**Теоретический материал материал для самостоятельного изучения.**

**Модуль 3.**

**Особенности оказания медицинской помощи различным группам населения в условиях общей врачебной (семейной) практики.**

**План:**

1. Лечебно-профилактическая помощь мужчинам и женщинам. Планирование семьи.

2. Медицинская помощь детям и подросткам.

3. Особенности ведения пациентов пожилого и старческого возраста.

4. Хирургические болезни и травмы в работе медсестры общей практики.

5. Оказание неотложной помощи в общей врачебной (семейной) практике.

**1. Лечебно-профилактическая помощь мужчинам и женщинам. Планирование семьи.**

**Основные методы планирования семьи.**

Регулирование рождаемости - одна из важных задач каждого государства и основной фактор обеспечения нормальных условий существования будущих поколений людей на Земле. Наряду с угрозой перепроизводства населения на планете существует и другая проблема - увеличение числа бездетных семей, поэтому вопросы планирования семьи должны быть поставлены в поле зрения медицинских работников. Согласно определению ВОЗ, «планирование семьи - это обеспечение контроля репродуктивной функции для рождения здоровых и желанных детей».

Средний возраст начала половой жизни на конец XX - начало XXI века составляет 15,7-16,9 лет. Первый половой контакт в 25-70% случаев происходит без контрацептивной защиты и приводит к возникновению нежелательной беременности, обычно прерываемой пу- тем аборта. Дети юных матерей (возраст матери до 18 лет) составляют 2,3-5,2% от общего числа родившихся. У юных первородящих значительно чаще наблюдаются осложнения беременности и родов. В странах, где имеется многолетний опыт развития службы планирования семьи, в том числе для молодежи и подростков, отмечается увеличение использования контрацептивных средств и снижение числа абортов у подростков. В России контрацепцию применяют только 7- 11% подростков.

В этих условиях большое значение приобретает возможность планировать потомство, соотнося его с тем количеством детей, какое может позволить семья для воспитания их в достойных условиях и которое может одобрить сообщество в целях поддержания своей социальной структуры и своего воспроизводства. Кроме того, определять рождение детей должно быть присуще самой женщине в целяхсохранения своего здоровья. Наконец, и семья, и сообщество не заинтересованы в рождении детей с патологией, независимо от того, будет эта патология передаваться следующим поколениям или нет.

***Комплекс мероприятий, направленных на обеспечение перечисленных возможностей, получил название «планирование семьи».***

Согласно определению ВОЗ, ***мероприятия по планированию семьи направлены на:***

* рождение желанного ребенка;
* определение числа рождений или числа детей в семье; выбор времени рождения ребенка;
* определение интервалов между рождениями.

Собственно в такой постановке вопроса проблема планирования семьи несколько сужена, так как из поля зрения выпадают мероприятия по подбору брачного партнера (отца будущего ребенка, здоровье которого женщина не может регулировать собственными усилиями), усыновление или удочерение, которое приводит к созданию новой структуры семьи; передача ребенка на воспитание третьим лицам или государственным органам; ситуации повторных браков и т.д. Следуя за формулировкой ВОЗ, нужно признать, что планирование семьи в большой степени выглядит социально-медицинской, а в ряде вопросов и чисто медицинской проблемой, хотя семья - все-таки социальная структура и субъект социального действия.

Планирование семьи можно разделить на два комплекса мероприятий: информационный и практический.

***Информационный комплекс*** включает в себя обеспечение граждан информацией о состоянии их здоров, включая сведения о генетическом грузе и о последствиях решений о рождении ребенка.

**К *практическому комплексу*** мероприятий нужно отнести саму возможность зачать и выносить ребенка, обеспечение методами и техническими средствами для предотвращения нежелательной беременности или искусственного прерывания беременности с максимальным сохранением здоровья женщины.

В России традиционно планирование семьи понималось лишь как ограничение числа детей в семье, в лучшем случае как определение оптимальных с точки зрения биологии интервалов между родамиили медицинская коррекция патологии репродуктивной функции. Бесспорно, истинной целью планирования семьи является рождение здорового ребенка, и для этого требуется создание определенных условий со стороны государственных структур, соответствующих служб системы здравоохранения и, конечно, самих супругов. Зачатие ребенка не должно быть случайным явлением, к нему следует подходить продуманно иответственно.

***Планирование беременности базируется на следующих принципах:***

согласование задач, методов и средств работы служб охраны материнства и детства, а также медицины труда (законодательные и организационные аспекты);непрерывность медицинского наблюдения, начиная с момента принятия решения иметь ребенка, далее во время беременности, родов, в послеродовом периоде и в период кормления ребенка грудью;социальной и правовой защиты женщины, планирующей беременность

.Есть тесная взаимосвязь между возрастом, состоянием здоровья женщины и ее репродуктивной функцией. Беременность и роды у женщин с экстрагенитальной патологией могут привести к материнской и высокой перинатальной смертности.

Таким образом, здоровье будущих поколений глубоко связано с планированием семьи и выбором оптимального срока зачатия. ***Рекомендации супругам, планирующим беременность,*** ориентируются на следующиеположения:

благоприятный возраст матери для осуществления репродуктивной функции - 19-35 лет; интервал между родами должен быть не менее 2-2,5лет;

зачатие допустимо через 2 месяца после перенесенного острого инфекционного заболевания супругами; зачатие целесообразно осенью и зимой: снижается процент спонтанных мутаций и риск иммунногоконфликта;

женщина должна быть выведена за 2 месяца до зачатия из зоны контакта с химическими веществами II классаопасности;

супругам за 2 месяца до планируемой беременности следует полностью отказаться от вредных привычек (алкоголь, курение, наркотики);

у женщины, страдающей хроническим соматическим заболеванием, беременность допустима лишь при наступлении стойкой ре- миссии и отсутствии обострения в течение 1-5 лет (в зависимости от характеразаболевания);

работницам, подвергающимся воздействию неблагоприятных факторов, беременность можно рекомендовать после развития стой- кой адаптации (1-2 года работы напроизводстве).

Здоровье будущего ребенка зависит от многих причин: наследственности, состояния здоровья родителей, факторов окружающей среды, особенностей течения беременности и родов.

Существенен вклад наследственности в нарушение репродуктивной функции. Почти все потери до конца 2-й недели жизни плода и 75% потерь до конца 4-й недели обусловлены хромосомными абер- рациями. Среди плодов, погибающих в более поздние сроки (до завершения стадии эмбриогенеза), 35% имели врожденные пороки раз- вития. Число выживших новорожденных с хромосомной патологией или врожденными пороками составляет6%.

В целях профилактики рождения неполноценного ребенка необходимо обязательное ***медико-генетическое консультирование по следующим показаниям:***

* наличие наследственной патологии у супругов и их ближайшихродственников;
* отягощенный акушерский анамнез (мертворождение, привычное невынашивание, рождение детей с пороками развития и наследственными заболеваниями);
* указание на воздействие мутагенных и антенатальных повреждающих факторов (инфекция, медикаменты, ксенобиотики, радиация, вредные привычки) в I триместребеременности;
* возраст матери старше 35 лет;
* гинекологические заболевания у матери (нарушения менструального цикла и половой дифференцировки, пороки развития половых органов).

Пренатальная диагностика, помимо определения полового хроматина и кариотипирования, включает проведение ультразвукового исследования, амнио- и хориоцентеза оптимально в сроки 16-20 недель беременности, а также определение α-фетопротеина в сыворотке крови беременных. Если диагностируют хромосомную патологию плода или врожденные пороки развития, то необходим консилиум ирешается вопрос о прерывании беременности по медицинским показаниям.

Проблема планирования семьи включает комплекс советов и рекомендаций по контрацепции и предупреждению непланируемой беременности. Акушерка, семейный врач/семейная медсестра должны быть хорошо информированы в этих вопросах, чтобы грамотно про водить соответствующее консультирование.

Традиционные методы контрацепции имеют низкую эффективность. Более того, при длительном применении такого метода, как, например, прерванное половое сношение, нарушается физиология полового акта и появляются отрицательные последствия у мужчин (неврастения, снижение потенции, гипертрофия предстательной железы) и у женщин (застойные явления в малом тазе, фригидность, дисфункция яичников).

Проблема абортов в современных социально-демографических условиях занимает в России особое место. Распространенность и динамика абортов, уровень материнской смертности после абортов - показатели, по которым оценивается эффективность государственных мер по охране репродуктивного здоровья и здоровья населения в це- лом.

По сообщению Минздравсоцразвития России, в 2007 г. летальность после абортов в общей популяции составила 0,0056 на 100 случаев абортов; в то же время после прерывания беременности, по медицинским показаниям - 0,0672 (27 случаев смерти из 40170 абортов по медицинским показаниям), что выше общей летальности после абортов в 12 раз (в 2006 г. было отмечено 25 смертельных случаев, или 0,0427 на 100 случаев абортов, - превышение, соответственно, в 8 раз), а летальность в стационаре после криминальных абортов - 1,0363 (14 случаев смерти из 1351 криминальных абортов) - в 185 раз превышала летальность после абортов в общей популяции (2006 г. - в 152раза).

Профилактика абортов является одной из приоритетных задач государства, направленных на охрану репродуктивного здоровья и рождение здоровых детей.

Особое внимание органов управления здравоохранением субъектов РФ и всего общества должно быть обращено к проблеме прерывания беременности у девочек до 18-летнего возраста. Это позволит снизить абсолютное число абортов в целом по Российской Федерации, а соотношение числа родов и абортов изменить в сторону снижения доли абортов.

Снижение числа абортов в возрастной группе до 20 лет и абортов у первобеременных является значительным резервом улучшения репродуктивного здоровья женского населения и профилактики осложнений беременности и родов при последующих беременностях у этих женщин.

