов (не все гипохромные анемии являются железодефицитными). Так, например, гипохромная анемия может возникать при изменении синтеза гемоглобина в результате нарушения включения в его молекулу железа при нормальном или даже повышенном его уровне в сыворотке крови (так называемые сидероахрестические анемии). Различать эти состояния и тем самым верифицировать ЖДА позволяет исследование уровня сывороточного железа. Этот анализ следует выполнять обязательно до назначения больным лекарственных препаратов, содержащих железо, или трансфузий эритроцитов, которые проводят пожилым пациентам с наличием анемии до установления механизма и причины ее развития.

Наряду с определением содержания железа в сыворотке крови важным лабораторным показателем ЖДА является общая железосвязывающая способность сыворотки, отражающая степень «голодания» сыворотки и насыщения белка трансферина железом. Данный показатель при ЖДА всегда повышен. Снижение уровня железосодержащего белка ферритина, характеризующего величину запасов железа в организме, является существенным диагностическим критерием ЖДА.

Следует подчеркнуть, что мнение о возможности коррекции дефицита железа с помощью пищевых продуктов с высоким содержанием железа ошибочно. При ЖДА в обязательном порядке должна использоваться ферротерапия. Основными принципами лечения ЖДА являются:

Тема номера

- правильное назначение лекарственных железосодержащих препаратов;
- использование препаратов железа для парентерального приема (при определенных состояниях и отсутствии специальных противопоказаний);
- назначение лекарственных препаратов в адекватных дозах, которые рассчитывают для каждого конкретного пациента с учетом массы его тела и плана лечения;
- преодоление тканевой сидеропении и пополнение запасов железа в депо, что определяется по нормализации концентрации сывороточного ферритина.

Относительно лечения латентного дефицита железа и самой ЖДА с позиций клинической фармакологии следует указать на целесообразность использования препаратов железа на основе гидроксидполимальтозного комплекса с энтеральным путем введения, что позволяет минимизировать частоту нежелательных (побочных) эффектов. Следует отметить, что в аптечные учреждения поступает целый ряд доступных современных препаратов железа на основе гидроксидполимальтозного комплекса отечественного производства. Необходимо помнить о том, что коррекция нарушений обмена железа – это путь к улучшению здоровья лиц пожилого и старческого возраста.

В повседневной практической деятельности медицинским работникам важно анализировать ситуацию и иметь представление о предотвратимых причинах проблем, связанных с лекарственной терапией. Данные литературы по этому вопросу представлены в табл. 1.

Большой практический интерес представляет информация о характере взаимодействия комплекса «лекарственное вещество – рецептор» у пожилых пациентов (на основании обновленных критериев Бира, предложенных Американским гериатрическим обществом в 2015 г., табл. 2).

Дополнительно к ранее представленной информации об опасности применения ряда лекарственных средств у людей пожилого и старческого возраста в табл. 3 содержатся данные литературы о частых побочных эффектах применяемых препаратов у таких лиц с учетом более широкого спектра определенных групп лекарственных средств.

Приведенные рекомендации актуальны в практической деятельности медицинских работников всех уровней, вовлеченных в процесс лечения пациентов пожилого и старческого возраста, что представляет важнейшую медико-социальную проблему. Для указанных пациентов крайне важной является фармацевтическая опека, в реализации которой важнейшую роль играют медицинские работники.

Таблица 1. Предотвратимые причины проблем, связанных с употреблением лекарственных препаратов (J. M. Ruscip и соавт. в модификации автора)

Категория	Определение
Лекарственное взаимодействие	Использование препарата приводит к взаимодействию: лекарственно-лекарственному, лекарственно-пищевому, лекарственно-суплементарному (пищевые добавки) или лекарственной болезни, в итоге – к развитию побочных эффектов или снижению эффективности лекарственных препаратов
Неадекватный мониторинг	Медицинская проблема решается правильным назначением препарата, но не осуществляется достаточного наблюдения за развитием осложнений, оценкой эффективности или и того и другого
Неуместный выбор препарата	Медицинская проблема, которая требует медикаментозной терапии, решается при помощи мало- или неэффективного препарата
Неуместное лечение	Пациент принимает препарат по медицински необоснованной причине (самолечение)
Отсутствие приверженности пациента лечению	Прописывается правильный препарат по устранению медицинской проблемы, но пациент принимает его не в соответствии с указанием врача
Передозировка	Лечение слишком большим количеством правильно назначенного препарата
Недостаточная коммуникативная связь (недостаточность общения)	В случае терапии препаратом назначена неправильная доза препарата, повторная доза, терапия продолжена или прекращена при неквалифицированной передаче пациента между врачами, фельдшерами и/или учреждениями
Недостаточное лечение	Лечение слишком малым количеством правильно назначенного препарата
Нелеченная медицинская проблема	Требуется медикаментозная терапия, но ни один препарат не используется для лечения заболевания

Таблица 2. Проблемные взаимодействия комплекса «лекарственное вещество – рецептор» у пожилых пациентов

Заболевание	Лекарственные препараты	Возможные нежелательные эффекты
1	2	3
Сердечно-сосудистая система		
Сердечная недостаточность	Цилостазол, ингибиторы ЦОГ-2, дронедазон (в случаях перенесенной в тяжелой форме или недавно перенесенной декомпенсированной сердечной недостаточности), недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов (дилтиазем, верапамил), НПВП, тиазолидиндионы (пиоглитазон, росиглитазон)	Могут способствовать задержке жидкости и обострению сердечной недостаточности
Синкопальное состояние	Ингибиторы ацетилхолинэстеразы, хлорпромазин, периферические α-блокаторы (доксазозин, празозин, теразозин), третичные ТЦА, тиоридазин, оланзапин	Повышенный риск развития ортостатической гипотензии или брадикардии
ЦНС		
Хронические судороги или эпилепсия	Хлорпромазин, клозапин, мапротилин, оланзапин, бупропион, тиоридазин, тиотиксен, трамадол	Снижение судорожного порога. Приемлемы у пациентов при хорошем контроле судорог на фоне неэффективности альтернативных препаратов
Делирий	Антихолинергические препараты, нейролептики, бензодиазепины, хлорпромазин, кортикостероиды, блокаторы H2-рецепторов (ранитидин, низатидин, фамотидин), меперидин, седативные снотворные препараты	Ухудшение течения бреда у пожилых людей с делирием или высоким риском его развития. Нейролептики увеличивают риск возникновения инсульта и смертности у пациентов с деменцией, их применения также следует избегать при наличии поведенческих проблем при делирии, за исключением тех случаев, когда использование нефармакологических средств (например, поведенческой психотерапии) не дало результатов или эти средства невозможно использовать, а пациент угрожает причинением существенного вреда себе или другим
Деменция и когнитивные нарушения	Антихолинергические средства, нейролептики (постоянного использования и применения по мере необходимости), бензодиазепины, блокаторы H2-рецепторов, снотворные средства группы небензодиазепиновых агонистов бензодиазепиновых рецепторов (эзопиклон, золпидем, залеплон)	Нейролептики увеличивают риск возникновения инсульта и смертности у пациентов с деменцией. Их применения также следует избегать при наличии поведенческих проблем при делирии, за исключением тех случаев, когда использование нефармакологических средств (например, поведенческой психотерапии) не дало результатов или эти средства невозможно использовать, а пациент угрожает причинением существенного вреда себе или другим
Падения или переломы в анамнезе	Противосудорожные, нейролептики, бензодиазепины, небензодиазепиновые снотворные, (эзопиклон (в Российской Федерации не зарегистрирован), залеплон, золпидем), ТЦА, СИОЗС, опиаты	Атаксия, нарушение психомоторной функции, обморок и другие причины падения. Коротко действующие бензодиазепины не безопаснее, чем лекарственные препараты длительного действия. Можно использовать, если недоступны более безопасные альтернативы. Применения противосудорожных препаратов избегают, кроме случаев эпилепсии. Избегать употребления опиоидных препаратов, за исключением случаев употребления опиоидных препаратов для устранения боли из-за недавних переломов или замены сустава
Бессонница	Пероральные антиконгестанты (псевдоэфедрин, адреналин), стимуляторы (амфетамин, армодафинил, модафинил, метилфенидат), теобромин (теофиллин, кофеин)	Стимуляция ЦНС

1	2	3
Болезнь Паркинсона	Противорвотные препараты (метоклопрамид, прохлорперазин, прометазин), нейролептики (кроме арипипразола, кветиапина и клозапина)	Антагонисты дофаминовых рецепторов с риском ухудшения течения паркинсонизма (что менее вероятно при терапии арипипразолом, кветиапином и клозапином)
Желудочно-кишечный тракт		
Язва желудка или двенадцатиперстной кишки в анамнезе	Аспирин (>325 мг/сут), неселективные ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2	Вызывают обострение имеющихся или образование новых язв. Приема избегают, если только другие варианты не окажутся неэффективными и если пациенту можно назначить гастропротектор (например, ингибитор протонного насоса или мизопростол)
Почки и мочевыводящие пути		
Хроническая болезнь почек (IV стадия или ниже: клиренс креатинина составляет менее 30 мл/мин)	НПВП (не-ЦОГ- и ЦОГ-селективные ингибиторы, оральные и парентеральные)	Повышенный риск развития острого повреждения почек и дальнейшего снижения функции почек
Недержание мочи (все виды) у женщин	Эстроген, перорально и трансдермально (исключает необходимость внутривлагалищного введения эстрогенов), периферические α1-адреноблокаторы (доксазозин, празозин, теразозин)	Ухудшение ситуации с недержанием мочи
Симптомы со стороны нижних мочевых путей, доброкачественная гиперплазия простаты	Препараты с выраженным антихолинергическим эффектом (кроме антиму斯卡риновых, применяемых для терапии недержания мочи)	Возможно снижение выделения мочи и развитие задержки мочи у мужчин
Стрессовое или смешанное недержание мочи	α-адреноблокаторы (доксазозин, празозин, теразозин)	Ухудшение недержания мочи у женщин

Таблица 3. Лекарственные средства, наиболее опасные для пожилых людей (J. M. Ruscin и соавт. в модификации автора)

Препарат	Применение	Проблема
1	2	3
α-адреноблокаторы (такие, как доксазозин, празозин, теразозин)	Для лечения повышенного артериального давления	Не должны применяться для лечения повышенного артериального давления. Применение этих препаратов повышает риск ортостатической гипотензии (быстрое падение артериального давления при вставании). Эти препараты могут вызывать снижение способности удерживать мочу у женщин
Агонисты α-адренергических рецепторов (например, клонидин, метилдопа)	Для лечения повышенного артериального давления	Обычно не должны применяться для лечения повышенного артериального давления, за исключением ситуаций, когда другие препараты оказались неэффективными. Применение этих препаратов может вызывать ортостатическую гипотензию и замедление сердечного ритма, а также замедлить функцию головного мозга. Метилдопа может вызывать депрессию

Продолжение таблицы 3

1	2	3
Анальгетики (некоторые, например, меперидин, пентазоцин)	Для облегчения боли	Меперидин – опиоид, часто вызывает спутанность сознания, иногда может вызывать судороги. Как и все опиоиды, он может вызывать запор, задержку мочи, сонливость и дезориентацию. При приеме внутрь не очень эффективен. Пентазоцин может вызывать спутанность сознания и галлюцинации
Амиодарон	Для лечения нарушений сердечного ритма	Как правило, не должен быть предпочтительным препаратом для лечения фибрилляции предсердий (нарушение сердечного ритма), за исключением особых обстоятельств. Может повышать риск возникновения заболеваний щитовидной железы, легких и синдрома удлинения интервала QT (который может стать причиной серьезных нарушений сердечного ритма)
Антидепрессанты (предшествующих поколений, например амитриптилин, кломипрамин в высоких дозах)	Для лечения депрессии	Обладают сильными антихолинергическими эффектами. Также повышают риск падений, запоров, сухости во рту, чрезмерной сонливости и нарушений сердечного ритма
Антигистаминные препараты (предшествующих поколений, например дифенгидрамин, доксиламин, прометазин)	Для облегчения симптомов аллергии или простуды либо для лечения бессонницы	Многие безрецептурные и рецептурные антигистаминные препараты обладают сильными антихолинергическими эффектами. Могут вызывать сонливость и дезориентацию, при регулярном использовании – запоры, сухость во рту и затрудненное мочеиспускание. Антигистаминные препараты часто входят в состав препаратов для лечения кашля и простуды, а также в состав обезболивающих средств для использования в ночное время. При применении этих препаратов для лечения бессонницы у людей может развиться привыкание к их действию
Антипаркинсонические препараты (тригексифенидил)	Для лечения болезни Паркинсона	Существуют более эффективные препараты. Тригексифенидил обладает сильными антихолинергическими эффектами
Антипсихотические препараты (например, хлорпромазин, галоперидол, рисперидон, оланзапин) и метоклопрамид	Для лечения потери связи с реальностью (психоза) или, что в некоторой степени спорно, для лечения поведенческих расстройств у людей, страдающих деменцией. Иногда для лечения тошноты (обычно хлорпромазин или метоклопрамид)	Могут вызывать сонливость, двигательные нарушения (напоминающие болезнь Паркинсона) и неконтролируемые тики. Некоторые также обладают антихолинергическими эффектами. Другие побочные эффекты являются потенциально смертельными. Антипсихотические препараты должны применяться только при наличии психотического расстройства; при их приеме обязательным является наблюдение врача за пациентом. Применение данных препаратов у пациентов с деменцией повышает риск инсульта и смерти. Метоклопрамид может вызывать сонливость и двигательные нарушения, напоминающие болезнь Паркинсона
Барбитураты (например, фенобарбитал, бензобарбитал)	Для успокоения, облегчения тревожности или лечения бессонницы	Может возникать зависимость. Препараты могут стать неэффективными при бессоннице, и у пациентов может возникнуть передозировка даже при приеме низких доз
Бензодиазепины (например, алпразолам, хлордиазепоксид, диазепам, хлордиазепоксид с амитриптилином, клидиний с хлордиазепоксидом, клоназепам, лоразепам, оксазепам, клоразепат, эстазолам, флуразепам, квазепам, темазепам, триазолам)	Для успокоения, облегчения тревожности или лечения бессонницы	Могут вызывать сонливость и потерю равновесия во время ходьбы. Повышается риск падений и переломов, также как и риск дорожно-транспортных происшествий. Действие некоторых из этих препаратов у пожилых людей длится очень долго (часто дольше нескольких суток)