***Задачи по снижению абортов и материнской смертности после абортов*** сформулированы следующим образом:

обеспечить в субъектах РФ выполнение государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи при обращении по поводуаборта;

разработать и утвердить на уровне субъектов РФ и муниципальных образований целевые программы по профилактике непланируемой беременности, в рамках которых предусмотреть выделение средств для закупки эффективных средств контрацепции для женщин групп высокого риска имолодежи;

шире внедрять современные, более безопасные технологии аборта (медикаментозный аборт, вакуум-аспирация, применение простагландинов, адекватноеобезболивание);

улучшить работу по профилактике непланируемой беременности, шире привлекать к этой работе неправительственные организации и средства массовойинформации;

принять все необходимые меры для снижения криминальных и внебольничных неуточненныхабортов;

обеспечить госпитализацию женщин с септическим абортом в многопрофильные стационары, шире применять при их лечении эфферентныеметоды;

осуществлять реабилитационные мероприятия после аборта. При сложившейся демографической ситуации, аборты иматеринская смертность после абортов, несмотря на устойчивые тенденции к снижению, занимают ведущее место в структуре реализации репродуктивной функции женщины и структуре репродуктивных потерь.

Решение сложных медико-социальных и этических проблем абортов в последние годы в России, как и в мире в целом, осуществляется в рамках Концепции по реализации права на репродуктивный выбор, охрану репродуктивного здоровья и планирование семьи, определенной документами в области прав человека и документами ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения более 30 лет назад признала аборт серьезной проблемой охраны здоровья женщин. Уровень абортов и материнской смертности после абортов находится в прямой зависимости от действующего законодательства в отношении абортов, от развития службы охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи, распространенности и доступности современных методов контрацепции, квалифицированной медицинской помощи, эффективности образования, информированности и просвещения в этой области.

***Рекомендации к сокращению числа абортов основываются на следующем:***

аборт может быть причиной таких нарушений, как воспали- тельные заболевания женских половых органов, бесплодие, разрывы шейки матки, перфорация матки, гематометра, остатки плодного яйца, внематочная беременность, невынашиваниебеременности;

после аборта увеличивается число нервно-психических и сексуальных расстройств, нарушается менструальный цикл, возникают многочисленные акушерскиеосложнения;

аборт может привести к смертиженщины.

***Мини-аборт, или метод «регуляции менструации»,*** заключается в вакуум-аспирации содержимого полости матки при задержке ожидаемой менструации в пределах 7-20 дней.

По данным большинства исследователей, метод признан эффективным, щадящим, безболезненным, характеризуется незначительной хирургической травмой, имеет низкий процент осложнений, поэтому процедура выполняется в амбулаторных условиях. К недостаткам метода относятся ошибки в диагностике беременности и производство манипуляций при задержке месячных другого генеза.

***Противопоказаниями к искусственному прерыванию беременности*** являются острая и подострая гонорея, острые и подострые воспалительные процессы любой локализации, острые инфекционные заболевания. После излечения этих заболеваний можно прерывать беременность.

Не только сам аборт представляет угрозу здоровью женщины, еще более негативным явлением следует считать повторный аборт, свидетельствующий о закреплении тенденции прибегать к нему. С увеличениемвозрастарастетвероятностьналичияванамнезеженщин искусственного аборта: если в возрасте до 20 лет только 12,5% женщин имели искусственный аборт, то к 25 годам - уже 29,0%, к 30 годам - 81,0%. К концу репродуктивного периода на каждую женщину приходилось в среднем 2,9 искусственных абортов.

Важнейшими ***причинами абортов*** являются следующие:

сформировавшаяся у женщины под влиянием среды и воспитания жесткая установка на рождение определенного числа детей, ко- торая, возможно, является решающим фактором, формирующим от- ношение женщины к возникшей незапланированной беременности как нежелательной;

сформировавшаяся под влиянием обстоятельств и перечисленных выше причин установка на необходимость отсрочить рождение очередногоребенка.

Именно жесткая закрепленность установки на число планируемых деторождений делает частоту искусственных абортов чувствительной к изменяющимся показателям - возрасту женщины, ее семейному положению и числу детей в семье, тесно связанным с уровнем выполнения женщиной ее репродуктивных планов.

Следует проводить санитарно-просветительную работу среди населения о вреде аборта и целесообразности использования современных методов контрацепции - внутриматочных средств и гормональных препаратов для регуляции рождаемости.

При решении женщины иметь в перспективе ребенка, необходимо персонально для каждой работающей женщины с целью профилактики материнской и детской заболеваемости, а также смертности составить план ее обследования и клинико-гигиенического ведения. При этом профилактические мероприятия должны быть разработаны с учетом пре- и антенатальногопериодов.

**Пренатальный период** - период, когда женщина планирует родить ребенка. В это время для определения степени риска возможных осложнений беременности, нарушений развития плода и новорожденного и разработки соответствующих мер по предупреждению прогнозируемой патологии необходимо провести тщательный анализ анамнеза жизни с учетом условий труда и показателей лабораторных исследований. При планировании беременности для оценки степени риска развития патологии беременности и внутриутробного плода следует учитывать основные факторы риска материнского происхождения.

Составив перечень вредных производственных факторов для конкретной женщины, определяют степень риска повреждения развития плода, разрабатывают профилактические меры, проведение которых до зачатия может быть очень эффективным. Количественная оценка степени риска нарушений в период беременности и прогноз здоровья плода осуществляются с помощью общепринятой балльной системы. Для женщин, планирующих беременность, условия труда, классифицируемые как вредные или опасные, количественно оценивают баллами.

С целью рационального планирования беременности, женщине предлагается вести менструальный календарь в течение 3 месяцев и измерять базальную температуру. После анализа полученных данных врач рекомендует планировать зачатие на начало отпускного периода. Это необходимо для того, чтобы женщина, если она работает с вредными химическими веществами или другими факторами, отрицательно воздействующими на эмбриональное развитие, могла пройти исследования, подтверждающие наличие беременности, прежде чем она приступит к работе после отпуска. Если факт беременности будет установлен, то женщина, не приступая к работе в прежних условиях, должна быть трудоустроена на работу, не связанную с опасными и тяжелыми условиями, что согласуется с Трудовым кодексом Российской Федерации и Гигиеническими рекомендациями к рациональному трудоустройству беременных женщин.

С момента зачатия начинается **антенатальный период.** Для женщин, работающих в неблагоприятных условиях, имеются следующие ***показатели, по которым можно прогнозировать нарушения развития плода и новорожденного:***

повышенная частота угрозы прерывания беременности; раннее начало позднего гестоза (с 20-24-й неделибеременности)нарушение функции фетоплацентарного комплекса; железодефицитная анемия беременной.

Антенатальный период у женщины, работающей в неблагоприятных условиях, требует более тщательного проведения клинико- лабораторного обследования по углубленной программе для составления индивидуального плана наблюдения за ней, а при необходимости - решения вопроса о продолжении беременности, ведении родов и послеродового периода.

При наступлении незапланированной беременности работницу необходимо вывести из опасных и тяжелых условий труда. Для этого семейный врач/семейная медсестра должны проводить как индивидуальные беседы с женщинами, так и консультирование на рабочих местах. Для рационального трудоустройства беременной и перевода ее в условия труда, безопасные для развития плода, необходимо руководствоваться санитарными правилами и нормами.

***Семейный врач/семейная медсестра вместе с женской консультацией призваны выполнять следующие задачи:***

динамическое наблюдение беременных, профилактика материнской и перинатальной заболеваемости исмертности;

диспансеризация гинекологических больных и оказание им лечебно-профилактическойпомощи;

осуществление консультирования по планированию семьи и профилактикеаборта;

изучение условий труда работниц промышленных и сельско- хозяйственных предприятий в целях охраны здоровья беременных и предупреждения гинекологическойзаболеваемости;

работа по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний;

санитарно-просветительная работа по пропаганде здорового образажизни.

В улучшении качества работы главную роль играют четкие действия акушѐрско-терапевтическо-педиатрических комплексов иорганизация специализированной поликлинической помощи (кабинет пренатальной диагностики, специализированные приемы по детской гинекологии, невынашиванию беременности, планированию семьи, лечению эндокринологических заболеваний и др.) с учетом распределения женщин по группамздоровья.

В настоящее время общепризнано, что наиболее эффективным методом предохранения от непланируемой беременности является гормональная контрацепция.

Несмотря на то, что уже на протяжении более чем 30 лет в арсенале лекарственных средств имеются гормональные контрацептивы, а в мире этим методом контрацепции пользуются до 20% женщин, необходимо констатировать, что в нашей стране этот вид контрацепции не нашел должного распространения. Его используютв разныхобластях Российской Федерации от 0,5% до 5% женщин репродуктивного возраста.

Применяемые сегодня ***гормональные контрацептивы представлены следующими группами препаратов:***

Комбинированные оральныеконтрацептивы:

* состоящие из комбинации эстрогенного и гестагенного компонента (моно-, двух- итрехфазные);
* низкодозированные монофазные препараты, содержащие гестагены третьего поколения.

Мини-пили, содержащие микродозы гестагенов.

Гестагенсодержащие нетаблетированные контрацептивы пролонгированногодействия.

Посткоитальные препараты, содержащие, как правило, геста- гены, но только в большихдозах.

***Механизм действия гормональных контрацептивов основывается на:***

блокаде овуляции вследствие подавления секреции гонадотропин-релизинг-гормоновгипоталамусом;

нарушении функции желтого тела при введении экзогенных гормонов даже при овуляторныхциклах;

нарушении имплантации за счет изменения морфологических свойствэндометрия;

уплотнении и сгущении цервикальной слизи, которое обнаруживается через 48 часов после начала введения гестогенового компонента.

Препараты данной группы рекомендуются женщинам, у которых нестабилен менструальный цикл, страдающим ожирением, курящим и старше 35-40 лет и др.

Переход с высокодозированных препаратов на низкодозированные осуществляется началом приема низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов без семидневного перерыва, на следующий день после окончания 21 дня приема высокодозированных комбинированных оральных контрацептивов. Замена низкодозированных препаратов на высокодозированные происходит после се- мидневного перерыва.

К **мини-пили** относятся препараты, содержащие микродозы гестагенов. Контрацептивный эффект мини-пили достигается в основном за счет локального действия гестагенана цервикальную слизь.

Внутриматочная контрацепция - это метод пролонгированного и обратимого предохранения от беременности с помощью специальных средств, введенных в матку. Ввиду высокого контрацептивного эффекта (индекс Перля составляет не менее 1,0 на 100 женщин) и возможности их использования от 2-5 до 10 лет, в зависимости от моде ли, медьсодержащие внутриматочные средства являются одним из наиболее распространенных методов контрацепции. Они используют более 100 миллионов женщин в мире, этот метод контрацепции занимает 2-е место в мире по распространенности среди методов предохранения от беременности. Он очень популярен в Китае, странах Азии, некоторых скандинавских странах, в России. Внутриматочные контрацептивы отвечают основным требованиям, предъявляемым к противозачаточным средствам. Они высокоэффективны (от 92 до 97%), не оказывают системного влияния на организм, просты в при- менении, доступны для любых социальных групп, экономически вы- годны. Кроме того, они могут применяться длительно и непрерывно. Восстановление фертильности после их удаления происходит в сред- нем через 3-6 месяцев. Выделяют ***2 основных вида внутриматочных контрацептивов:***

немедикаментозные внутриматочные контрацептивы, изготовленные из инертных пластическихматериалов;

медикаментозные внутриматочные контрацептивы, включающие в себя специальную систему, которая с постоянной скоростью выделяет в полость матки химическое вещество или гормональные соединения.

Среди немедикаментозных (инертных) внутриматочных контрацептивов наибольшее распространение получил внутриматочный контрацептив из полиэтилена в виде двойной буквы S (петля Липпса). Подбор размера контрацептива осуществляется врачом индивидуально для каждой женщины в зависимости от величины полости матки. На сегодняшний день инертные внутриматочные контрацептивы практически не используются.

Среди медикаментозных внутриматочных контрацептивов весьма распространенными в настоящее время являются контрацептивы, в состав которых входит медная проволока в виде спирали, оплетающая полимерную основу внутриматочного контрацептива различной формы. Популярными являются также внутриматочныеконтрацептивы, содержащие наряду с медью и серебро. Внутриматочные контрацептивы с серебром имеют внутри медной проволоки серебряный стержень, который замедляет коррозию медной проволоки и увеличивает длительность применения контрацептивов до 5-7 лет. Существуют контрацептивы из сплава золота отечественного производства.

Хирургическая контрацепция включает методы женской и мужской добровольной стерилизации. Этот метод относится к необратимым методам контрацепции. Женская стерилизация достигается окклюзией маточных труб, в результате чего становится невозможным оплодотворение яйцеклетки. При мужской стерилизации (вазэктомии) блокируется проходимость семявыносящих протоков, что препятствует поступлению сперматозоидов в эякулят. На сегодняшний день стерилизация является одним из наиболее широко используемых методов контрацепции в мире. Добровольная хирургическая стерилизация в нашей стране разрешена с 1993 г. лицам не моложе 35 лет или имеющим двух детей. До этого хирургические вмешательства с целью стерилизации проводились исключительно по медицинским показаниям.

Хирургическая контрацепция обладает высокой эффективностью, что, несомненно, является определяющим для большинства клиентов, избравших этот метод.

***Методы контрацепции для подростков*** должны соответствовать следующим основным критериям: эффективность, обратимость, доступность, при грамотном консультировании и информированности в этой области.

**Организация медицинской помощи женщинам при беременности и родах**

Формирование репродуктивного здоровья человека начинается задолго до его рождения (эмбриональное развитие) и определяется целым комплексом факторов, с которыми повседневно сталкивается человек. Становление репродуктивной системы девочки начинается в 7-8 лет и достигает оптимального развития к 16-17 годам. Принято считать, что репродуктивный возраст женщины укладывается в возрастной период 15-49 лет. Постепенное угасание репродуктивной функции начинается в 45 лет.

***Репродуктивное здоровье -*** это «...состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах,касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, включая воспроизводство потомства и гармонию в психосексуальных отношениях в семье...».

Нарушения репродуктивного здоровья возможны при воздействии на человека химических веществ, факторов физической и биологической природы, психического и социального стрессов и т.д. Ответная реакция репродуктивной системы на воздействие вредных факторов имеет ряд особенностей в отличие от других систем организма. Например, если функция сердечно-сосудистой, нервной и других систем организма зависит только от одного (конкретного) индивидуума, то для полноценной функции репродуктивной системы не- обходимо участие двух индивидуумов (мужчины и женщины), при этом в репродуктивном здоровье каждого не должно быть отклонений.

С современных позиций медицины труда и промышленной эко- логии основную опасность для здоровья, в частности, репродуктивного, представляют химические, физические агенты, а также тяжесть и напряженность трудовой нагрузки, которые являются реальной или потенциальной опасностью, способствующей развитию нарушений процессов репродукции.

В медицине труда при ***оценке репродуктивного здоровья*** принципиально важными являются:

***гендерный подход,*** учитывающий половые различия при равных правах и возможностях, касающихся трудовой занятости и медицинского обслуживания (социополовыеразличия);

***дополнительная защита «уязвимых» групп,*** таких как группы повышенного риска (беременные, недавно родившие женщины, кормящие грудью, а такжедети);

***обязательный учет нагрузок*** (социально-бытовой, экологической идр.).

Принято следующее **распределение женщин по группам здоровья.**

**Группа 1** - здоровые женщины без отклонений от нормы в состоянии здоровья, от параметров физиологически протекающей беременности, без факторов риска акушерской, гинекологической, экстрагенитальной и перинатальной патологии:

не болели или редко и легко острыми заболеваниями, в том числе не более 3 раз в течение календарного года, предшествующего беременности;

не имеют функциональных отклонений органов и систем, обеспечивающих жизнедеятельность плода и женскогоорганизма;

имеют нормальное физическое и половоеразвитие.

**Группа 2** - здоровые женщины с риском возникновения патологии, имеющие функциональные отклонения органов и систем, различающиеся по параметрам физиологической беременности и родов, послеродового периода, возрастным параметрам женщин детородного возраста:

женщины, болеющие редко, но тяжело и длительно, болеющие часто, но легко и непродолжительно, более 3 раз в год, предшествующийбеременности;

наличие функциональных отклонений органов и систем, определяющих жизнедеятельность плода и женского организма, незначительно превышающих параметры физиологической беременности, родов и послеродового периода. Появление сдвигов в состоянии органов и систем при проведении функциональных проб. Нарушение генеративной функции в ходе реализации данной репродуктивной возможности. Наличие нарушений лактационной функции в анамнезе и в настоящеевремя;

нормальное или ухудшенное физическое развитие (дефицит или избыток массы тела I степени), длина тела средняя или ниже средней, умеренное отставание полового развития, нормальные или суженные размеры таза (Iстепени);

незначительные отклонения в деятельности половых органов при отсутствии жалоб и незначительные врожденные дефекты развития;

осложнения при отсутствии угрозы перехода в хроническую гинекологическую или соматическую патологию, нарушения репродуктивной функции, патологии плода;

патология в родах отсутствует или возникает, но при отсутствии угрозы перехода в хроническую гинекологическую или соматическую патологию, развитие нарушений репродуктивной функции иплода;

патология послеродового периода отсутствует или имеются осложнения без риска перехода в хроническую или соматическую патологию, нарушение репродуктивнойфункции;

наличие факторов риска акушерской и экстрагенитальной патологии, нарушения генеративной, лактационнойфункции.

***Степень риска перинатальной патологии у здоровых женщин составляет 1-8 баллов.***

Возможны единичные морфологические врожденные дефекты развития (родимые пятна, дефекты ушных раковин, ногтей), а также ряд приобретенных дефектов (последствия перенесенных травм черепа, кистей, которые не отражаются на функциональном состоянии организма женщины и плода).

**Группа 3** (компенсированная) - больные женщины с хроническими заболеваниями и врожденными пороками развития, в стадии компенсации, перенесшие патологию беременности, в родовом и послеродовом периоде и в период кормления ребенка грудью с риском перехода в хроническую форму:

редко и легкопротекающие обострения хронического заболевания без выраженного нарушения общего состояния на данный период выполнения репродуктивнойфункции;

функциональные отклонения органов и систем, определяющие жизнедеятельность плода и женского организма, отличные от параметров физиологического течения беременности, родов, после- родового периода, кормления ребенка, первого года после родов, а также патологически измененных органов и систем, не выходящих за нижнюю границу нормы без использования функциональных проб. Нарушения генеративной и лактационной функций в анамнезе и в настоящеевремя;

физическое развитие ухудшенное или плохое (дефицит или избыток массы тела II-III степени, низкий рост - менее 150см);

хроническая гинекологическая или соматическая патология, врожденные дефекты развития органов и систем, в том числе половых органов, тяжелые последствия приобретенных дефектов органов и систем (травмы костей таза, позвоночника и др.), перенесенное ост- рое заболевание с риском перехода в хроническуюпатологию;

патология беременности с риском перехода в хроническую гинекологическую илисоматическую;

осложнения послеродового периода с риском перехода в хроническую форму гинекологической или экстрагенитальной патологии, нарушение генеративнойфункции;

факторы риска акушерской, риск перинатальной патологии высокойстепени;

патология в родах с риском перехода в хроническую гинекологическую или соматическую, нарушение репродуктивнойфункции.