1	2	3
Некоторые снотворные препараты (например, эзопиклон, залеплон, золпидем)	Для лечения бессонницы	Побочные эффекты подобны эффектам бензодиазепинов. Лучше всего применять краткосрочно
Десмопрессин	Для контроля мочеиспускания в ночное время	Обладает высоким риском развития гипонатриемии (низкий уровень натрия в крови). Не следует применять для лечения чрезмерного мочеиспускания в ночное время, поскольку существуют более безопасные альтернативы
Дигоксин	Для лечения сердечной недостаточности или нарушений сердечного ритма (аритмий)	С возрастом уменьшается способность почек выводить дигоксин из организма. Большие дозы препарата могут легко достигнуть вредных (токсичных) концентраций. К побочным эффектам относятся потеря аппетита, тошнота и дезориентация
Дипиридамол (с немедленным высвобождением)	Для снижения риска образования тромбов или улучшения кровообращения	У пожилых людей дипиридамол часто вызывает снижение артериального давления при вставании. Он также может увеличивать риск кровотечений при совместном приеме с другими препаратами, снижающими свертываемость крови, такими как ацетилсалициловая кислота или антикоагулянт непрямого действия варфарин
Препараты, снижающие или останавливающие мышечные спазмы в пищеварительном тракте (спазмолитические препараты, такие как атропин (кроме глазных капель), алкалоиды красавки, клидиний/хлордизепоксид, дицикломин, гиосциамин, пропантелин, скополамин)	Для облегчения спазмов и боли в брюшной полости	Обладают сильными антихолинергическими эффектами и часто вызывают побочные эффекты у пожилых людей. Их польза, особенно в низких дозах, которые способны переносить пожилые люди, является спорной
Мезилат спорыньи и изоксуприн	Для расширения кровеносных сосудов	Препараты неэффективны для людей любого возраста
Эстрогены с прогестинами или без них	Для лечения остеопороза и облегчения симптомов менопаузы, таких как приливы, ночная потливость и сухость влагалища	Эстрогены увеличивают риск рака молочной железы и тела матки, также могут увеличивать риск инсульта, инфаркта миокарда и деменции у пожилых женщин. Препараты эстрогенов для вагинального применения являются безопасными и эффективными для лечения болезненных половых контактов, других вагинальных симптомов, инфекций мочевыводящих путей
Блокаторы рецепторов гистамина-2 (H2) (например, ранитидин, циметидин, низатидин, фамотидин)	Для лечения изжоги (кислой отрыжки), расстройства желудка или язв	Стандартные дозы циметидина могут вызывать лекарственные взаимодействия и побочные эффекты, особенно спутанность сознания. До некоторой степени высокие дозы ранитидина и фамотидина могут вызывать побочные эффекты, особенно спутанность сознания Препараты также могут вызывать ухудшение памяти и проблемы с мышлением у пациентов с нарушением когнитивной функции
Минеральное масло	Для лечения запора	При пероральном приеме минеральное масло можно случайно вдохнуть в легкие, что может вызвать серьезное повреждение легкого
Мужские половые гормоны (например, тестостерон, метилтестостерон)	При низком уровне тестостерона (мужской гипогонадизм)	Можно применять только при низком уровне тестостерона у мужчины, вызывающем выраженные симптомы. Применение этих гормонов может вызывать заболевания сердца и усугубление заболеваний предстательной железы
Мегестрол	Для повышения аппетита и набора потерянного веса	Мегестрол может вызывать образование сгустков крови, возможно повышение риска смерти. Обычно он не очень эффективен для набора веса

Окончание таблицы 3

1	2	3
Миорелаксанты (такие, как каризопродол, хлорзоксазон, циклобензаприн, метаксалон, метокарбамол, орфенадрин)	Для облегчения мышечных спазмов	Большинство миорелаксантов обладают антихолинергическими эффектами. Они также вызывают сонливость и слабость, тем самым повышая риск падений и переломов. Польза всех миорелаксантов в низких дозах, которые необходимы для предотвращения побочных эффектов у пожилых людей, является спорной. Риски перевешивают пользу
Нифедипин (с немедленным высвобождением)	Для снижения артериального давления	Нифедипин, принимаемый в виде капсул с немедленным высвобождением, может значительно снижать артериальное давление, иногда вызывая появление симптомов, подобных тем, что возникают при инфаркте миокарда (например, сдавливание и боль в груди)
Нитрофурантоин	Для лечения инфекций мочевого пузыря	При длительном применении может вызывать побочные эффекты (например, повреждение легких). При приеме для лечения инфекции мочевого пузыря может быть неэффективным, если снижена почечная функция
НПВП (например, аспирин, диклофенак, индометацин, этодолак, ибупрофен, кетопрофен, напроксен, пироксикам, дифлунизал, фенопрофен, меклофенамат, мефенамовая кислота, мелоксикам, набуметон, оксапрозин, сулиндак, толметин)	Для облегчения боли и воспаления	Длительное применение может вызывать пептическую язвенную болезнь или кровотечение из желудка или кишечника, за исключением ситуаций, когда пациент принимает другой препарат для защиты желудка. НПВП также могут ухудшать почечную функцию и симптомы сердечной недостаточности. Среди НПВП индометацин вызывает наибольшее количество побочных эффектов. Он также может вызывать спутанность сознания или головокружение
Ингибиторы протонного насоса	Для снижения выработки кислоты в желудке и лечения кислотного рефлюкса и язв	Длительное применение ингибиторов протонного насоса повышает риск тяжелой диареи, вызванной инфекцией <i>Clostridium difficile</i> , потери костной ткани и переломов, а также дефицита витамина B ₁₂
Препараты сульфонилмочевинны (длительного действия, например хлорпропамид, глибурид)	Для лечения диабета	У пожилых людей могут снижать уровень сахара в крови (вызывая гипогликемию). Хлорпропамид также может вызывать антидиуретический эффект (удержание жидкости почками), что снижает уровень натрия в крови и способствует водной интоксикации
Тиклопидин	Для профилактики инсультов	Может вызывать серьезные болезни крови. Существуют более безопасные и эффективные препараты

Использованная литература

1. Василевский И. В. Что необходимо знать, принимая лекарственные средства внутрь // *Медицинские знания*. – 2020. – № 4. – С. 13–19.
2. Старческая астения. Клинические рекомендации [Электронный ресурс] / Российская ассоциация геронтологов и гериатров. – М., 2018. – Режим доступа: http://uhvw.ru/images/Doc/Asteniya_recomend.pdf.
3. Верткин А. Л. Анемия: руководство для практических врачей / А. Л. Верткин [и др.]. – М., 2014. – 144 с.
4. Дворецкий Л. И. Анемии у людей пожилого возраста // *Рос. мед. журнал*. – 1999. – № 16. – С. 772–777.
5. Кропова О. Е. Терапия железодефицитной анемии в гериатрической практике / О. Е. Кропова [и др.] // *Рос. мед. журнал*. – 2020. – № 9. – С. 59–64.
6. Ruscin J. M., Linnebur S. A. Overview of Drug Therapy in Older Adults // *MSD Manual. Professional version*. – 2018.
7. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults // *J. Am. Geriatrics Society*. – 2015. – V. 63 (11). – P. 2227–2246.



Профессор В. К. Милькаманич

СЕСТРИНСКАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

Белорусский государственный университет

Остеопороз (от греч. *osteon* – кость + *poros* – пора) – самостоятельное хроническое системное прогрессирующее метаболическое заболевание скелета либо клинический синдром других заболеваний и состояний. Остеопороз характеризуется снижением минеральной плотности и массы костей, которые возникают в результате дефицита костного вещества или его недостаточной минерализации.

Костная ткань постоянно регенерирует. Одновременно происходят два противоположных процесса: костеобразование и костная резорбция. Остеокласты разрушают костную ткань, а остеобласты синтезируют ее. Полное обновление костной ткани происходит каждые 10 лет.

Набор массы костной ткани происходит в детском и подростковом возрасте, достигая максимума к 20–30 годам. После достижения пика до 35–40 лет костная масса остается практически неизменной, так как процессы образования и разрушения костной ткани находятся в состоянии равновесия.

С возрастом процессы разрушения начинают преобладать над процессами костеобразования. Возникает хронический дисбаланс между процессами формирования костного матрикса с последующей минерализацией и резорбцией старой или поврежденной кости. Кости скелета начинают терять в год 0,5–1,0% своей массы. У женщин темпы снижения минеральная плотность кости (МПК) значительно выше, чем у мужчин. У них через 3–5 лет после менопаузы отмечается период ускоренной потери костной массы, что обусловлено дефицитом эстрогенов в период пери- и постменопаузы.

Усиление процессов резорбции костной ткани в сочетании с ослаблением процессов костеобразования является основной причиной развития остеопороза. Остеопороз появляется тогда, когда старая костная ткань разрушается, а новая образуется в недостаточных количествах. Также причиной его появления может быть недостаточное поступление в кости солей кальция – в этом случае кость становится мягкой, перестает выполнять каркасную и опорную функции.

В результате остеопороза корковое вещество кости утрачивает компактное строение. Костные перекладины губчатого вещества истончаются, часть их рассасывается полностью, что приводит к расширению пространств между ними (рис. 1).

Данное нарушение образования костной ткани неизбежно приводит к избыточной пористости («пористая кость»), значительному повышению хрупкости («стеклянная кость») костей и возрастанию риска их патологического перелома.

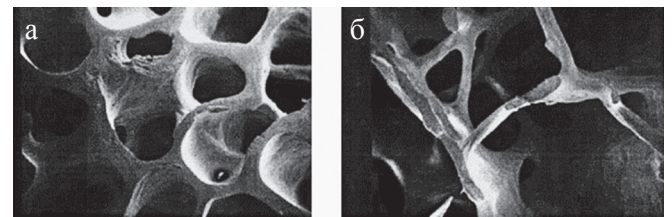


Рис. 1. Нормальная кость (а) и с остеопорозом (б)

Формирующийся остеопороз как болезненное состояние дает о себе знать только тогда, когда снижение костной плотности достигает значительного уровня. Поэтому остеопороз нередко называют педиатрической болезнью, истоки которой лежат в детстве и юности, а явные клинические последствия проявляются в зрелом и пожилом возрасте. Остеопороз имеет ярлык «безмолвной, тихой, ласковой, невидимой, скрытой» болезни, так как в течение многих лет склонен протекать скрыто, без явной клинической симптоматики, исподволь, но разрушая скелет человеческого организма. Пациенты не чувствуют себя больными людьми и не догадываются, что у них есть остеопороз.

В конце XX в. проявилась принципиально новая демографическая ситуация, характеризующаяся увеличением в общей мировой популяции абсолютной численности лиц старшего возраста. Быстрый рост доли лиц пожилого возраста в популяции привел к значительному повышению частоты заболеваемости остеопорозом.

Социальная значимость остеопороза определяется его последствиями – переломами тел позвонков и костей периферического скелета, что

приводит к значительным материальным затратам в области здравоохранения и обуславливает высокий уровень нетрудоспособности, включая высокую инвалидность и смертность от осложнений.

По данным Всемирной организации здравоохранения, остеопороз как причина инвалидности и смертности человека занимает четвертое место в мире после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и сахарного диабета.