**Группа 4** (субкомпенсированная) - больные женщины с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации, с осложненными беременностями, родами, послеродовым периодом, с высоким риском перехода в хроническую экстрагенитальную или гинекологическую патологию с высоким риском перинатальной патологии:

частые обострения основного хронического заболевания с затяжными периодами восстановления самочувствия, с частой утратой трудоспособности. Частые острые заболевания с затяжным реконвалесцентным периодом, обострение хронической патологии в год, предшествующий беременности;

функциональные отклонения патологически измененных органов и систем, а также органов и систем, определяющих развитие плода, жизнедеятельность женского организма. Снижение лактационной функции. Выраженные нарушения репродуктивной функции в период, предшествующий даннойбеременности;

физическое развитие ухудшенное (дефицит или избыток массы тела II-III степени), размеры таза сужены, длина тела средняя или ниже 150 см, умеренное или выраженное отставание полового развития;

наличие хронических заболеваний, врожденных пороков развития органов и систем;

осложнения беременности с риском перехода в хроническую форму гинекологической, экстрагенитальной патологии, развитие на рушений генеративной функции и внутриутробного плода, осложнения в родах, «угрожаемых» на формирование гинекологической экстрагенитальной патологии, расстройство генеративнойфункции;

осложнения послеродового периода с риском перехода в хроническую форму гинекологической или экстрагенитальной патологии, нарушения репродуктивнойфункции;

наличие факторов риска акушерской, экстрагенитальной, гинекологической патологии; высокая степень риска перинатальной патологии.

**Группа 5** (декомпенсированная) - больные женщины с хронической патологией в стадии декомпенсации, перенесшие осложнения беременности, родов, послеродового периода, сопровождающиеся нарушением генеративной функции соматического здоровья:

частые и тяжелые обострения хронического заболевания, длительная утрата трудоспособности,инвалидизация;

тяжелые функциональные отклонения патологически измененного органа или системы, а также органов и систем, определяющих жизнедеятельность плода и организмаженщины;

физическое развитие нормальное или ухудшенное (дефицит массы тела или избыток более 25%), уровень полового развития может быть в норме, нередко выраженоотставание;

тяжелые хронические заболевания, тяжелые врожденные пороки развития органов и систем, обусловливающих инвалидизацию женщины;

тяжелые формы осложнений беременности, не подлежащие коррекции, обусловившие внутриутробную гибель плода, существенное нарушение генеративной функции, со значительной угрозой перехода в хроническую гинекологическую или экстрагенитальную патологию;

тяжелые формы осложнений в родах, повлекшие оперативные вмешательства, обусловившие гибель плода и прекращение ре- продуктивной функции;

тяжелые формы осложнений в родах, повлекшие оперативные вмешательства, обусловившие нарушение репродуктивной функции,инвалидизацию;

наличие факторов риска нескольких видов акушерской экстрагенитальной и гинекологической патологии, а также высокая сте- пень риска перинатальной патологии.

Работа по охране плода и новорожденного возлагается на женские консультации. Один из важнейших разделов их работы - раннее взятие беременных на учет, что способствует более полному и свое- временному обследованию и оздоровлению. Уровень перинатальной смертности у женщин, взятых под наблюдение в ранние сроки беременности, регулярно посещавших женскую консультацию, полностью обследованных и получивших необходимое лечение, в 2-2,5 раза ниже, чем при других условияхнаблюдения.

Важный момент в работе женских консультаций - выявление беременных с повышенным риском. Различают пренатальные и интранатальные факторы риска, с выработкой мер более целенаправленной профилактики и борьбы с ними.

***Пренатальные факторы риска для плода и новорожденного делятся:***

на социально-биологические - возраст матери моложе 20 и старше 35 лет, возраст отца менее 20 и старше 40 лет, рост матери ниже 150 см, превышение массы тела на 25%, профессиональные вредности у отца и, особенно, у матери, вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем одного или обоих родителей), неудовлетворительные материально-бытовые условия, чрезмерные эмоциональные нагрузки беременной, отрицательное отношение к беременности, низкий уровень образования женщины или еемужа;

акушерско-гинекологические - перенесенные аборты, 7-8-я и более беременности, в особенности если женщина старше 40 лет, самопроизвольные выкидыши, мертворождения, преждевременные роды в прошлом, смерть детей в неонатальном периоде, аномалии, дефекты развития и уродства у ранее рожденных детей, масса предыдущих детей менее 2500 и более 4000 г, осложненное течение предыдущих родов, бесплодие в прошлом (на протяжении 2-4 и более лет), беременность, возникшая через 3-4 месяца после предыдущей, дли- тельный прием лекарственных средств во время беременности (аспирин, антибиотики, транквилизаторы, гормоны, противоэпилептические препараты, антикоагулянты), рентгеновское облучение беремен- ной идр.;

экстрагенитальные заболевания матери - острые инфекции во время беременности, хронические неспецифические инфекции в анамнезе, сердечно-сосудистые заболевания (пороки сердца, гипертоническая болезнь, гипотензия), болезни почек (острые и хронические), эндокринная патология (предиабет, сахарный диабет у беременной или близких родственников, заболевания щитовидной железы, надпочечников), анемии, коагулопатии, хронические специфические инфекции (туберкулез, сифилис, бруцеллез, токсоплазмоз, лис териоз, цитомегалия, коревая краснуха и др.), острые и хронические заболевания нервной системы, миопия и другая патологияглаз;

осложнения беременности - токсикозы беременных, кровотечения во время беременности, резус- и АВО-изосенсибилизация, мало- и многоводие, неправильные положения плода, переношенная беременность, угроза прерываниябеременности.

***К интранатальным факторам риска*** относятся: нефропатия, преэклампсия, эклампсия, несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, быстрые и стремительные роды, клинически узкий таз, предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты, выпадение пуповины и другая патология родов, что может привести к врожденным аномалиям развития плода, врожденной гипотрофии, рождению недоношенного или переношенного ребенка, внутричерепной родовой травме или, особенно часто, к асфиксии плода и новорожденного. Эти заболевания периода новорожденности не только ухудшают показатели перинатальной заболеваемости и смертности, но и неблагоприятно сказываются на уровне детской заболеваемости и смертности вообще. Следует отметить, что ***интранатальные факторы риска более существенно влияют на показатели перинатальной смертности, чем пренатальные.***

***Принципы организации медицинской помощи матерям и детям*** включают в себя:

Принцип единого педиатра. Принцип участковости.

Диспансерный метод работы.

Принцип объединения, то есть женские консультации объединены с родильными домами, детские поликлиники объединяются состационарами.

Принцип чередования медицинского обслуживания: на дому, в поликлинике, в дневном стационаре. На амбулаторный прием в поликлинику приходят только здоровые дети либо реконвалесценты, больные обслуживаются надому.

Принцип преемственности: осуществляется между женской консультацией, роддомом и детской поликлиникой в виде дородового патронажа, посещения новорожденного в течение 3 дней после выписки из роддома, ежемесячные осмотры младенца в детской поли- клинике в течение первого годажизни.

Большие сложности в системе планирования семьи создает ***бесплодие.*** В настоящее время около 15% супружеских пар страдают бесплодием, в структуре бесплодного брака 50-60% составляет женское бесплодие. Высокий процент бездетных пар является со всех точек зрения значимой проблемой и должен рассматриваться как резерв рождения желаемых детей, перспективного увеличения репродуктивного потенциала населения.

Для репродуктивного здоровья работающих многие профессиональные факторы вредны, при этом характер и степень наносимого ущерба зависят от степени вредности условий труда. Изучено действие вредных факторов, особенно химических веществ, на репродуктивное здоровье работающих женщин. Известно, например, что частота нарушений репродуктивного здоровья зависит от класса условий труда, в которых работает женщина: чем выше степень вредности класса условий труда, тем больше число измененных клинических показателей, тем значимее этиологическая доля вклада профессиональных факторов в нарушение репродуктивного здоровья.

Работающие мужчины и женщины часто испытывают на себе влияние физических факторов, в частности, технологической вибрации. При сравнении действия вибрации на человека в зависимости от пола, установлено, что у женщин наблюдается увеличение нарушений менструальной функции, самопроизвольных выкидышей, часто- ты ранних и поздних токсикозов. При тех же производственных условиях у мужчин выявлено угнетение половой активности, а также достоверно отмечено увеличение частоты самопроизвольных выкидышей у их жен, не имеющих контакта с вибрацией, но как следствие геномных изменений в мужских зародышевых клетках. Мужчины, имеющие диагноз вибрационной болезни, достоверно чаще страдают импотенцией цереброспинального типа, степень выраженности которой зависит от длительности воздействия вибрации.

Выраженность неблагоприятных воздействий техногенной среды и предел устойчивости к ним репродуктивной системы человека зависят от фенотипа, наследственности, возраста, пола, состояния соматического здоровья, условий быта.

Подтверждением необходимости учета пола (гендерного подхода) при разработке стандартов по гигиене труда являются данные о различной чувствительности организма мужчин и женщин к одним и тем же химическим веществам или физическим факторам и нагрузкам.Так,всилутого,чтоорганизмженщиныотличаетсябольшойжировой прослойкой и у них более тонкая кожа, то химические яды, которые хорошо растворяются в жирах и легко проникают через кожные покровы, могут в больших количествах поступать в организм женщины, чем мужчины, и оказывать соответственно большее негативное влияние.