Остеопорозу более подвержен слабый пол: им страдает каждая вторая женщина после 50 лет и каждый четвертый мужчина. Остеопоротические переломы костей (возникающие при минимальной травме или без таковой) диагностируются у каждой третьей женщины после 60 лет и у 15% мужчин после 65 лет. Только одна треть возвращается к исходному уровню качества жизни, который был до перелома

Статистические данные свидетельствуют как о значительном предстоящем росте заболеваемости остеопорозом (количество людей с остеопорозом удвоится в ближайшие 50 лет), так и о неуклонном росте числа остеопоротических переломов. Каждая вторая женщина и каждый восьмой мужчина будут иметь остеопороз в дальнейшей жизни. Каждая третья женщина и каждый пятый мужчина старше 50 лет будут иметь остеопоротические переломы в будущем.

Различают два основных типа остеопороза: первичный и вторичный.

Первичный остеопороз развивается как самостоятельное заболевание без выявленной другой причины снижения прочности скелета. Он занимает 95% в структуре остеопороза у женщин в постменопаузе (постменопаузальный остеопороз) и 80% в структуре остеопороза у мужчин старше 50 лет (сенильный остеопороз).

К первичному остеопорозу также относится идиопатический остеопороз, который развивается у женщин до менопаузы, мужчин до 50 лет, и ювенильный остеопороз, который диагностируется у детей (до 18 лет). Идиопатические и ювенильные формы первичного остеопороза крайне редки.

Вторичный остеопороз развивается как клинический синдром (синдром остеопении, синдром хрупкости) различных эндокринных и ревматических заболеваний, болезней органов пищеварения, почек, крови, алкоголизма, расстройств питания, генетических нарушений, а также при длительном приеме лекарственных средств (кортикостероидов, иммунодепрессантов, тиреоидных гормонов и др.). Иными словами, при вторичном остеопорозе всегда имеется его конкретная причина.

В структуре остеопороза вторичный остеопороз составляет 5% у женщин и 20% у мужчин.

Причинами развития как первичного, так и вторичного остеопороза являются генетические (75–85%) и внешние (15–25%) факторы. Среди факторов риска остеопороза принято выделять модифицируемые и немодифицируемые.

Немодифицируемые факторы:

- низкая МПК;
- женский пол;
- возраст старше 65 лет;
- белая (европеоидная) раса;
- семейный анамнез остеопороза и/или переломы при минимальной травме у близких родственников (мать, отец, сестра) в возрасте 50 лет и старше;
- гипогонадизм у мужчин и женщин;
- системный прием глюкокортикоидов более 3 месяцев;
- предшествующие переломы;
- ранняя, в том числе хирургическая, менопауза у женщин;
- длительная иммобилизация.

Модифицируемые факторы:

- низкий индекс массы тела (менее 20 кг/м) и/или низкая масса тела (менее 57 кг);
- курение;
- злоупотребление алкоголем;
- низкая физическая активность;
- склонность к падениям;
- недостаточное потребление кальция;
- дефицит витамина D;
- факторы риска падений (нарушения зрения, вестибулярные расстройства, использование некоторых медикаментов, влияющих на неврологический статус, снижение слуха, низкая физическая активность, низкая мышечная сила, деменция, падения в прошлом).

Сочетание у одного пациента нескольких факторов риска остеопороза и переломов имеет кумулятивный эффект: при увеличении их числа риск возрастает.

При выраженном остеопорозе происходят переломы даже после минимальной травмы или незначительной физической нагрузки (наклоне, поднятии тяжести). Наиболее характерны переломы тел позвонков, костей предплечья и проксимальных отделов бедренной кости.

Позвонки поражаются множеством крошечных переломов, которые называются микропереломами тел позвонков. Разрушенный изнутри позвонок в какой-то момент под влиянием нагрузки на позвоночный столб ломается – происходит компрессионный (сдавливающий) перелом тела позвонка (рис. 2).

Чаще всего страдают позвонки, испытывающие наибольшую нагрузку. Возникает острая боль, которая обычно не иррадирует, усиливается при нагрузках, может сопровождаться локальной болез-

Наблюдение, реабилитация и уход

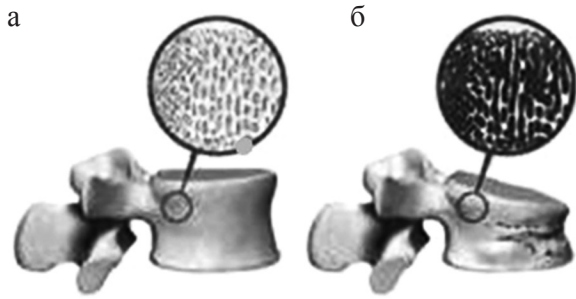


Рис. 2. Здоровый позвонок (а) и компрессионный перелом тела позвонка (б)

ненностью при пальпации и обычно постепенно стихает в течение нескольких дней или недель.

Множественные переломы тел позвонков могут приводить к кифозу грудного отдела позвоночника с одновременным усилением шейного лордоза, при этом появляются хронические ноющие боли (обусловленные перегрузкой мышц и связок позвоночника), особенно выраженные в нижнегрудном и поясничном отделах (рис. 3, 4).

Обращают на себя внимание выступающий живот, а также боли в животе, которые связаны с изменением внутрибрюшного давления за счет деформации позвоночника. Компрессионная деформация позвоночника также может привести к развитию обструктивной болезни легких.

Переломы запястья обычно являются результатом попытки предотвратить падение с помощью руки. Перелом шейки бедра – один из наиболее серьезных переломов, требующих длительного лечения в дальнейшем. Перелом тазобедренного су-

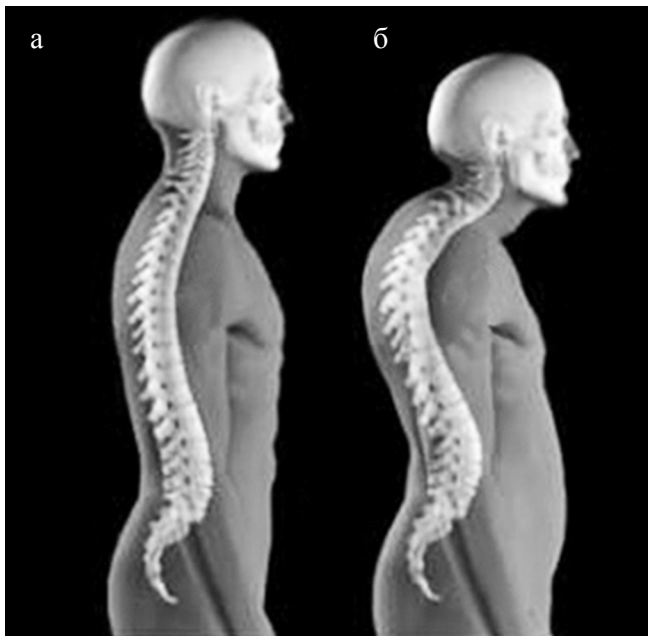


Рис. 3. Здоровый позвоночник (а) и кифоз грудного отдела позвоночника с одновременным усилением шейного лордоза (б)



Рис. 4. Клинические проявления множественных компрессионных деформаций тел позвонков

става может произойти в результате падения или слабого удара, например, при резком торможении машины.

К другим проявлениям остеопороза относятся боли в костях без видимой причины, особенно в области поясницы и тазобедренных суставов, усиливающиеся после стояния, чувство тяжести между лопатками, изменение осанки и походки, уменьшение роста.

Большинство пациентов жалуются на значительное снижение работоспособности и повышенную утомляемость, раннюю седину, учащенное сердцебиение, хрупкость ногтей и зубов, судороги в икроножных мышцах, необходимость многократного отдыха в течение дня в положении лежа.

Диагностика остеопороза основывается на результатах клинических, лабораторных и инструментальных исследований.

Клинические методы обследования: изучение жалоб и анамнеза, стандартное клиническое обследование, а также консультации специалистов.

Лабораторные методы исследования: общий клинический анализ крови, остеокальцин (3,1–13,7 нг/мл), паратгормон (9,5–75 нг/мл), кальций (2,2–2,7 ммоль/л), фосфор (0,87–1,45 ммоль/л), щелочная фосфатаза (0–104 ЕД/л).

Инструментальные методы исследования: остеоденситометрия, рентгенография костей скелета, УЗИ периферических костей (пяточной, большеберцовой, фаланг пальцев рук), биопсия костной ткани из гребня крыла подвздошной кости для дифференциальной диагностики остеопенических процессов неясного происхождения.

Главным инструментальным методом диагностики остеопороза является денситометрия – измерение МПК методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА). МПК в норме –

менее 1 SD, при остеоартрозе – более 2,5 SD (SD – стандартное отклонение от МПК молодых здоровых лиц).

Основные подходы и задачи медико-социальной адаптации и реабилитации больного человека с остеопорозом

Современные подходы к медико-социальной адаптации и реабилитации больных с остеопорозом позволяют повысить качество, продолжительность жизни и, возможно, их функциональную активность.

Важное значение имеет приверженность больного человека к длительной, в подавляющем большинстве случаев пожизненной терапии.

Рациональное лечение остеопороза состоит из сочетания немедикаментозных и медикаментозных методов терапии.

Немедикаментозная терапия предполагает следующие мероприятия.

✓ Рекомендации по физической активности: занятия лечебной физкультурой (физические упражнения с нагрузкой, весом тела, силовые упражнения и тренировка равновесия), ходьба. Прыжки и бег противопоказаны.

✓ Образовательные программы – рекомендованы всем пациентам с целью повышения приверженности лечению (школа здоровья для пациентов с остеопорозом).

✓ Коррекция питания (употребление продуктов, богатых кальцием).

✓ Профилактика падений. Рекомендации пациенту по предупреждению падений являются важной составной частью лечения остеопороза. При высоком риске падений назначаются мероприятия, направленные на снижение риска падений: лечение сопутствующих заболеваний; коррекция зрения; коррекция принимаемых медикаментов; оценка и изменение домашней обстановки (сделать ее более безопасной); обучение правильному стереотипу движений; пользование тростью; ношение устойчивой обуви на низком каблуке; физические упражнения на координацию и тренировку равновесия.

✓ Ношение протекторов бедра. Постоянное ношение протекторов бедра следует предлагать пациентам, имеющим высокий риск перелома шейки бедра и подверженным факторам риска падений.

✓ Ношение корсета пациентами с переломами позвонков. У пациентов с переломами позвонков жесткие и полужесткие корсеты снижают выраженность болевого синдрома. Длительное ношение корсета может привести к слабости мышц спины и, как следствие, к плохим отдаленным результатам.

✓ Лечение и предупреждение запоров. Натуживание при запоре способствует усилению боле-

вого синдрома при остеопоротических переломах позвонков.

Немедикаментозные мероприятия не являются альтернативой лекарственной терапии. В сочетании с медикаментозной терапией они могут лишь эффективнее предотвратить или отсрочить дальнейшее развитие остеопороза.

Медикаментозное лечение включает в себя симптоматическую и патогенетическую терапию, а также регулярный прием препаратов кальция и витамина D.

✓ Симптоматическая терапия. У пациентов с болью в спине, вызванной остеопоротическими переломами позвонков, используются простые анальгетики, НПВП, миорелаксанты.

✓ Патогенетическая терапия. Используется монотерапия одним из следующих препаратов:

- препараты первой линии: бисфосфонаты, деносумаб, терипаратид;
- препараты второй линии: стронция ранелат.

✓ Препараты кальция и витамин D – являются обязательным дополнительным компонентом любой схемы лечения остеопороза.

Целью терапии остеопороза является повышение плотности костной ткани, нормализация обмена кальция, снятие болевого синдрома, профилактика развития осложнений, расширение двигательной активности, улучшение качества жизни.

Прерогатива врача – выбирать методы лечения остеопороза, назначать процедуры и прописывать медикаменты. Медицинская сестра контролирует процесс лекарственной терапии, оказывает помощь в подборе рациона лечебного питания, лечебной гимнастики, массажа и профилактики. Мануальная терапия при остеопорозе позвоночника противопоказана в связи с высоким риском переломов позвонков.

На всех этапах наблюдения за пациентом следует терпеливо разъяснять, что ключевой причиной развития и прогрессирования остеопороза является низкая приверженность лечению. Так, лишь 35% пациентов с остеопеническим синдромом (доклиническая стадия остеопороза) соблюдают рекомендации врача по приему лекарственных средств.

Что должен знать пациент о лечебном питании

Питание имеет большое значение в формировании скелетной массы человека и качественной ее минерализации. Рекомендации по правильному питанию чрезвычайно важны, особенно в пожилом возрасте.

Рацион должен состоять из большого количества молочных и кисломолочных продуктов, рыбы, яичных желтков, орехов, всех сортов капусты (особенно брокколи), цельнозерновых продуктов из всех видов злаковых и бобовых культур, фрук-

Наблюдение, реабилитация и уход

тов и сухофруктов (особенно кураги и чернослива), различной зелени (в особенности шпината).