При полноценной репродуктивной функции партнеров, участвующих в создании новой жизни, важными моментами в формировании здоровья будущего ребенка являются состояние соматического и репродуктивного здоровья матери и отца; наследственность; болезни, перенесенные в детстве; период становления репродуктивной функции; условия труда и место проживания; социально-экономические условия; сбалансированность питания и т.д.

Соматическое и репродуктивное здоровье человека во многом определяются его внутриутробным развитием, течением и особенностями беременности матери.

***Основные факторы риска для внутриутробного развития:***

здоровье матери (и отца) до зачатия ребенка (соматическое, особенно болезни почек и печени; железодефицитная анемия идр.);

вирусное заболевание матери в I триместре беременности; наличие в анамнезе длительного бесплодия, лечение гормональными средствами, употребление психотропных препаратов;

возраст матери (моложе 18 - «подростковая беременность», или же старше 35 лет);

наличие в анамнезе наследственных или семейных аномалий (например, болезнь Дауна, дефектныйостеогенез);

социально-экономический статус (вредные и/или тяжелые условия труда матери как до, так и в период беременности, условия труда отца, стрессовыеситуации);

вредные привычки (употребление алкоголя, курение, наркомания идр.);

отсутствие или позднее начало медицинского наблюдения во время даннойбеременности;

беременность, возникшая в течение 3 месяцев после окончанияпредыдущей;

росто-весовые показатели женщины (длина тела менее 152,4 см и масса на 20% ниже или выше считающейся стандартной при данной длинетела);

качество питания, его достаточность и полноценность.

Чрезмерная физическая нагрузка оказывает неблагоприятное влияние на организм женщины в связи с тем, что ее ростовесовые коэффициенты, структура мышечной ткани, меньшая тренированность и т.д. отличаются от подобных показателей у мужчин. Помимо того, в результате повышенной физической нагрузки у женщин могут возникать заболевания половой системы, самопроизвольные выкидыши. В частности, опущение половых органов женщины, при исключении этиологических факторов, связанных в анамнезе с родами, признано профессиональным заболеванием, если женщина выполняет работу по подъему и перемещению тяжестей вручную (при превышении нормативных установок).

Качество репродуктивного здоровья человека определяется не только профессиональной деятельностью - характером профессии, наличием вредных факторов условий труда, стажем работы в них, но и бытовыми факторами окружающей среды. Их сочетанное действие может оказывать неблагоприятное влияние на специфические функции и вызывать отрицательные эффекты употомства.

Здоровье детей, их физическое и интеллектуальное развитие во многом определяется состоянием здоровья матерей. В связи с чем од- ним из важнейших направлений деятельности органов и учреждений здравоохранения является охрана репродуктивного здоровья женщин, девочек-подростков. Приказом Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско- гинекологической помощи» принят нормативный документ, регламентирующий помощь женщинам на разных этапах беременности. Основную функцию в этой сфере призваны осуществлять перинатальные центры.

Перинатальный центр призван оказывать консультативно- диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий. Он должен осуществлять взаимодействие между учреждениями ох- раны материнства и детства, а при необходимости и другими организациями здравоохранения; оперативное слежение за состоянием беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных детей, нуждающихся в интенсивной помощи, обеспечивать своевременноеоказание специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений.

Перинатальные центры апробируют и внедряют в деятельность учреждений охраны материнства и детства современные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин, осуществляют профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича и др.), обеспечивают систему реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологическую и социально-правовую помощь женщинам и детям раннего возраста, а также организацию проведения информационных мероприятий для населения и специалистов по вопросам перинатальной помощи, охраны репродуктивного здоровья и безопасногоматеринства.

**Климактерический период**

*Женщина* – уникальное создание природы, нежное, романтичное, красивое. «Преимущества» перед мужчинами обеспечивают гормоны. Женские гормоны превращают девочку в женщину, дают возможность любить, рожать детей. От них зависит не только тело- сложение женщины, но и эмоции, работоспособность. Установлено, что гормоны яичников защищают женщину от атеросклероза и инфаркта миокарда, улучшают плотность костной ткани, от их концентрации зависит даже деятельность центральной нервной системы. Но активная функция женских половых желез – яичников, хотим мы этого или не хотим, не сохраняется в течение всей жизни женщины. Приблизительно с 45-летнего возраста их функция начинает постепенно снижаться. Это сопровождается уменьшением в крови женских половых гормонов: эстрогенов и прогестерона. Из-за недостатка гормонов нарушается регулярность менструаций, изменяется их длительность. Дальнейшее снижение уровня половых гормонов приводит к прекращению менструаций, изменению физического и психического состояния. Наступает сложный период в жизни женщины, который называют климактерическим.

Впервые о проблемах климакса задумались в 17 веке, когда продолжительность жизни в высшем свете Европы превысила 50 лет. Сегодня продолжительность жизни женщины – 70-80 лет. То есть, треть жизни женщина живет в условиях недостатка женских половых гормонов.

**Годы климакса неслучайно называют «критическими»**. В этот период времени возникают проблемы со здоровьем, в семье. Давайте разберемся с **основными понятиями:**

***Климактерический период*** — это естественный период прекращения детородной функции. Само слово **«климакс»** пришло из греческого языка и означает «ступень лестницы».

У женщин выделяют ***три фазы климактерического периода:***

* пременопауза (2-5 лет перед прекращением менструаций) - в течение этого периода постепенно угасает функция яичников, менструации становятсянерегулярными,
* менопауза - собственно прекращениеменструаций,
* постменопауза (5 лет после менопаузы) - в течение этого периода организм женщины окончательно перестраивается для существования в новом качестве, наступает периодпокоя.

Согласно определению ВОЗ, ***менопауза*** - это полное прекращения менструаций в результате истощения функции яичников. Средний возраст менопаузы - 50 лет (45-55 лет).

Наступление менопаузы обычно диагностируют на основании анамнеза - по отсутствию менструаций в течение года. Исключение составляет искусственная менопауза после двусторонней овариэктомии, когда дата менопаузы совпадает с датой операции.

***Перименопауза.*** Под перименопаузой понимают два года до наступления менопаузы и год после нее. Этот период выделяют не случайно. Именно в этот период происходят заметные изменения в гормональном статусе, самочувствии и физическом состоянии.

***Климактерический синдром*** - это совокупность симптомов, наблюдающихся при осложненном течении климактерического периода.

Иногда спустя несколько лет после менопаузы могут проходить нормальные менструации. Чаще всего это связано с кратковременным возобновлением работы яичников. Но в таких случаях необходимо исключить заболевания половых органов.

Несмотря на увеличение продолжительности жизни, средний возраст наступления менопаузы сохраняется постоянным на протяжении столетий. Каждая женщина обладает собственными биологическими часами, которые определяют время прекращения менструального цикла. Но есть ряд факторов, которые могут ускорить ход этих часов. Раньше наступает менопауза у женщин, которые много курят, при недостаточном питании. Менопауза раньше наступает у вегетарианок.

Под **поздней менопаузой** понимают сохранение менструального цикла после 55 лет. Чаще всего это естественный процесс. Однако, в этом случае нужно провести дополнительное обследование, так как в некоторых случаях позднее наступление менопаузы может быть обусловлено опухолью яичников.

Если менструации прекращаются в возрасте до 38 лет, то это свидетельствует о наличии заболевания – синдрома преждевременного истощения яичников. Это заболевание необходимо лечить. Таким женщинам для сохранения здоровья, восстановления менструальной и детородной функции назначаются лекарства, содержащие женские половыегормоны.

**Причиной раннего прекращения менструаций** и изменения гормонального фона организма может быть хирургическое лечение гинекологических заболеваний, при котором удаляется матка и яичники или только яичники. Гормональная функция яичников может прекратиться в результате лучевой или химиотерапии, которую назначают при онкологических заболеваниях.

**Изменения, наблюдающиеся в климактерическом периоде.** Уже в пременопаузе быстро уменьшается число первичных фолликулов. Повышаются уровни фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов: в постменопаузе уровень фолликулостимули рующего гормона в 10-15 раз, а уровень лютеинизирующего гормона

- в 3 раза выше, чем в фолликулярной фазе менструального цикла. Из-за снижения количества фолликулов в яичниках значительно уменьшается и продукция эстрогенов, что приводит к атрофии эпителия влагалища, вульвы, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Тяжесть климактерического синдрома отчасти зависит от количества эстрогенов, продуцируемых надпочечниками.

Продукция андрогенов в пременопаузе снижается незначительно.

**Клиническая картина климактерического синдрома.** Врезультате недостатка женских половых гормонов развиваются серьезные нарушения, которые можно разделить на **ранние, средневременные и поздние.**

\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\

**Ранние проявления** могут возникнуть до менопаузы, во время нее и после менопаузы. Такие проявления наблюдаются в течение 3-5 лет после прекращения менструальной функции. Это вегетососуди- стые и психоэмоциональные нарушения.

***Вегетососудистые нарушения***:

приливы жара от 1-2 до 20 и более раз за сутки, ночные поты разной степени интенсивности, головные боли,

головокружения,

изменения артериального давления (повышение, лабильность

* колебания от пониженных значений артериального давления до по- вышенныхпоказателей),

сердцебиения.

***Психоэмоциональные нарушения:*** раздражительность, нервозность,

слезливость, сонливость, слабость,

бессонница, прерывистый сон, сложности при засыпании, забывчивость,

нарушение концентрации внимания, депрессия,

немотивированные страхи,

потеря интереса к сексуальной жизни.

**Средневременные проявления** (изменения кожи и слизистых). Они формируются спустя 3-5 лет после прекращения менструальной функции.