Женщинам полезны продукты, содержащие фитостероиды – растительные аналоги половых гормонов, которые являются надежными защитниками костной ткани. Большое их количество содержится в сое, бобовых, сырых орехах и зелени.

Наибольшая роль в формировании и поддержании структурно-функционального состояния костной ткани отводится кальцию, поступающему с пищей (нормы потребления см. в таблице).

Нормы потребления кальция

Возрастные и физиологические периоды жизни человека	Рекомендуемое потребление кальция (мг/сутки) для здоровых людей
Новорожденные и дети до 6 месяцев	400
1–5 лет	600
6–10 лет	800–1200
Подростки, молодые люди (11 лет – 24 года)	1200–1500
Женщины 25–50 лет	1000
Беременные и кормящие женщины	1200–1500
Женщины в постменопаузе	1500
Женщины в постменопаузе, получающие заместительную гормональную терапию	1000
Мужчины 25–65 лет	1000
Мужчины и женщины старше 65 лет	1500
Иммобилизация	2000

Для получения 1000 мг кальция с пищей необходимо, например, 300 г творога, 1 л молока или 200 г сыра.

Но следует учитывать, что из этого количества у детей усваивается до 50–70%, у взрослых – до 25–35%.

Факторы, влияющие на улучшение усвоения кальция:

- витамин D, соляная кислота, фосфор, магний;
- продукты питания: масло, молоко, рыба, жир трески, капуста.

Факторы, влияющие на ухудшение усвоения кальция:

- строгое соблюдение вегетарианской диеты;

- избыток соли;
- заболевания ЖКТ (гастрит, энтерит, колит, язвенная болезнь, панкреатит);
- эндокринные заболевания.

Поскольку поступление кальция с продуктами питания у взрослых в среднем составляет 500–700 мг/сут, что ниже необходимого уровня потребления, обязательно необходимо дополнять рацион питания препаратами кальция и витамина D₃.

Что должен знать пациент о лекарственной терапии

Золотым стандартом лечения остеопороза признаны азотсодержащие бисфосфонаты (алендронат, ризедронат, золедроновая кислота, ибандронат), деносуаб, терипаратид и стронция ранелат. Выбор препарата зависит от конкретной клинической ситуации (тяжесть остеопороза, наличие противопоказаний к конкретному препарату), а при назначении бисфосфонатов – также и от пути введения (перорально или внутривенно).

Азотсодержащие бисфосфонаты (антирезорбтивные средства) представляют собой синтетические аналоги природных пирофосфатов (неорганическая соль кальция), которые являются основой костного матрикса и подавляют разрушение костного вещества. Селективное действие бисфосфонатов на костную ткань основано на высоком сродстве к минерализованной костной ткани.

Схема приема:

- алендронат (таблетки) – 70 мг, внутрь, 1 раз/нед;
- ризедронат (таблетки) – 35 мг, внутрь, 1 раз/нед;
- золедроновая кислота (флакон) – 5 мг/100мл, внутривенно, 1 раз/год;
- ибандронат (таблетки) – 150 мг, внутрь, 1 раз/мес (3мг/3мл в шприце, внутривенно, 1 раз/3 мес).

Для предупреждения побочных эффектов и лучшего всасывания обязательно соблюдать рекомендованный способ приема пероральных бисфосфонатов: утром натощак, за 40–60 мин до еды, запить полным стаканом воды; после приема 40–60 мин не принимать горизонтальное положение.

Деносуаб (пролиа, эксджива) – корректор метаболизма костной и хрящевой ткани. Деносуаб увеличивает МПК позвонков, проксимальных отделов бедренной кости и дистального отдела предплечья, уменьшает риск переломов тел позвонков, бедра и других периферических переломов у женщин с остеопорозом. Способ приема – 60 мг в шприце, подкожно, 1 раз/6 мес. Продолжительность лечения – до 6 лет.

Терипаратид (костный анаболик) – способствует формированию новой костной ткани, а не торможению костной резорбции. Выпускается в предзаполненных шприц-ручках, предна-

значенных для введения подкожных инъекций в область живота или бедра в дозе 20 мкг 1 раз/сут. Максимальная продолжительность лечения – 18 месяцев.

Стронция ранелат (бивалос) является новым антиостеопоретическим препаратом с уникальным двойным механизмом действия. Воздействует и на остеокласты, подавляя их репликацию, дифференцировку, активность, усиливая апоптоз клеток, и на остеобласты, но при этом стимулируя репликацию, дифференцировку и активность, увеличивая продолжительность жизни клеток. Препарат выпускается в саше по 2 г порошка, в упаковке – 7, 14, 28, 56, 84 или 100 саше с инструкцией по применению в картонной пачке с контролем первого вскрытия. Бивалос принимают внутрь в виде суспензии. Рекомендуемая доза составляет 2 г (содержимое одного саше) в сутки перед сном. Применяют в течение длительного времени.

Лечение любым препаратом патогенетического действия должно сопровождаться назначением адекватных доз кальция и витамина D.

Для достижения эффективности лечения важна приверженность пациента к рекомендованному лечению как по продолжительности, так и по правильности приема препарата.

Что должен знать пациент о лечебной гимнастике

Лечебная гимнастика, занятия в группах ЛФК положительно влияют на процессы костного восстановления, предотвращают потерю костной массы, повышают адаптивные способности организма, способны ослабить прогрессирование заболевания.

В начале лечения назначают только дыхательную гимнастику. По мере стихания боли подключают физические упражнения. Большинство упражнений проводятся в положении лежа. Нельзя резко увеличивать интенсивность нагрузок, а также менять упражнения без предварительной консультации со специалистом. Занятия можно начинать в любом возрасте.

Существует много различных видов упражнений, способствующих укреплению костной ткани. Очень важно выполнять упражнения регулярно, постепенно увеличивая их интенсивность.

Для исключения ударных нагрузок на позвоночник следует избегать прыжков, упражнений с тяжестями, аэробики, связанной с резкими движениями, быстрого бега. Также следует избегать чрезмерного изгибания позвоночника (упражнения на пресс в лежачем положении, наклоны с доставанием носков, упражнения на соответствующих тренажерах), упражнений с приведением и отведением ног.

Примерный комплекс физических упражнений в положении лежа в постели

Каждое упражнение выполняется лежа на спине по 7 раз, длительность фазы напряжения – 7 с, фаза расслабления – 7 с. После каждого упражнения – отдых.

Упражнение 1. Утром, проснувшись, вынуть подушку из-под головы. Исходное положение (И. п.): лежа на спине, с максимальной силой затылок прижимать к матрасу.

Упражнение 2. Обе лопатки с максимальной силой прижимать к матрасу.

Упражнение 3. Крестец (тазовая область) с максимальной силой прижимать к матрасу.

Упражнение 4. В положении лежа на спине сдавливать подушку обеими руками на уровне груди.

Упражнение 5. В положении лежа на спине пальцы обеих стоп тянуть на себя.

Упражнение 6. В положении лежа на спине сжимать подушку коленями в течение.

Упражнение 7. В положении лежа на спине левую стопу под углом 45° положить на правую. Левую стопу наклонять от себя, правую тянуть к себе (противодействовать одна другой), затем поменять положение стоп.

Примерный комплекс физических упражнений в положении сидя, стоя на четвереньках на полу и лежа

Упражнение 1. Цель – нейтрализация кифотической осанки, усиление верхних разгибателей спины. И. п.: сидя на жестком стуле, не касаясь спинки, локти приближены к боковым поверхностям туловища, кисти лежат на плечах (рис. 5).



Рис. 5

Наблюдение, реабилитация и уход

Максимально отводить плечи назад и считать до 5, затем расслабляться. Повторить 10 раз.

Упражнение 2. Цель – тренировка разгибателей спины, стимуляция глубокого дыхания, растяжение грудных мышц. И. п.: сидя на стуле, руки на затылке (рис. 6). Отводить локти назад, руки остаются в той же позиции; во время движения делать глубокий вдох, во время расслабления – выдох. Повторить 10 раз.

Упражнение 3. Цель – тренировка разгибателей спины. И. п.: лежа на животе, руки вытянуты вдоль тела ладонями вниз, ноги вытянуты, пальцы ног касаются пола (рис. 6, а). Поднимать голову и верхнюю часть туловища, считать до 5, затем опускать (рис. 6, б). Повторить 10 раз. Если упражнение вызывает боли в спине, его можно не выполнять.



Рис. 6

Упражнение 4. Цель – тренировка разгибателей поясницы и бедра. И. п.: стоя на четвереньках на полу. Поднять и выпрямить назад левую ногу, правой рукой тянуться вперед, сохраняя равновесие, сосчитать до 5 и опустить (рис. 7). Повторить 5 раз. Затем повторить упражнение с противоположными ногами и рукой.



Рис. 7

Упражнение 5. Цель – тренировка мышц живота с помощью изометрических упражнений. И. п.: лежа на спине на твердой поверхности (полу), руки вытянуты вдоль тела ладонями вниз, пятки касаются пола. Приподнять обе ноги, выпрямлен-

ные в коленных суставах, на 10–12 см, сосчитать до 5 и опустить. Повторить 10 раз.

Упражнение 6. Цель – улучшение размаха движений в бедренном и коленном суставах, растяжение спины. И. п.: лежа на спине, на твердой поверхности. Ноги согнуть в коленях, обхватить руками и жать к груди, сосчитать до 5 (рис. 8). Повторить 10 раз. Примечание: руки можно скрестить на груди или вытянуть вдоль туловища.



Рис. 8

Упражнение 7. Цель – тренировка разгибателей спины и мышц живота, растяжение спины. И. п.: лежа на спине на твердой поверхности, руки вытянуты за головой, ладони развернуты внутрь, пятки касаются пола (рис. 9). Тянуть пальцы рук и ног в противоположные стороны, втягивая живот, считать до 10. Повторить 10 раз.



Рис. 9

Упражнение 8. Цель – тренировка разгибателей спины и мышц живота. И. п.: лежа на спине на твердой поверхности, ноги согнуты в коленных суставах под углом 90°, предплечья направлены вверх (рис. 10). Давить локтями вниз, сосчитать до 5. Повторить 10 раз.



Рис. 10

Упражнение 9. Цель – тренировка отводящих мышц бедра. И. п.: лежа на боку на твердой поверхности, ноги выпрямлены, голова на согнутой руке, верхняя рука упирается в пол (рис. 11). Под-



Рис. 11

нять верхнюю ногу максимально вверх, сосчитать до 5 и медленно опустить. Повторить 10 раз. Затем повторить на другом боку.

Что должен знать пациент о лечебном массаже

Массаж при остеопорозе можно проводить не раньше чем через 4–6 месяцев после начала лечения. Обычно массаж назначают после стихания болей. Он должен быть всегда щадящим.

Регулярные курсы массажа помогают улучшить кровоснабжение костной ткани, а также укрепить мышцы туловища. На первом этапе массаж ограничивается поглаживаниями и растираниями. Приемы поколачивания и разминания очень осторожно можно включать только на последующих этапах с учетом выраженности заболевания или не использовать вообще. Массаж должен проводить только опытный специалист. При неумелых действиях массажиста может возникнуть перелом кости в зоне массажа. Курс составляет 10–15 процедур, сеанс длится 15–20 мин. Перерыв между курсами – 10–15 дней, количество курсов неограниченно.

Что должен знать пациент о профилактике остеопороза

Основные направления комплексной профилактики остеопороза могут быть представлены следующим образом.

✓ Обеспечение полноценного питания (кальций, фосфор, минералы, витамины С, К, белок). При недостаточном потреблении кальция с пищей необходимы его добавки. Продолжительность приема зависит от того, сохраняется ли риск остеопороза или его дефицит.

✓ Адекватное потребление витамина D (в том числе пребывание на солнце). Профилактика дефицита витамина D рекомендуется согласно установленным возрастным потребностям с применением нативных его форм: холекальциферола (D₃) и эргокальциферола (D₂). Продолжительность приема витамина D зависит от того, сохраняется ли риск либо его дефицит.

✓ Поддержание физической активности (умеренная физическая активность, физкультура). Физические упражнения с осевыми нагрузками (ходьба, бег, танцы, подвижные игры) рекомендованы для оптимального набора пика костной массы в юности и поддержания МПК у здоровых лю-

дей. Механическая нагрузка стимулирует анаболические процессы, характеризуемые повышением активности остеобластов и снижением костной резорбции остеокластами.

Лицам пожилого возраста предпочтительно использовать охранительный режим, избегать значительных осевых нагрузок, чтобы не допустить низкотравматических переломов тел позвонков. Для укрепления мышечного корсета и улучшения координации рекомендуются умеренные силовые тренировки (йога, пилатес, тай-чи, плавание, акваэробика и др.), что в конечном итоге благоприятно для уменьшения риска падений и снижения риска переломов. Следует совершать ежедневные 20–30-минутные пешие прогулки. Одним из эффективных методов, улучшающих качество жизни, является популярная скандинавская ходьба с палками, дающая полноценную нагрузку на костно-мышечную систему.

Пациентам с тяжелой формой остеопороза вследствие низкотравматических переломов тел позвонков следует избегать сгибаний туловища вперед и вбок, поднятия тяжестей, а также выполнения упражнений, оказывающих силовое воздействие на позвонки (например, бега, прыжков, верховой езды).

У пациентов пожилого возраста с тяжелым кифозом, дискомфортом в спине и нестабильностью походки план физической реабилитации должен фокусироваться на упражнениях без дополнительного отягощения, укрепления мышечного корсета спины и тренировки равновесия. Важным также может быть использование ортопедических приспособлений (ортезов, тростей, ходунков), что способствует уменьшению дискомфорта, предотвращению падений и переломов и повышению качества жизни.

Предупреждение случайных падений и избыточной нагрузки на позвоночник, также важны меры безопасности. Необходимо стараться быть осторожными при приеме лекарств, которые вызывают нарушение координации движений, носить удобную обувь, избегать потенциальных опасностей на улице и дома (держаться за перила на лестнице, быть осторожными на мокрой или скользкой дороге). Не нужно поднимать тяжелые предметы, наклоняться вперед, поднимая предметы: лучше поднимать предметы приседая или с коленей, стараясь держать спину прямо. Не стоит пользоваться стремянками или стульями, чтобы что-то достать, это опасно – необходимо просить окружающих помочь.

В своем доме постараться сделать все так, чтобы было удобно и надежно: оборудовать ванную комнату поручнями и другими вспомогательными устройствами, освободить проходы от ненужных предметов, ковриков и проводов, обеспечить хоро-

Наблюдение, реабилитация и уход

шее освещение, обращать внимание на домашних животных.

Стоять и сидеть надо прямо: работать за высоким столом и использовать подходящие для работы инструменты, стараться держать вещи, с которыми необходимо работать, прямо перед собой. Если беспокоят боли из-за плохой осанки, стараться полежать 4–5 раз в день по 30 мин (лежать необходимо на твердой поверхности, положив под колени и голову плоские подушки).

Исключение вредных привычек, таких как курение, злоупотребление алкоголем и кофе.

При вторичном остеопорозе – лечение основного заболевания (адекватная компенсация, ремиссия, выздоровление); коррекция дозы (либо отмена) «ятрогенных» препаратов.

Женщинам моложе 60 лет в постменопаузе с целью профилактики остеопороза может назначаться заместительная гормональная терапия женскими половыми гормонами независимо от наличия климактерических симптомов при условии низкого риска сердечно-сосудистых осложнений. Вопрос о назначении и длительности заместительной гормональной терапии решается гинекологом индивидуально с учетом противопоказаний и возможного риска осложнений.

Необходимы активная пропаганда знаний по профилактике остеопороза среди населения, организация школ остеопороза.

Использованная литература

1. Белова К. Ю. Организация медицинской помощи пациентам с тяжелым остеопорозом / К. Ю. Белова, О. Б. Еришова. – Красноярск, 2016. – 162 с.

2. Буйлова Т. В. Современные подходы к реабилитации пациентов с остеопорозом. Международная классификация функционирования и реабилитационный диагноз // *Остеопороз и остеопатии*. – 2020. – № 23(1). – С. 58–59.

3. Жугрова Е. С. Современные возможности лечения тяжелого остеопороза / Е. С. Жугрова, В. И. Мазуров // *Остеопороз и остеопатии*. – 2020. – № 23(2). – С. 50.

4. Закроева А. Г. Состояние проблемы остеопороза в странах Евразийского региона / А. Г. Закроева [и др.] // *Остеопороз и остеопатии*. – 2020. – № 23(4). – С. 19–29.

5. Евстигнеева Л. П. Реабилитация пациентов с переломами позвонков на фоне остеопороза // *Остеопороз и остеопатии*. – 2020. – № 23(2). – С. 38–39.

6. Епишина Н. В. Организация медицинской помощи и тактика ведения пациентов с несовершенным остеогенезом / Н. В. Епишина [и др.] // *Остеопороз и остеопатии*. – 2020. – № 23(2). – С. 43–44.

7. Руденко Е. В. Современные тенденции в диагностике, профилактике и лечении дефицита витамина D // *Медицинские новости*. – 2020. – № 8. – С. 31–37.

8. Ткачева О. Н. Медикаментозное лечение остеопороза после перелома / О. Н. Ткачева [и др.] // *Остеопороз и остеопатии*. – 2020. – № 23(4). – С. 30–36.

9. Белая Ж. Е. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике остеопороза / Ж. Е. Белая [и др.] // *Остеопороз и остеопатии*. – 2021. – № 24(2). – С. 4–47.



Доцент А. А. Астанов

ПРОФИЛАКТИКА СТОЛБНЯКА

Белорусский государственный медицинский университет

В XXI в. работает поколение врачей, которое не встречалось с клиникой классических инфекционных заболеваний и плохо ее знает. Эти заболевания могут возникнуть в любом месте и у любого человека независимо от возраста, но чаще у взрослых. Связано это с тем, что микроорганизмы адаптируются к новым условиям существования. Это сопровождается ростом антибиотикорезистентности, появлением необычных форм существования бактерий и переходом вегетативных форм к спорообразованию. В связи с интенсивным внедрением вакцинопрофилактики большинство медицинских работников успокоилось и считает, что та или иная инфекция побеждена и формально ее не должно быть. До настоящего времени встречаются отдельные граждане, которые категорически отказываются от прививок, может быть рефрактерность к выработке антител, и в последнее время увеличивается количество пациентов как с врожденным, так и с приобретенным иммунодефицитом.

Еще во времена Леонардо да Винчи, Микеланджело, Рафаэля столбняк косил людей – это был невидимый враг, зараза, жившая в земле. Особенно опасна была работа там, где оказывался мусор старых построек. Столбняк, точно притаившееся крошечное невидимое существо, ждал случая, чтобы выбраться из-под камней, через маленький порез проникнуть в тело землекопа и отравить его смертоносным ядом. Сколько таких тел со сведенными судорогой конечностями и посиневшим, мертвенно-бледным лицом вынесли из катакомб.

Палочки столбняка способны к спорообразованию и в виде спор могут находиться в почве, кишечнике птиц, животных и человека годами. Зараженность почвы спорами столбняка может быть различной, наиболее интенсивная – возле жилья человека и в местах нахождения крупного рогатого скота.

При попадании в организм человека и при создании анаэробных условий споры столбняка прорастают и переходят в вегетативное состояние с продукцией столбнячного экзотоксина в виде тетаноспазмина и гемолизина.

Источник инфекции при столбняке – животные, фактор передачи – почва. Столбняк больше всего распространен в тропических и субтропических странах, спорадические случаи могут встречаться в любом месте. Заболевания столбняком тесно связано с травматизмом, и наибольшее количество больных наблюдается во время войн. В странах с плохими социально-бытовыми условиями, где грязно, высокая плотность населения, а родоразрешение женщин проводится в антисанитарных условиях с попаданием грязи в пупочную ранку младенца, встречается столбняк новорожденных. Многие матери не вакцинированы и не могут защитить ребенка от столбняка во время беременности.

Летальность при столбняке без лечения достигает 50–70%, особенно среди новорожденных. В 2003 г. от столбняка в мире умерло 200 тыс. человек (преимущественно новорожденных), в 2008 г. – 61 тыс.

В Республике Беларусь до начала вакцинации против столбняка ежегодно встречалось 50–70 пациентов с данным заболеванием. Вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка в нашей стране начата в 1957 г., и в последующем по мере нарастания интенсивности темпов вакцинации заболеваемость снижалась до единичных цифр. Так, если в 1994 г. было зарегистрировано 12 случаев, то в 2000 г. – только 1 случай у взрослого человека.

С 2006 г. случаи столбняка в республике практически не регистрировались, кроме 1 случая в 2009 г., 2 случаев в 2010 г. и 1 случая в 2020 г. у ребенка 8 лет, не привитого против столбняка по религиозным убеждениям. Столбняк встречался чаще всего среди взрослых, так как к этому времени у них снижался иммунитет ниже защитного уровня. Внедрение вакцинации против столбняка и дифтерии среди взрослого населения каждые 10 лет привело к дальнейшему снижению заболеваемости.

До начала вакцинопрофилактики против столбняка заболеваемость в 1951–1955 гг. составила 325 случаев, в 1956–1960 гг. – 253 случая, в 1961–1965 гг. – 161 случай. С 1966 г. началось прогрессирующее снижение заболеваемости, вплоть

Обмен опытом

до отсутствия больных с 2011 г., кроме 1 случая в 2020 г.

Другим направлением профилактики заболеваемости столбняком являются мероприятия, связанные со случаями получения пациентом травмы с нарушением целостности кожных покровов, особенно при загрязнении почвой. В этих случаях у медицинского работника три неизвестные:

1) состояние защитного иммунитета у пациента против столбняка;

2) попали или нет в рану споры столбняка вместе с почвой;

3) возникнут ли условия в ране для анаэробного размножения возбудителя.

Вспоминается случай столбняка в Гомеле в 1970-х гг. у медицинской сестры, которую на асфальтированной дороге сбил мальчик на велосипеде. Это было летом, платье у нее было с коротким рукавом, была травмирована кожа в области дельтовидной мышцы. Женщина обратилась в травмпункт, ей обработали рану и предложили провести профилактику столбняка, но пациентка отказалась, что подтвердила распиской. В итоге она заболела столбняком.

Для активно-пассивной профилактики столбняка проводится иммунизация АКДС. Согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О профилактических прививках» от 17 мая 2018 г. № 42 вакцинация АКДС проводится детям в 2, 3 и 4 месяца, ревакцинация – в 18 месяцев (дифтерия, столбняк, коклюш + гемофильная инфекция); АДС-М – в 6 и 16 лет, а также взрослым каждые 10 лет до достижения возраста 66 лет.

Экстренная профилактика столбняка показана при:

- нарушении целостности кожных покровов и слизистых оболочек при вероятном попадании почвы в рану;
- укусах животных, но следует иметь в виду вероятность заражения и заболевания бешенством;
- проникающих повреждениях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ);
- проведении оперативных вмешательств на ЖКТ;
- ожогах и отморожениях II–IV степени;
- гангрене мягких тканей;
- проведении аборт и родов вне организаций здравоохранения.

Для экстренной иммунопрофилактики нужно использовать:

- противостолбнячную сыворотку (ПСС), которую получают после иммунизации лошадей столбнячным анатоксином;
- противостолбнячный человеческий иммуноглобулин (ПСЧИ);
- столбнячный анатоксин.

Нужно знать, что ПСС необходимо вводить по методу Безредко. Современные подходы к этому методу следующие: строго внутривожно в переднеладонную поверхность предплечья в средней трети туберкулиновым или инсулиновым шприцом вводят 0,1 мл разведенной 1 : 100 лошадиной сыворотки (имеется в коробке с сывороткой, маркирована красным цветом). На месте введения разведенной сыворотки должна образоваться папула размером до 5 мм. Следует наблюдать за местом введения в течение 20 мин. Если она не увеличивается в размерах или наблюдается гиперемия до 10 мм, то организм пациента не сенсибилизирован к лошадиному белку, тогда подкожно вводят 0,1 мл неразведенной ПСС, а через 30 мин можно внутримышечно вводят одномоментно лечебную дозу сыворотки, прогретую до 37 °С.

Если же папула с гиперемией через 20 мин увеличивается в размерах и становится больше 10 мм, то это свидетельствует о наличии сенсибилизации к лошадиному белку и большой вероятности возникновения анафилактического шока, что может привести к смерти пациента. В таких случаях необходимо проводить дробную десенсибилизацию разведенной 1 : 100 лошадиной сывороткой в дозах 1, 2, 5 мл каждые 20 мин, а затем 0,1 мл неразведенной сывороткой. Перед введением лечебной дозы сыворотки следует наладить инфузию, приготовив все необходимые препараты для выведения больного из шока, так как нет признаков, что все антитела против белков лошади нейтрализованы.

Автор статьи встречался со следующими клиническими наблюдениями:

✓ Для постановки внутривожной пробы использовали одноразовые пластмассовые шприцы (при введении сыворотка оказывалась за поршнем).

✓ Диагноз дифтерии ребенку поставили правильно, а внутривожная проба оказалась положительной. Консультанта ожидали 10 ч, чтобы он расписал схему введения сыворотки при наличии сенсибилизации. К утру уже была токсическая форма дифтерии I степени.