Состояние слизистой оболочки влагалища зависит от количества женских половых гормонов. Эстрогены регулируют толщину слизи- стой оболочки влагалища. Под влиянием эстрогенов клетки слизи- стой оболочки влагалища продуцируют вещество гликоген, который является питательной средой для нормальных микроорганизмов вла- галища – лактобактерий. Лактобактерии продуцируют молочную ки- слоту. Вырабатывают ряд антибактериальных веществ. Все это за- щищает влагалище от инфекции.

***Изменения слизистой влагалища:***

истончение слизистой влагалища, сухость, дискомфорт во влагалище, затруднения, боль при половых контактах,

частые воспаления слизистой влагалища, которые плохо под- даются обычному лечению.

***Изменения со стороны кожи и слизистых:***

истончение, сухость кожи, появление морщин, повышенная ломкость ногтей и волос, выпадение волос, сухость слизистой рта и дыхательных путей,

сухость слизистой глаз, частые конъюнктивиты, которые плохо поддаются обычному лечению,

атрофический гастрит,колит.

***Уретральные расстройства:***

частые мочеиспускания днем (более 4-5 раз) и ночью (более 1

раза),



болезненные мочеиспускания,

чувство неполного опорожнения мочевого пузыря после мо-

чеиспускания,

выделение капель мочи при кашле, насморке, смехе, физиче- скойнагрузке,

недержание мочи (моча выделяется самопроизвольно без по- зыва к мочеиспусканию даже при незначительном наполнении моче- вогопузыря),

частые воспалительные заболевания почек, мочевогопузыря.

**Поздние проявления** формируются спустя 5-7 лет после пре- кращения менструаций. К ним относятся остеопороз и сердечно- сосудистые заболевания.

**Остеопороз** – заболевание, при котором наблюдается потеря ко- стной ткани, повышается хрупкость костей и увеличивается риск пе- реломов.

***Остеопороз чаще развивается у женщин:***

с поздним началом менструаций и ранним их окончанием, с хрупким телосложением,

имевших в детородном периоде переломы,

бабушки и матери, которых в возрасте старше 50 лет имели переломы,

ведущих малоподвижный образ жизни, занимающихся про- фессиональным спортом или тяжелой физическойработой,

злоупотребляющих курением, алкоголем, кофе, газированны- минапитками,

с заболеваниями щитовидной и паращитовидной желез, са- харным диабетом, тяжелыми заболеваниями печени и почек, ревма- тоидным артритом.

При наличии этих факторов риска нужно проводить профилак- тику остеопороза. Потеря костной ткани в постменопаузе происходит медленно, но за 5-7 лет может быть утрачено от 25 до 50% костной массы. Когда это происходит появляются ***симптомы остеопороза***:

уменьшение роста. Из-за множественных микропереломов уменьшается высота тел позвонков, а это ведет к уменьшению роста женщины. **Если рост женщины на 3 и более см меньше, чем раз- мах рук, значит позвоночник серьезноизменен.**

Искривление позвоночника, сгорбленная спина, выступаю- щий вперед живот.

Тупые постоянные или остро возникающие боли в спине.

Боли во всех костях исуставах.

Переломы костей, которые происходят при незначительной

физической нагрузке.

**Сердечно-сосудистые заболевания в климактерическом периоде**

***Стенокардия, инфаркт миокарда, мозговой инсульт* –** это бо- лезни, которые возникают из-за нарушения жирового обмена в орга- низме. Эстрогены женского организма регулируют жировой обмен, регулируют тонус сосудов и процессы свертывания крови. При не- достатке эстрогенов в течение 5-7 лет после менопаузы в сосудах формируются атеросклеротические бляшки, которые нарушают ток крови в различных органах.

Из-за атеросклеротического поражения сосудов кровьплохо по-ступает к сердцу. Появляется неприятное чувство стеснения или тя-жести в груди, боли за грудиной. Если такое состояние длится часа-ми, то может погибнуть часть сердечной мышцы (инфаркт миокарда).

Атеросклеротическое поражение сосудов головного мозга ведет к снижению работоспособности, ухудшению памяти, быстрой утом- ляемости.

Из-за атеросклероза в постменопаузе появляется лабильность артериального давления, гипертоническая болезнь. При повышении артериального давления измененные сосуды головного мозга могут повреждаться. Это ведет к кровоизлиянию в головной мозг (мозговой инсульт).

При ***сборе анамнеза*** женщины семейный врач должен выяснить особенности ее менструального цикла, применяемые и применявшие- ся методы контрацепции, есть ли приливы, боль во время полового акта и мочеиспускания, раздражительность, колебания настроения, недовольство собой. Спросить, не страдают ли родственники остео- порозом и сердечно-сосудистыми заболеваниями, не было ли в семье случаев злокачественных новообразований.

Физикальное исследование включает измерение АД, веса и рос- та, пальпацию живота и молочных желез. Затем необходимо провести гинекологическое исследование, обязательно взять мазок с шейки матки для цитологического исследования. Во время гинекологиче- ского исследования особое внимание необходимо обратить на со- стояние вульвы и влагалища.

Для уточнения диагноза семейный врач назначает:

Общий анализ и биохимическое исследование крови (вклю- чая определение уровня липопротеидов высокой плотности и биохи- мических показателей функциипечени).

Общий анализ мочи.

Маммографию (ее проводят всем женщинам, принимающим эстрогены).

Гистероскопию и биопсию эндометрия (при маточных крово- течениях).

Измерение костной массы (при наличии факторов риска ос- теопороза).

Определение уровней фолликулостимулирующего гормона и эстрадиола в сыворотке (при сомнениях в диагнозе, а также у женщин до 45лет).

Климактерический синдром ***дифференцируют со следующими заболеваниями:***

депрессия, анемия,

болезни щитовидной железы,

гиперпаратиреоз,

заболевания женских половыхорганов.

При ведении женщин проблемного возраста целесообразно на- ладить работу ***школы «Для женщин старше 40 лет»,*** на занятиях в которой имеет смысл семейному врачу/семейной медсестре обсудить с пациентками ряд вопросов. Например, женщине необходимо объяс- нить, что климактерический период - это естественный период ее жизни, но в организме при этом происходят значительные изменения и в это время нужно особенно внимательно относиться к своему здо- ровью. Рекомендуется:

следить за весом, много отдыхать,

выполнять физические упражнения, бросить курить,

употреблять меньше спиртного и кофе.

Наступление климактерического периода не означает прекраще- ние половой жизни. При сухости влагалища рекомендуют специаль- ные гели. В течение года после последней менструации еще требует- ся контрацепция.

**Врач общей практики/семейная медсестра должны выяс- нить знание больными правил рационального питания:**

питание должно быть разнообразным;

пищи должно быть не слишком много, но и не слишком ма-

ло;

есть нужно меньше, но чаще;

в пище должно быть достаточное количество белка; ограничьте количество жирной пищи;

сладости - только иногда;

ешьте ежедневно свежие овощи и фрукты, продукты из нату-

рального зерна;

правильно готовьте пищу;

ограничьте употреблениесоли;

будьте сдержаны в употреблении алкоголя.

**Диета** в постменопаузе должна способствовать снижению уров- ня холестерина в крови и сохранению костной ткани.

***Диета для профилактики атеросклероза***

Ограничение употребления в пищу животных жиров, замена ихрастительными.

Предпочтение отварным и запеченным блюдам. Для приго- товления жареных блюд использование растительныхжиров.

Избегать употребления свинины, предпочтение нежирной го- вядине, телятине, баранине. Меньше есть обработанного мяса (сосис- ки, бекон, копчености) и субпродуктов (печень,почки).

Мясо птицы (грудная часть) без кожи и жира содержат мало холестерина.

Яйца не более 4 в неделю. Яичные белки не содержат холе- стерина, можно есть безограничений.

Предпочтение полуобезжиренному молоку и нежирному тво- рогу, нежирному сыру. Ограничить, но не полностью исключить сли- вочное масло, в нем необходимые человекувитамины.

Больше употреблять в пищу рыбы и морских продуктов. Оченьполезныкрупы(кашиготовитьнаобезжиренноммо-

локе), хлеб грубого помола, содержащий отруби, макаронныеизделия

из твердых сортов пшеницы. Эти продукты богаты углеводами и яв- ляются источником калорий при ограничении употребления в пищу животных жиров.

Орехи снижают уровень холестерина, но могут способство- вать увеличениювеса.

Если невозможно отказаться от кофе, то предпочтение следу- ет отдавать растворимому. Натуральный повышает уровень холесте- рина вкрови.

Чай благоприятно влияет на сердце и сосуды.

Употребляйте пищу богатую витаминами: Е (растительные масла, зелень, овощи), А (оранжево-красные овощи, ягоды, фрукты морковь, рябина, красный перец, абрикосы, тыква, черешня, сморо- дина), С (зелень: укроп, петрушка, салат, лук; овощи: перец, капуста, картошка, помидоры; ягоды: черная смородина, крыжовник, рябина, облепиха, шиповник; цитрусовые).

***Диета для профилактики остеопороза***

Из организма женщины в постменопаузе выделяется до 1,5 г кальция, в тоже время из-за атрофических процессов в стенке кишеч- ника нарушается процесс его всасывания. Поэтому в возрасте после

50 лет и старше в организме всегда есть дефицит кальция. Для того, чтобы его устранить, необходима диета, содержащая как минимум 1,5 г кальция в день. В разных продуктах содержится различное количе- ство кальция. Наиболее богаты кальцием (в 100 г продукта):

|  |  |
| --- | --- |
| Нежирное молоко - 100-200 мг  Твердый сыр *-* 600 мг Йогурт - 120 мг  Вяленая рыба с костями - 3000 мг Консервированные сардины с костями - 350 мг  Семечки - 100 мг | Миндаль - 254 мг  Молочный шоколад - 240 мг  Сельдерей - 240 мг Курага - 170 мг Лук *-* 120 мг  Петрушка - 190 мг |

Важно! Избыток жиров способствует выведению значительной части кальция через толстый кишечник. При употреблении большого количества газированных напитков в организме образуются раство- римые соли кальция, которые вымываются из костной ткани.