✓ Ночью поступил больной с четкой клиникой ботулизма, поставили внутривожную пробу, наблюдалась гиперемия с отеком 30×40 мм. Медицинская сестра позвонила дежурному врачу, а тот ей сообщил, что десятки лет вводили 0,1 мл неразведенной сыворотки, а потом 0,2 мл и лечебную дозу. Ввели 0,1 мл сыворотки, и развился анафилактический шок, чудом удалось ввести 125 мг гидрокортизона в вену (при шоке они спадаются) и спасти жизнь симулянтки (у нее ботулизма не было, она перед этим лежала в палате с пациентами с ботулизмом).

По методу Безредко при столбняке необходимо ввести все сыворотки, которые готовят путем иммунизации лошадей: противодифтерийную, ПСС, противоботулиническую, против бешенства, противогангренозную.

Подход к экстренной профилактике столбняка зависит от сроков, прошедших от момента вакцинации и ревакцинации, а также подразделения ран на инфицированные и неинфицированные. К инфицированным относятся колотые раны глубиной более 1 см или ссадины и раны, нанесенные огнестрельным оружием, также в виде ожога или отморожения, при наличии нежизнеспособных тканей и контаминации раны почвой, занозой.

При полном курсе прививок менее 5 лет экстренную иммунопрофилактику не проводят. Если этот срок более 5 лет, то вводят 0,5 мл анатоксина. Также 0,5 мл столбнячного анатоксина вводят при отсутствии ревакцинации, если взрослый прошел полный курс иммунизации, но после последней ревакцинации прошло 5 лет и более либо была одна прививка более 2 лет назад. При отсутствии документального подтверждения о прививках вводят 250 МЕ ПСЧИ и 3000 МЕ ПСС.

У новорожденных в случае родов вне организации здравоохранения и у детей до 5 месяцев, не получивших вакцинацию против столбняка, осуществляют в зависимости от прививочного статуса матери. Если проведен полный курс прививок против столбняка и прошло не более 5 лет, то не нужно прививать. Но если курс неполный, и прошло 5 лет и более, и неизвестен прививочный анамнез матери, то вводят 250 МЕ ПСЧИ одномоментно. Можно также определить в крови титр противостолбнячного антитоксина, и если значение менее 1 : 80, то вводят столбнячный анатоксин в дозе 0,5 мл, если более – не вводят.

Таким образом, должен быть дифференцированный подход к введению ПСС и ПСЧИ в зависимости от сроков, прошедших после вакцинации и ревакцинации, характера раны. С ПСС и ПСЧИ вводят готовые антитела, а введение столбнячного анатоксина рассчитано на выработку антител организмом пациента.

Столбняк был, есть и будет, об этом всегда нужно помнить.

Предполагаем, что создавшиеся проблемы вакцинации против инфекционных заболеваний, в том числе и против Covid-19, послужат веским основанием для введения вкладышей в паспорта с записями о сроках вакцинопрофилактики.

Использованная литература

1. Алтаев А. Леонардо да Винчи, Микеланджело, Рафаэль. Повести. – Минск, 1988. – 480 с.
2. Семенов В. М. Инфекционные болезни. Руководство / под ред. В. М. Семенова. – М., 2014. – 490 с.
3. Намазова-Баранова Л. С. Новые горизонты национального календаря профилактических прививок / Л. С. Намазова-Баранова, М. В. Федосеенко, А. А. Баранов // Вопросы современной педиатрии. – 2019. – № 18(1). – С. 18–30.
4. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения столбняка: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.04.2012 № 35.
5. Лысенко В. И. Столбняк: коварность и рациональная терапия, клинический случай успешного лечения / В. И. Лысенко, М. А. Голянищева, И. В. Карамушко // Медицина неотложных состояний. – 2013. – № 55. – С. 35–40.



Доцент Н. И. Доста

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Наиболее частым симптомокомплексом среди урологических пациентов является почечная колика. Почечная колика – это одна из наиболее мучительных болей человека в урологии, требующая быстрого установления диагноза и лечения. При приступах почечной колики некоторые пациенты теряют самоконтроль и, по образному выражению многих из них, «готовы лезть на стену». Рожавшие женщины, перенесшие приступ почечной колики, сравнивая боли при почечной колике с болями при родах, говорили, что готовы еще несколько раз родить, чем столкнуться с этим страшным состоянием повторно. Риск развития почечной колики у любого человека на протяжении жизни составляет 1–10%. Почечная колика в большинстве случаев развивается при острой полной или частичной обструкции мочеточника камнем. Однако является ошибочным, что почечная колика связана исключительно с внезапной миграцией камня из лоханки почки в мочеточник.

Основные причины почечной колики и заболевания, которые скрываются за ними, отражены в таблице.

Как видно из таблицы, почечная колика может возникать при многих урологических заболеваниях, хотя среди многих пациентов и медицинских работников бытует мнение, что это состояние является следствием застревания камня в мочеточнике. Наиболее частыми местами ущемления камня в мочеточнике являются участки его физиологических сужений: переход лоханки в мочеточник,

перекрест с подвздошными сосудами и небольшой отрезок мочеточника перед впадением его в мочевой пузырь (рис. 1).

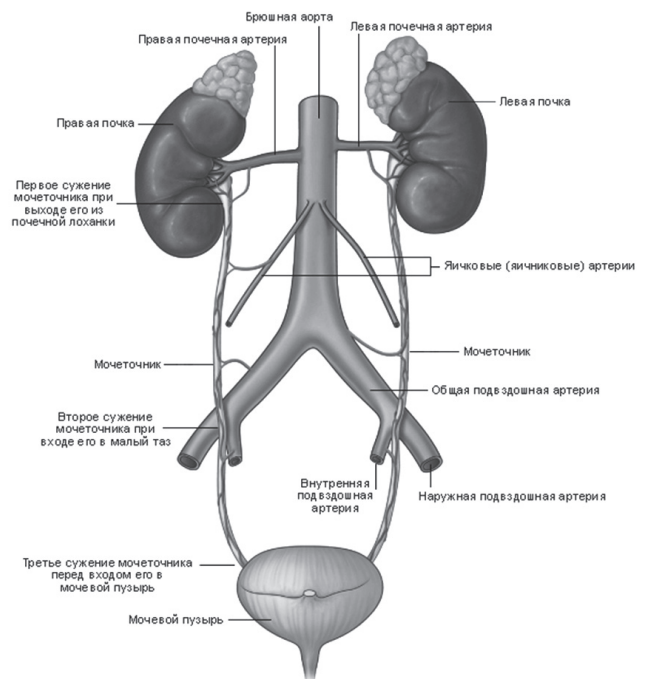


Рис. 1. Физиологические сужения мочеточника

Вероятность застревания камня в том или ином отделе мочеточника зависит от его размеров, формы, характера поверхности (гладкая, шереховатая).

Причины почечной колики и сопутствующие заболевания

Причины	Заболевания
Острые механические препятствия оттоку мочи из лоханки и мочеточника	Обструкция камнем, сгустки крови, гноя (мочекаменная болезнь (МКБ), опухоли, пионефроз), перегибы мочеточника (мегауретер), опухоли в забрюшинном пространстве и малом тазу
Острые воспалительные заболевания	Острый пиелонефрит
Острые сосудистые заболевания	Тромбоз почечных вен, эмболия почечных артерий, инфаркт почки
Расстройства уродинамики верхних и нижних мочевых путей	Дискенезия верхних мочевых путей, нейрогенный мочевой пузырь

Частота развития почечной колики существенно увеличилась в связи с широким внедрением в клиническую практику метода дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ) камней в органах мочевой системы (рис. 2). Сам по себе метод ДУВЛ предполагает дробление камня-монолита на множество мелких фрагментов с расчетом на последующее их отхождение с мочой (рис. 3). Однако нередко процесс отхождения фрагментов камня сопровождается приступами почечной колики.



Рис. 2. Аппарат для ДУВЛ «Литоскоп»

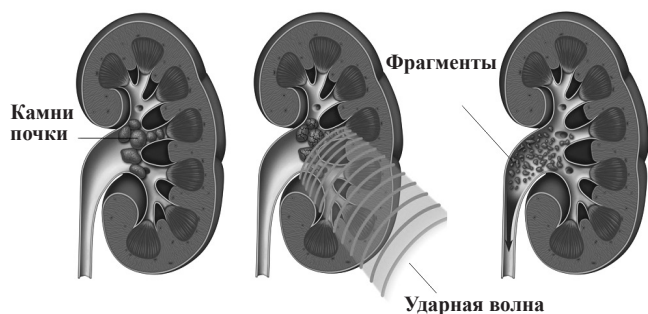


Рис. 3. Дробление камней на мелкие фрагменты

Подробного выяснения требуют патогенетические механизмы развития почечной колики, поскольку ясность в этом вопросе позволит глубоко понять суть клинических проявлений данного болевого синдрома и патогенетические методы лечения пациентов с почечной коликой.

Пусковым моментом для развития симптомокомплекса почечной колики является внезапно возникшая обструкция мочеточника мигрировавшим из лоханки камнем. На фоне обструкции нарушается отток мочи из лоханки, последняя перерастягивается, что из-за раздражения в ней барорецепторов приводит к возникновению болевых ощущений. Вклиненный в мочеточнике камень раздражает в этом месте рецепторы, что приводит к спазму

мочеточника, а значит, к увеличению обструкции и отеку мочеточника в месте стояния камня.

На фоне увеличивающегося стаза мочи нарастают внутрилоханочное давление и отек почки, ее ишемия, что еще больше усиливает болевые ощущения. Почки имеют множественные нервные связи с желудком, желчным пузырем, кишечником, что приводит к усилению болей. Из-за отека почки, вызванного попаданием мочи в ее паренхиму, развивается воспаление почки, и боль усиливается. Попадание в отечную паренхиму почки микробов приводит к развитию пиелонефрита и нарастанию болевых ощущений. В настоящее время только таким образом следует понимать суть не симптома, а целого симптомокомплекса (синдрома) почечной колики. Почечная колика – это не только остро возникшая обструкция мочеточника, вызванная чаще всего камнем. Это и спазм мочеточника, и отек мочеточника и почки, и воспаление почки (пиелонефрит). На фоне этого быстро меняющегося каскада патологических проявлений в почке изменяется почечный кровоток. Не сложно понять, что на фоне таких обструктивных явлений должны соответствующим образом уменьшиться кровообращение в почке и образование мочи, которая из-за обструкции мочеточника не может оттекать от почки в мочевой пузырь. Иногда компенсаторно сниженное кровообращение в почке и соответственно сниженное мочеобразование некоторые специалисты расценивают как признаки гибели почки, что приводит к неоправданному отчаянию пациентов. Такая ошибка является следствием неправильного понимания патогенетических механизмов симптомокомплекса почечной колики.

Клинически почечная колика проявляется острыми приступообразными болями в поясничной области (рис. 4). На высоте приступа боли достигают до высшей точки терпения, через какое-то время наступает спад боли. Такие манифестации боли повторяются 3–4 раза в течение первых 1,5 ч. Это самый тяжелый этап болезни для пациента,



Рис. 4. Локализация боли при почечной колике

Обмен опытом

когда он остается в домашней обстановке без специальной медицинской помощи.

Учитывая нервные связи почки с органами брюшной полости, приступы почечной колики сопровождаются тошнотой, рвотой, вздутием живота. Если конкремент продвигается по мочеточнику вниз, возникает учащенное мочеиспускание.

В подобных ситуациях возникают определенные сложности в дифференциальной диагностике почечной колики справа с острым холециститом. Отметим, что в настоящее время производятся аппендэктомии у 5–10% пациентов с правосторонней почечной коликой.

Основными методами диагностики при почечной колике являются ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и органов брюшной полости и обзорный снимок органов мочевой системы. Довольно часто приходится прибегать к компьютерной томографии, когда имеются косвенные признаки наличия камня, но не УЗИ, не обзорный снимок не подтверждают диагноз. При необходимости на этапе диагностики оправдано проведение магнитно-резонансной томографии, внутривенной урографии, радионуклидной диагностики.

Лечение почечной колики должно быть максимально своевременным и эффективным. К сожалению, своевременность всецело зависит от совершенства локальной организации оказания неотложной и экстренной помощи.

Медикаментозное лечение почечной колики начинается с введения лекарств группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). В рекомендациях Европейской ассоциации урологов и Американской урологической ассоциации на первом месте стоит препарат «Диклофенак». НПВС обладают обезболивающим, противоотечным и противовоспалительным действием. Пациентам с почечной коликой оправдано тепло (теплые грелка, ванна, тепловые физиопроцедуры). На этапе поддерживающей терапии после перенесенного эпизода почечной колики хорошо себя зарекомендовали растительные препараты (солидагорен, цистенал, уролесан и др.).

Если лекарственная терапия не позволяет полностью избавить пациента от боли, производят катетеризацию почки, устанавливая внутренний или наружный стент (самоудерживающийся катетер) (рис. 5).

Почечные стенты являются продуктом научной разработки конца XX в. С помощью таких простых, но оригинальных приспособлений свершился революционный переворот в урологии, кардиологии, хирургии и других областях медицины.

Если стент не удастся провести в обход камня, в мочеточнике устанавливают чрескожную пункционную нефростому (рис. 6).

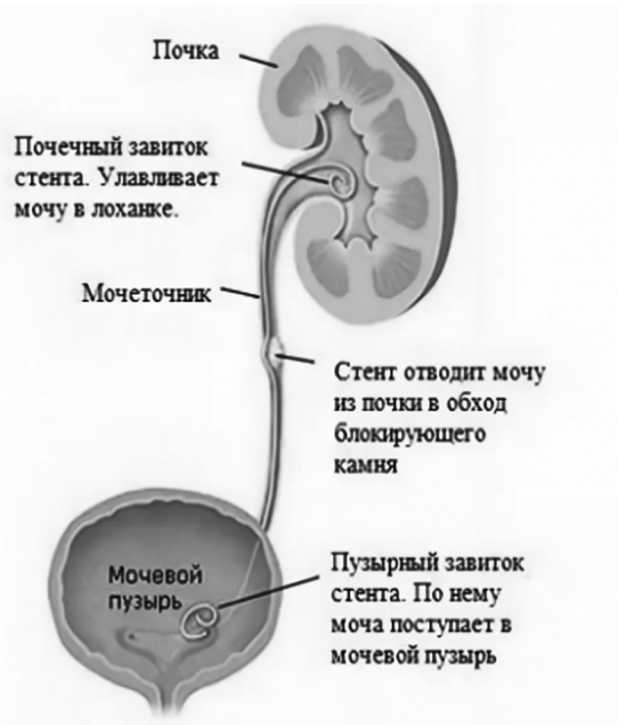


Рис. 5. Почечный стент

После купирования почечной колики пациенту проводят один из малоинвазивных методов лечения: ДУВЛ, контактную чрескожную (перкутанную) нефролитотрипсию или уретерореноскопию. Эти методы относятся к категории малотравматичных, малоинвазивных методов, более предпочтительных по сравнению с открытыми, очень травматичными и инвазивными методами лечения МКБ.

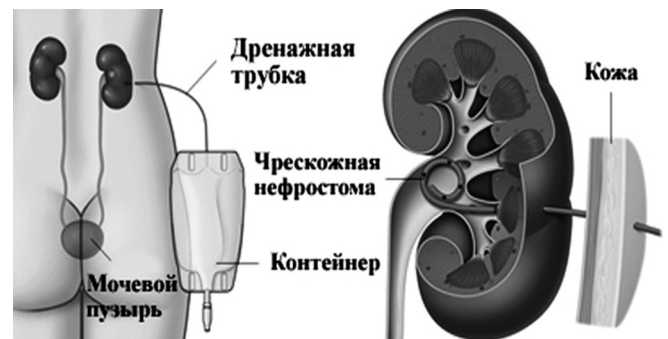


Рис. 6. Чрескожная пункционная нефростома

В ряде случаев для лечения больных с камнями в почках или мочеточниках можно рекомендовать санаторно-курортное лечение в санатории «Рассвет-Любань». Это уникальная белорусская здравница, располагающая собственным источником минеральной воды, которая широко используется для лечения больных с МКБ. В санатории накоплен огромный опыт успешного лечения МКБ пациентов не только из Республики Беларусь, но и из многих зарубежных стран.



Доцент Т. В. Матвейчик

КОНФЛИКТ ИЛИ ЭФФЕКТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ: ЧТО МЕШАЕТ УСПЕШНОМУ ДЕЛОВОМУ ОБЩЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Наряду с преодолением пандемии COVID-19 особое внимание человеческого сообщества обращено на взаимодействие пациентов с медицинскими работниками. Экстремальные условия работы медицинских сестер и врачей не благоприятствуют бесконфликтному общению при оказании медицинской помощи. Анализ учебных программ в системе базового и дополнительного образования средних медицинских работников свидетельствует о недостаточном внимании к успешному профессиональному общению, но при этом отмечается тенденция к последовательным изменениям в пользу практической ориентированности в психологии делового общения, развития партнерских взаимоотношений врача, медицинской сестры, помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи.

Одной из задач, поставленных в Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 гг. и Плана мероприятий (дорожной карте) по ее реализации, является обновление содержания медицинской подготовки специалистов со средним специальным образованием в части коммуникации с пациентами. W. Schmidbauer писал: «Ничто не является для человека такой сильной нагрузкой и таким сильным испытанием, как другой человек».

Одним из четырех универсальных этических принципов (помимо милосердия, справедливости и автономии) является полнота оказания медицинской помощи, подразумевающая профессиональное ее оказание, профессиональное отношение к пациенту, применение всего имеющегося арсенала здравоохранения для проведения качественной диагностики и лечения, реализацию профилактических мер и оказание паллиативной помощи.

Особо востребованным является развитие навыков коммуникации в деятельности средних медицинских работников как способа профилактики деструктивных конфликтов. Это обусловлено серьезными изменениями в оказании медицинской помощи населению, ускоренным приходом новых информационных технологий, прогнозируемым перераспределением функций помощника врача

и медицинской сестры (коммуникативной, доказательной практики, экспертной, коллабораторской, профессиональной, педагогической, нравственной справедливости). Взаимодействие людей базируется на компетенциях в области коммуникации. Это знания и навыки по применению сестринского процесса для улучшения состояния пациента, умение общаться с пациентом и его семьей, оправдание действий семьи в пользу пациента, сотрудничество в мультидисциплинарной команде. Исследований и литературы, способствующей осознанию средними медицинскими работниками личностных особенностей, приводящих к конфликту, недостаточно.

Преодолению разрыва от научных исследований к доказательным сестринским практикам способствует деятельность Международного совета медицинских сестер, которая свидетельствует о внимании к выбору правильного вектора движения в развитии сестринского дела в 141 государстве мира.

На заседании 27 марта 2020 г. Международного совета медицинских сестер ее президент А. Кеннеди и главная медицинская сестра ВОЗ Э. Иро озвучили одну из проблем при оказании медицинской помощи пациентам в период пандемии COVID-19 – потребность медицинской сестры в психологической поддержке. Это поможет снизить градус напряжения в работе с пациентами и предупредить конфликты.

На качество медицинской помощи влияют не только организационные, административные, правовые требования, но и личностные особенности медицинской сестры. Изучению особенностей ее личности посвящено исследование, проведенное на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО) в 2019 г. с целью поиска методов воздействия на них для улучшения практического взаимодействия с пациентом.

Наиболее актуальным для оптимизации качества медицинской помощи посредством совершенствования обучения в области психологии

делового общения является постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 августа 2018 г. № 64 «О правилах медицинской этики и деонтологии». Принцип сдержанности и умение управлять своими эмоциями в процессе взаимодействия с пациентами, а также недопущение негативного влияния личных, семейных и других обстоятельств на выполнение должностных обязанностей медицинской сестры и помощника врача являются тренируемыми навыками противостояния стрессу. Ресурсы преодоления стресса, которые может и должен использовать специалист при оказании медицинской помощи, состоят в позитивности и рациональности мышления, присущих им здравомыслию, эмоционально-волевым качествам, физических ресурсов (состояние здоровья и отношение к нему как к ценности, мотивация к здоровому образу жизни).

За период 2018–2020 гг. на основе анкетирования 146 обучающихся главных (старших) медицинских сестер из всех регионов Республики Беларусь на кафедре общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО проведен анализ возможных причин их конфликтности.

Взаимоотношения с другими людьми и специфические условия деятельности лиц общественных профессий, предполагающих взаимодействие типа «человек – человек», являются частыми причинами возникновения конфликта. Медицинские сестры вынуждены находиться в атмосфере чужих негативных эмоций; одновременно сочувствуя и успокаивая, они могут стать мишенью для выражения раздражения и агрессии пациентов и их родственников. Человек устроен так, что не может оставаться абсолютно равнодушным к эмоциональным всплескам со стороны окружающих, он как будто бы заражается ими или возвращает обратно (отзеркаливает). Профилактика синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности главных медсестер – руководителей и средних медицинских работников особенно актуальна в период эпидемиологической нестабильности, а также в условиях возрастания профессиональной ответственности, обусловленной приходом новых технологий.

Проведенное исследование позволило изучить личностные особенности главных сестер-руководителей, которые могут влиять на конфликтное поведение. Установлено, что средний возраст анкетированных обучающихся лиц составил 43,8 года. В основном это жители города (71,6%) и поселков городского типа (25,3%), проживающие в селе составили 3,1%; среднее специальное медицинское образование имели 75,7% медицинских сестер, высшее – 24,3%.

С целью выявления косвенных факторов, способных повлиять на уровень конфликтности, опре-

делялся семейный статус: большая часть медсестер были замужем (68,7%), семей не было у 31,3% анкетированных (не замужем – 26,3%, в разводе – 3,0%, вдовы – 2,0%), что могло быть провокатором их негармоничных взаимоотношений с пациентами. Замужние медицинские сестры отметили высокую удовлетворенность браком (96,4%), отметок об этом не сделали 3,6% анкетированных.

Изучалась удовлетворенность работой, которую испытывали 56,7% анкетированных медсестер, 43,3% отметили неудовлетворенность.

Понимание предпочтительности наиболее часто избираемых главными медсестрами стратегий полезно для предупреждения или разрешения конфликта. Установлено, что тактику приспособления и сотрудничество предпочитает одинаковое количество анкетированных – по 46,7%. Тактику преодоления конфликта путем избегания в повседневной работе используют 36,7% медицинских сестер, борьбу – 16,6%. Уход как предпочтительный вариант выхода из конфликта выбрали 10% главных (старших) медицинских сестер, компромиссом воспользовались также 10%.

Полезным для выполнения цели исследования стало изучение предпочтительных способов организации главной медицинской сестрой своей деятельности на рабочем месте, поскольку основные участники анкетирования – руководители тактического и операционного уровней управления. Согласно тесту организованности у 80,4% анкетированных нет четкой самоорганизации либо самоорганизация есть, но страдает личная организация работы; 19,6% анкетированных лиц не имеют навыков личной организованности.

Выводы

1. Средний возраст анкетированных медицинских сестер 43,8 года благоприятен для высокой потребности учиться. Изучение влияния возраста на желание профессиональных достижений, осуществленное в 2018 г., свидетельствует о выявленной достоверно значимой закономерности, влияющей на потребность в успехе у медицинских сестер в возрасте 26–45 лет против 46–55 лет. На показатель желаний высоких достижений у опытных 46–55-летних медицинских сестер может влиять уровень признания обществом и близким окружением их вклада и профессионализма, этим объясним невысокий показатель низкой потребности в успехе среди категории 26–45-летних анкетированных медсестер.

2. Для мотивации 43,3% главных (старших) медицинских сестер к успешному развитию в рамках профессии необходимо включение всех трех форм с такими базовыми факторами (по У. Херсбергу), как компенсационные, материальные, информационные и организация рабочего места. Побудитель-

ные мотивы наиболее востребованы у медсестер на тренингах личностного и профессионального роста, творческой самореализации. Нематериальная мотивация, применяемая в обучении главных медицинских сестер в виде развития организационной культуры, навыков коммуникации, соревнований, проходит в русле современной социальной политики государства. Предпочтительным, по мнению средних медицинских работников, в настоящее время является материальный стимул.

3. Семья является важной частью жизни средних медицинских работников, в связи с чем гармонизация законодательства в части защиты семьи и ее ценностей для 31,3% анкетированных могло бы стать побуждением к укреплению сексуальных отношений в браке и последующему рождению детей.

4. Используемые у 46,7% медицинских сестер методы сотрудничества и приспособления поведения в конфликте с пациентом (врачом, коллегой) являются платформой для гармонизации взаимодействия в коллективе. Способ компромисса или ухода от конфликта (10%) имеет место в силу понимания медицинскими сестрами зависимой позиции в общении с врачом и пациентом.

5. Установлено, что 16,6% медицинских сестер используют борьбу как предпочтительную тактику поведения в конфликте, поскольку имеют заниженный уровень самооценки. Это указывает на область педагогического воздействия не только в период учебы, но и в ходе практической деятельности медицинских сестер и помощников врачей, нуждающихся в благодарности и похвале.

6. Способ организации деятельности медицинских сестер с нечеткой самоорганизацией работы (80,4%), а также не имеющих навыков организации работы (19,6%) в целом открывает поле для образования в области менеджмента, что возможно в системе дополнительного образования взрослых при условии увеличения количества часов на курсах повышения квалификации.

Приобретение профессиональных навыков, необходимых для оказания качественной медицинской помощи, внедрение ситуационного подхода к решению проблем пациента реализуется в Республике Беларусь как основная идея совершенствования сестринского дела. В БелМАПО на практических занятиях по предупреждению конфликтов слушателей обучают правилам бесконфликтного общения.

Уважаемые читатели и руководители учреждений здравоохранения!

*Начинается подписка на журнал «Медицинские знания»
на второе полугодие 2022 года.*

Информируем вас, что оформить подписку можно не только в отделениях почтовой связи, но и в киосках торгового республиканского унитарного предприятия «Белсоюзпечать», а также при помощи платежно-справочных терминалов, через систему «Интернет-подписка» (подробности на сайте РУП «Белпочта» www.belpost.by).

Подписные индексы:

для организаций – 749062

для индивидуальных подписчиков – 74906

Не забудьте своевременно оформить подписку!



Профессор В. К. Милькаманич

КАК ИЗЖИТЬ НЕЗДОРОВЫЙ ПЕРФЕКЦИОНИЗМ

Белорусский государственный университет

Идеалы и по жизни-то не нужны.
Ведь требуются не идеалы, а норма действий.
Харуки Мураками

Перфекционизм – это черта личности, состоящая в том, что результаты любой своей деятельности нужно обязательно доводить до совершенства, до соответствия самым высоким эталонам. Перфекционизм иногда называют синдромом отличника, поскольку перфекционист желает все в жизни делать только на «отлично».

Данное явление бывает здоровым и нездоровым. Здоровый перфекционизм характеризуется разумным и расчетливым стремлением к совершенству, а нездоровый обозначает невротическую поглощенность достижением идеала. Очень важно не дать здоровому перфекционизму перейти в болезненный вариант.

Здоровый перфекционизм не выходит за рамки нормы: человек устанавливает высокие личные стандарты, ставит непростые цели и, что немаловажно, получает удовольствие от процесса их достижения, умеет радоваться незначительным результатам. Здоровый перфекционизм помогает активно развиваться, он сопровождается целеустремленностью и организаторскими способностями.

Здоровый перфекционист устанавливает для себя жесткие стандарты, но при этом не педантичен и отличается гибкостью. Он стремится к разумным и реалистичным достижениям, что ведет к чувству самоудовлетворения. Если что-то идет не так, он не разочаровывается в себе. Так, здоровый перфекционизм медицинской сестры свидетельствует о ее высокой профессиональной культуре и надежной защите от эмоционального выгорания.

Нездоровый (невротический) перфекционизм – это навязчивая обостренная идея человека стать лучше, совершеннее, безупречнее, но при этом устанавливаемые цели не соответствуют имеющемуся потенциалу.

Стремясь довести любое дело до идеала, шлифуя каждую мелочь, нездоровый перфекционист постоянно испытывает сомнения в качестве выполненной работы. Он болезненно реагирует на любую критику, с трудом приспосабливается к новым условиям, у него завышены требования не только к самому себе, но и к окружающим людям.

Опасность нездорового перфекционизма заключается в том, что человек ставит перед собой заведомо недостижимые цели. В результате жизнь наполняется и усложняется негативными переживаниями на фоне постоянного стресса. Нездоровый перфекционист не оставляет себе даже в мелочах права на ошибку.

Медицинская сестра, склонная к нездоровому перфекционизму, не может реально оценить свои способности. Она берется за дело, чтобы сделать все, как ей кажется, идеально и в результате может надолго зависнуть на нескончаемой «дошлифовке» уже сделанной работы. Такая деятельность заканчивается профессиональным выгоранием и депрессией, выйти из которых затем очень непросто.

Ориентация на перфекционизм формируется, как правило, еще в младшем школьном возрасте. Решающими в его возникновении выступают факторы семейного воспитания. Чаще перфекционистами становятся единственные дети в семье либо первенцы. Главный провоцирующий фактор – авторитарный стиль воспитания. В таких условиях ребенку надлежит оправдывать родительские надежды и приумножать родительские достижения. Ребенок очень рано начинает понимать, что любовь родителей ему необходимо заслужить своим безупречным поведением, безукоризненным выполнением их требований и успехами в любой одобряемой ими деятельности.

Обнаружить нездоровый перфекционизм можно по ответам на следующие вопросы:

1. Вы болезненно воспринимаете критику, упрек на ошибки и возможные недостатки? Вам трудно начать дело? Вы часто откладываете дела в долгий ящик?

2. Вы стремитесь быть лучшим во всех своих начинаниях, даже в тех областях, которые вас мало интересуют?

3. Вы тратите слишком много времени на выполнение обычных задач, перепроверя свою работу?

4. Вам трудно доводить дело до конца? Вы бросаете начатое на полпути, если сталкиваетесь с трудностями или не добиваетесь мгновенного результата?

5. Вам трудно принять решение? Бывает, что вы не можете выбрать блюдо в меню или решить, что надеть?

6. Вы склонны к черно-белому мышлению или установке «все или ничего»? Для вас нет середины и компромисса? Вы часто используете слова «должен» и «обязан»?

7. Вы предъявляете нереалистичные требования к себе или другим людям? Ваши отношения полны напряжения или быстро заканчиваются?

8. Вы страдаете от тревожности или фобии?

9. Вы боитесь попробовать новое, опасаясь, что не преуспеете или совершите ошибку?

10. Вы редко чувствуете себя «достаточно хорошим»? У вас низкая самооценка?

11. Вы часто испытываете стыд, депрессию или тревогу?

12. Вы страдаете от физических симптомов и болезненных ощущений, вызванных стрессом?

13. Вы испытываете чувство опустошения?

14. Вы боретесь с компульсивным перееданием, ограничиваете себя в питании или страдаете от дисморфофобии?

15. Вы злоупотребляете алкоголем или употребляете наркотики?

Положительный ответ на пять вопросов и более указывает на то, что имеет место нездоровый перфекционизм.

Главная задача в борьбе с нездоровым перфекционизмом – научиться принимать как нормальное явление в жизни свои и чужие ошибки, промахи и другие проявления так называемого несовершенства.

Следующим важным шагом становится формулировка новых, альтернативных убеждений. Необходимо выявить особенности своих нездоровых убеждений, осмыслить последствия их воздействия и сформулировать новые альтернативные и адекватные убеждения (например, «я имею право на ошибку», «ошибки и трудности – спутники моей нормальной жизни»).

Самостоятельно преодолеть нездоровый перфекционизм можно с помощью следующих психологических приемов.

✓ Откажитесь от мышления «все или ничего». Невозможно выполнить задачу на 100%. Вы можете позволить себе сделать что-то неидеально или не полностью.

✓ Попробуйте быть несовершенным нарочно.

✓ Сосредоточьтесь на картине в целом. Перестаньте заикливаться на мелочах, иначе вы погрязнете в них.

✓ Отдайте должное своим успехам, большим и малым, вместо того, чтобы сосредоточиться на том, чего вы не достигли.

✓ Когда вы говорите «Потому что я этого достоин», спросите себя, действительно ли вам

необходима эта вещь и добавляет ли она ценности вашей жизни.

✓ Расставляйте приоритеты. Нереально выполнить список из 20 дел, имеющих равное значение. Выберите несколько пунктов, на которых вы должны сосредоточиться.

✓ Осуществите переоценку ценностей. Спросите себя: «Это действительно важно? Насколько это будет важно для меня через месяц? А через год?»

✓ Сосредоточьтесь на процессе, а не на результате. Цените каждое событие вашей жизни, даже неприятное, как возможность учиться и расти.

✓ Признайте ограничения. Цените себя, принимайте жизнь такой, какова она есть. Вы не можете все контролировать.

✓ Замените сомнения на уважение, сочувствие и любовь к себе и окружающим вас людям.

✓ Все чувства имеют право на существование. Воспринимайте любые чувства открыто и без осуждения.

✓ Сделайте здоровые отношения своим приоритетом.

✓ Позаботьтесь о теле, разуме и душе: хорошее питание, регулярные занятия спортом, достаточный сон, расслабление, развлечения, интеллектуальный вызов, активная социальная жизнь, медитация.

✓ Исключите из своего словаря фразы «должен», «следует», «если бы только...». Замените их на такие, как «я хочу», «я выбираю», «я предпочитаю», «теперь я буду». Отпустите прошлое, которое вы не можете контролировать. Сосредоточьтесь на настоящем.

✓ Не позволяйте страху определять ваше поведение. Ошибки неизбежны – они не определяют вашу ценность. Сделанное лучше идеального, которое осталось в фантазиях.

✓ Сформулируйте свои главные ценности и жизненные цели. Пусть они помогут вам распределить время, энергию и ресурсы. Используйте эти идеалы в качестве ориентиров, но не абсолютной истины, чтобы избежать перфекционизма. Хотя вы можете составлять списки дел, воздержитесь от того, чтобы они (следовательно, и ваши достижения) определяли вашу самооценку.

Уважаемые коллеги! Нездоровый перфекционизм сковывает и заставляет бояться всего того, где можно ошибиться. Не ошибается тот, кто ничего не делает. Каждый из нас имеет право на ошибки. Выходить из состояния негативного перфекционизма следует постепенно, маленькими шагами, поскольку он, начав развиваться еще в детстве, оказывает большое влияние на формирование личности взрослого человека. Постарайтесь отказаться от стремления к идеалу и служению безупречному образу.

Приводим уточнения к статье Л. Э. Кузнецовой «Комплексная профилактика ВИЧ-инфекции» (№ 1, 2022, с. 16–18).

На с. 17 вместо абзацев «В течении инфекции можно выделить несколько стадий <...> IV стадия – СПИД» следует читать:

Согласно клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией», утвержденному постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 № 41, выделяют следующие клинические стадии ВИЧ-инфекции:

- острая инфекция (бессимптомное течение, острый ретровирусный синдром);
- I клиническая стадия (бессимптомное течение, персистирующая генерализованная лимфаденопатия);
- II–IV клинические стадии (симптоматические стадии, при которых отмечаются заболевания и состояния, характеризующие конкретную стадию).

На с. 17–18 вместо абзацев «Постконтактная профилактика предусматривает <...> Все случаи аварийных ситуаций регистрируются в журнал учета аварий» следует читать:

Порядок действий работников организаций здравоохранения при аварийном контакте с биологическим материалом пациента, загрязнении биологическим материалом объектов внешней среды предусмотрен Санитарными нормами и правилами «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения вирусных гепатитов», утвержденными постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.02.2013 № 11 (далее – Санитарные нормы и правила № 11).

Аварийный контакт – это любой прямой контакт слизистых оболочек, поврежденных и не поврежденных кожных покровов специалистов организаций здравоохранения с биологическим материалом пациентов, загрязнение биологическим материалом объектов внешней среды.

В случае повреждения целостности кожных покровов при работе с биологическим материалом необходимо:

- немедленно снять перчатки рабочей поверхностью внутрь и погрузить их в емкость с дезинфицирующим раствором или поместить в непромокаемый пакет для последующего обеззараживания;

- вымыть руки с мылом под проточной водой и обильно промыть рану водой или физиологическим раствором;

- обработать рану 3%-м раствором перекиси водорода.

В случае загрязнения биологическим материалом кожных покровов без нарушения их целостности необходимо обильно промыть загрязненный участок кожных покровов водой с мылом и обработать антисептиком.

В случае попадания биологического материала на слизистую оболочку:

- немедленно снять перчатки рабочей поверхностью внутрь и погрузить их в емкость с дезинфицирующим раствором или поместить в непромокаемый пакет для последующего обеззараживания;

- тщательно вымыть руки с мылом под проточной водой и обильно промыть (не тереть) слизистую оболочку водой или физиологическим раствором.

В случае загрязнения биологическим материалом санитарно-гигиенической одежды (СГО), личной одежды, обуви:

- обмыть поверхность перчаток, не снимая с рук, под проточной водой с мылом или раствором антисептика, дезинфицирующего средства;

- снять загрязненную СГО, личную одежду, обувь;

- СГО, личную одежду и обувь сложить в непромокаемые пакеты для последующего обеззараживания;

- снять защитные перчатки рабочей поверхностью внутрь и погрузить их в емкость с дезинфицирующим раствором или поместить в непромокаемый пакет для последующего обеззараживания;

- вымыть руки с мылом под проточной водой и обработать кожные покровы в области проекции загрязнения СГО, личной одежды, обуви антисептиком.

В случае загрязнения биологическим материалом объектов внешней среды биологические загрязнения на поверхности объектов внешней среды обеззараживаются раствором дезинфицирующего средства и удаляются с поверхности с последующей влажной уборкой.

Все случаи аварийных контактов регистрируются в Журнале регистрации аварийных контактов работников организаций здравоохранения с биологическим материалом пациентов (форма журнала – в приложении 4 к Санитарным нормам и правилам № 11).

*А. А. Атаманчук,
Республиканский центр гигиены,
эпидемиологии и общественного здоровья,
В. А. Тавтын, РНПЦ «Мать и дитя»*