Если невозможно восполнить потребность в кальции диетой, то следует принимать препараты кальция. Наиболее эффективным явля- ется сочетание диеты с приемом препаратов кальция.

**Заместительная гормональная терапия Общиеправила**

Заместительную гормональную терапию (ЗГТ) назначают с учетом гинекологического анамнеза, переносимости препаратов и пожеланийженщины.

Заместительная гормональная терапия используется с успе- хом во всем мире уже в течение 30 лет. При этом лечении дефицит эстрогенов и прогестерона в организме женщины устраняется путем введения женских половых гормонов.

В составе современных препаратов заместительной гормо- нальной терапии используются только натуральные эстрогены и про- гестерон.

Одни эстрогены можно использовать только женщинам с удаленной во время операции маткой. Если матка не удалена обяза- тельным является использование эстрогенов в сочетании с прогесте- роном, который необходим для профилактики ракаэндометрия.

Продолжать заместительную гормональную терапию можно 1-2 года. В этом случае будут устранены ранние проявления климак- терическихрасстройств.

Длительное (5-7 лет) использование заместительной гормональ- ной терапии позволяет профилактировать урогениталъные расстрой- ства, сердечно-сосудистые заболевания, остеопороз, сохранить здо- ровье.

Проведение заместительной гормональной терапии возможно только после тщательного обследования.

***Обязательное обследование перед назначением ЗГТ***

Чтобы гормональная терапия помогла и не нанесла вреда жен- щине, она должна пройти ряд исследований, позволяющих выявить заболевания, при которых заместительную гормональную терапию назначать не нужно.

Оценка истории жизни (изучение анамнеза).

Маммография.

Ультразвуковое исследование матки и ее слизистой,яични-

ков.

Мазок из цервикального канала на атипические клетки. Исследование системы свертывания крови.

Исследование липидного (жирового) состава крови. Электрокардиограмма.

Исследование функции печени.

Исследование состояния щитовидной железы. Измерение артериального давления, роста, веса.

В течение первых месяцев заместительнойгормональной тера-

пии нужно периодически встречаться с пациенткой, чтобы обсуждать любые побочные эффекты лечения.

Во время проведения заместительной гормональной терапии, периодически (1 раз в 6 месяцев), нужно будет назначать повторные исследования состояния женского организма.

**Лекарственные препараты**

**Монотерапия** - лечение только эстрогенами. Такая терапия ре- комендуется только женщинам с удаленной маткой **(прогинова,** эст- рофем, премарин, хормоплекс, препарат овестин может использо- ваться для монотерапии у женщин с маткой). К этой же группе отно-

сится и препарат для транскутанного (через кожу) введения эстроге- нов **(климара).**

**Комбинированная терапия** - лечение комбинацией эстрогена и прогестерона.

Показана женщинам, у которых матка есть.

Существует несколько режимов комбинированной терапии:

*Циклическая* - прием эстрогенов и прогестерона в определенной последовательности моделирует цикл, подобный менструальному и вызывает менструальноподобные ежемесячные кровотечения. Эстро- ген принимают с 1 по 21 день цикла, прогестерон - в течение послед- них 10 дней цикла. Таблетки принимают 21 день, потом делают се- мидневный перерыв. В эти 7 дней проходит менструальноподобное кровотечение. Возможен прием прогестерона 1 раз в 3 месяца. Тогда менструальноподобное кровотечение наступает на третий месяц приема препарата. Таким образом, за год проходит всего 4 кровоте- чения.

**Препараты** для циклической терапии: циклопрогинова, климен, климонорм**,** дивина, фемостон, дивитрен.

***Комбинированная непрерывная терапия*** - для женщин после 50 лет, не имеющих менструаций, подходит ежедневный прием эст- рогена и прогестерона в одной таблетке. На фоне такой терапии мен- струальноподобная реакция не возникает (клиогест, ливиал). В эту группу входит препарат для внутримышечного введения (один раз в месяц)гинодиандепо.

**Противопоказания к гормональной терапии:** Маточные кровотечения, причина которых не ясна. Рак молочной железы.

Рак яичников. Рак матки.

Недавно перенесенный инфаркт миокарда, мозговой инсульт. Стойкая артериальная гипертония.

Тяжелые заболевания печени и почек. Недавний тромбоз вен или тромбоэмболия. Системная красная волчанка.

Отосклероз.

Предстоящее оперативное лечение. Постельный режим.

Тяжелые заболевания щитовидной железы.

**Побочные эффекты гормональной терапии**

В течение первых 3-6 месяцев лечения могут наблюдаться раз- нообразные побочные эффекты. Чтобы их уменьшить, следует начи- нать лечение с меньших доз препаратов. Ниже приведены основные побочные эффекты при заместительной гормональной терапии и воз- можные пути их преодоления.

Предменструальный синдром (в 15% случаев) - уменьшают дозу прогестагена или заменяютего.

Тошнота, нагрубание молочных желез (побочное действие эстрогенов) - начинают лечение с меньшей дозыэстрогена.

Кровянистыевыделения:

* сильные выделения - уменьшают дозуэстрогена,
* длительные выделения - увеличивают дозупрогестагена,
* нерегулярные кровотечения - обследуют, выполняют био- псиюэндометрия,
* отрицательное отношение женщины к менструальноподоб- ной реакции - прогестагены назначают в непрерывномрежиме,
* кровянистых выделений нет - объясняют женщине, почему их нет, изменения терапии нетребуется.

Мышечные спазмы - уменьшают дозу эстрогена.

Увеличение жирности кожи, волос, появление угрей. Нужно заменить препарат.

Боль, отечность ноги. Это может быть следствием тромбоза вен нижних конечностей. Чаще всего это осложнение возникает у женщин с варикозным расширением вен нижнихконечностей.

НегормональнаятерапияИспользуютесли:

Есть противопоказания к заместительной гормональной те-

рапии.

Если пациентка не желает использовать заместительную

гормональную терапию, так как опасается побочных эффектов.

Если больную беспокоят вегетососудистые и психоэмоциональ- ные расстройства, то ей помогут гомеопатические средства (климак- сан, климактоплан), препараты с транквилизирующей активностью (грандаксин), лекарственные средства, улучшающие мозговое крово- обращение и улучшающие работу мозга (пирацетам, ноотропил, ко-

гитум, аминолон), витамины группы В, а также целый ряд других ле- карственных препаратов.

Эффективным является и физиолечение: гальванизация шейно- лицевой зоны, массаж, веерный или циркулярный душ, хвойные, шалфейные, контрастные, жемчужные, азотные ванны.

Для лечения остеопороза так же имеется широкий выбор меди- каментов. Это препараты кальция и фтора, витамин Д, бисфосфонаты которые укрепляют костную ткань, препараты кальцитонина (мио- кальцик), бивалос, анаболические стероиды.

Если сформировалось нарушение липидного профиля крови или сердечно-сосудистое заболевание, то необходимо регулирование дие- ты и соответствующая коррекция терапии.

**МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ**

«Как силен был бы мужчина, если бы Господь со- творил его из ребра Евы!»

Мечислав Шарган, польский афорист

Ни для кого не новость, что мужчина и женщина - две большие разницы. Еще в 1871г. Чарльз Дарвин писал: «Мужчина храбрее, драчливее и энергичнее женщины и обладает более изобретательным умом... по своим умственным способностям мужчина, очевидно, пре- восходит женщину».

Современный мужчина заботится не только о состоянии своих мускулов, но его волнуют такие параметры здоровья, как результаты анализа крови, в том числе содержание холестерина, факторы опас- ной наследственности, гормональные колебания, а также вопрос о том, существует ли климактерический период у мужчин. Задачей со- временной медицины становится появление врача нового типа, спо- собного не только лечить, но и предупреждать специфические муж- ские, а также ассоциированные с ними наиболее распространенные хронические неинфекционные заболевания; продлевать пациенту жизнь, стараясь добиться при этом максимально высокого ее качест- ва. В нашей стране наряду с узкими специалистами эту задачу под силу решить только врачам первичного звена здравоохранения или врачам общей практики/семейным медсестрам.

Отчего весь мир заговорил о мужском здоровье? Потому, что существует грустная статистика. Традиционно считается, что мужчи-

ны являются сильным полом. Однако факты доказывают обратное: в современном мире мужчины уступают женщинам не только по каче- ству жизни, но и ее продолжительности (в России **разница в про- должительности жизни мужчин и женщин драматична** и состав- ляет 13 лет!). Имеющиеся прогнозы в этом отношении неутешитель- ны - в будущем предвидится женское общество.

У мужчин в возрасте от 25 до 65 лет инфаркт миокарда встреча- ется в четыре раза чаще, чем у женщин. Злокачественные новообра- зования также чаще встречаются у мужчин, при этом - с летальным исходом. От рака легких умирает в три раза больше мужчин, то же самое касается рака гортани и половых органов. Мужчины чаще уми- рают от сахарного диабета, у них чаще возникают опасные для жизни задержки дыхания во время ночного сна (синдром «ночного апноэ» восне),чащевстречаетсятугоухость.Еслиженщиныпривыкли

«прислушиваться» к своему организму, то мужчины считают свой организм машиной, за которой не нужно ухаживать. Статистические данные свидетельствуют, что мужчина в молодые годы значительно реже обращается к врачу, чем женщина, однако эта пропорция нару- шается позднее, когда из-за запущенных заболеваний затраты на со- хранение здоровья мужчин начинают на одну треть превышать рас- ходы на поддержание здоровья женщин.

**ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН В ЭМБРИОНАЛЬ- НОМ ПЕРИОДЕ И ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (0-10 ЛЕТ)**

Разница в продолжительности жизни мужчин и женщин обу- словлена на две трети генетически и только на одну треть вызвана не- здоровым образом жизни мужчин. Проблема возникает уже в утробе матери, поскольку, только начиная с 6-й недели после оплодотворе- ния, из первоначально женского эмбриона формируется мальчик с участием Y-хромосомы. Кроме того, уже в материнском чреве поги- бает с самого начала больше мужских эмбрионов, а смертность мла- денцев мальчиков на 25% выше, чем девочек. К тому же женщины обладают двумя Х-хромосомами, каждая из которых содержит ген, защищающий от рака, а у мужчин он только один. Женский гормон эстроген вплоть до менопаузы также играет важную роль, защищая от болезней, связанных с нарушениями сердечного кровообращения. Поэтому инфаркт миокарда у женщин наступает на 10 лет позднее, чем умужчин.

*Особенности диагностики заболеваний у мальчиков*

У маленьких мальчиков невозможно собрать анамнез, при- ходится ориентироваться на жалобы родителей, основанные только на наблюдениях заребенком.

Мальчики старшего возраста могут высказывать жалобы, но не могут правильно их анализировать, связать с теми или иными фак- торами.

Диагностируя заболевание у мальчиков раннего возраста, важно выяснить у матери течение беременности и родов, периода но- ворожденности, особенности вскармливания, физического и нервно- психического развития.

Собирая анамнез, необходимо критически относиться к све- дениям, полученным от матери, выделить наиболее важные симпто- мы, определить последовательность ихпоявления.

Клиническая симптоматика болезни зависит от возраста и иммунологического состояния организмамальчика.

Необходимо выделить специфические (встречающиеся при ограниченном круге нозологических форм) и неспецифические (встречающиеся при многих заболеваниях, в том числе и при предпо- лагаемом диагнозе)симптомы.

*Физикальное обследование мальчика*

Основа успешного обследования мальчика - умение найти общий язык с ним и с его родителями. Известно,что

* при сборе анамнеза семейный врач/семейная медсестра полу- чает 80% информации, необходимой для постановкидиагноза,
* при физикальном исследовании -15%,
* в результате лабораторных и инструментальных исследова- ний - всего5%.

*Как наладить контакт смальчиком?*

Спросить, как его лучшеназывать.

Поговорить с ним о любимой игрушке или книге, которуюон

держит в руках.

Попросить рассказать об учителях и друзьях. Спросить, кем он хочет стать, когда вырастет.

Не следует жалеть времени на беседу с ребенком и его родите-

лями - это поможет собрать анамнез и облегчит физикальное иссле- дование.

*Типы поведения в зависимости от возраста мальчиков*

1. года - непослушный: склонный к конфликтам, излишне любо- пытный,непоседливый
2. года - надежный: дружелюбный, благоразумный,любящий
3. года - разочаровывающий: дерзкий, назойливый, непослуш- ный,негибкий
4. лет - обаятельный: гармоничный,независимый
5. лет - общительный: добивающийся признания, всем интере- сующийся, но быстро бросающийначатое
6. лет - сложный: склонный к дурным поступкам, упрямый, не признающийавторитетов
7. лет - устойчивый: спокойный,верный
8. лет - шумный: деятельный, любящий приключения

**Основные проблемы здоровья мальчиков («Шкала патологии»):**

Инфекционные болезни, паразитозы. Нарушения иммунной системы.

Аллергические дерматиты (диатезы).

Нарушения обмена веществ (рахит, недостаточность массы тела или ожирение, элементозы).

Хронические заболевания внутренних органов. Болезни костно-мышечной системы.

**ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ**

Ребенок становится подростком с началом полового созревания. Длительность подросткового периода различна, но обычно он про- должается с 12 до 18 лет. Подростковый период сопровождается зна- чительными психическими изменениями: в этот период мальчик, превращающийся в мужчину, борется между стремлением к незави- симости и невозможностью обойтись без взрослых.

Подростки-мальчики, безусловно, требуют от семейного вра- ча/семейной медсестры особого внимания. Они должны не только за- ниматься лечением, но и предвидеть трудности, вместе с родителями участвовать в воспитательном процессе. Нужно помнить, что, не-

смотря на немоту, с которой мальчики принимают помощь взрослых, в глубине души они очень ценят заботу о себе.

Мужчины, уже начиная с пубертатного возраста, подхлестывае- мые всплеском уровня тестостерона, чаще идут на риск, чем женщи- ны, чаще занимаются экстремальными видами спорта, попадают в драки, ездят на автомашинах со скоростью более 200 км/ч… Поэтому их смертность от несчастных случаев в три раза выше, чем у женщин. У мужчин больше специфических ортопедических проблем, связан- ных с несчастными случаями в спорте. Так, современная статистика свидетельствует, что самыми опасными являются не индивидуальные экстремальные виды спорта, а командные, где серьезные травмы по- лучают при столкновениях. Все ортопеды единодушны в том, что се- годня больше травм приобретается во время отдыха, чем на рабочем месте. Из индивидуальных видов спорта наиболее опасными счита- ются верховая езда, гонки на мотоцикле, прыжки с трамплина, ныря- ние в воду. Связанные с ними несчастные случаи вызывают опасные повреждения позвоночника и спинного мозга. К ним в настоящее время добавляются и занятия такими современными спортивными дисциплинами, как горный велосипед, сноуборд или парапланеризм.

*Особенности психологии подростков-мальчиков*

Становление самосознания Эгоизм

Недоверчивость

Пристальный интерес к своей внешности (фигуре, весу, рос- ту, состоянию кожи и т.д.)

Сильные переживания неудач в общении с лицами противо- положногопола

Низкая самооценка

Требование уважения к своему внутреннему миру (всегда ревностно охраняют его от постороннего вмешательства).

*Нужды подростков-мальчиков*Свобода передвижения Уважение к его тайнам

Безопасность (спокойная обстановка в семье) Одобрение сверстников

Ощущение, что рядом есть кто-то, на кого можно положиться

Кумиры

Ощущение себямужчиной.

Подростки и их родители нередко расходятся во мнениях. Под- ростки часто восстают против обычаев и авторитетов. Склонность к бунтарству обычно исчезает только к 18 годам.

*Проявления бунтарства*

Осуждение родителей, сомнение в их правоте Привычка грубо обрывать членов семьи и даже друзей Необычные и даже вызывающие одежда и прическа Курение и употребление алкоголя

Хвастовство и позерство Бурные любовные увлечения.

Нужно, однако,отличатьестественноедля подростков бунтар-

ство от психических нарушений.

*Характерные признаки психических нарушений*у подростков: Отказ от посещения учебного заведения

Вандализм и воровство Наркомания

Беспорядочная сексуальная жизнь Нервная анорексия или нервная булимия

Депрессия, которая может привести к суициду.

*Особенности общения с подростками*

Общение наедине

Создание доверительных отношений Соблюдение врачебной тайны Чуткость и терпеливость

Умение расположить к себе Предоставление возможности высказаться Не осуждать; успокаивать, объяснять Уважение чувств и точки зрения подростка.

*Основные темы для бесед с подростками*

Цели в жизни



тиков)



Самооценка Семья

Учеба, свободное время Настроение, половая жизнь Материальное положение

Вредные привычки (курение, употребление алкоголя, нарко-

Конфликты дома, в школе, со сверстниками Суицидальные намерения.

*Наиболее важные области консультирования подростков*

Половое воспитание

Правила и методы контрацепции Крушение первой любви

Утрата кого-то или чего-то

Аффективные расстройства, в том числе депрессия Чувство вины.

**Основные проблемы здоровья юношей-подростков («Шкала патологии»)**

Травматизм Самоубийства

Нарушения обмена веществ (гипотрофия и ожирение, авита- минозы микро- и макроэлементозы).

*Депрессия и самоубийства*

Не следует забывать о возможности у подростков депрессии исамоубийства

Самоубийство — вторая по частоте причина смерти в этой возрастнойгруппе

Суицидальные попытки бывают чаще у девушек (в 8—20 раз

чаще)

Самоубийства, напротив, чаще у юношей (в 4 раза чаще).

*Признаки депрессии*

Нарушения сна

Изменениеаппетита

Потеря интереса к друзьям, учебе, семье

Ощущение собственной никчемности Резкое снижение успеваемости Плаксивость и эмоциональная лабильность Психосоматические нарушения

Интерес к вопросам смерти Суицидальные попытки.

Не нужно бояться задавать вопросы о самоубийстве: показано, что такого рода разговоры не провоцируют самоубийство, а напро- тив, дают подростку возможность выговориться, заново осмыслить сложившуюся ситуацию.

*Факторы риска самоубийства у подростков-мальчиков*

Суицидальные намерения или попытки

Неспособность самостоятельно справиться с трудностями Отсутствие поддержки в семье, конфликт между родителями Раздельное проживание родителей

Психические нарушения, алкоголизм, наркомания в семье Суицидальные попытки или самоубийства в семье Жестокое обращение в семье

Мужской пол Одиночество

Психические нарушения (большая депрессия, психозы, алко- голизм, наркомании, психопатии)

Саморазрушительное поведение Доступность оружия, ядов.

*Непосредственные причины самоубийства*

Смерть близкого человека (или годовщина смерти) Развод родителей

Ссора с друзьями или болезнь

Высокий риск самоубийства должен заставить медиков ак- тивно действовать (помочь в решении конфликтов, защищать интере- сы подростка, а не его родителей, консультирование подростка, се- мейная психотерапия).

Во всех случаях показана консультация психиатра.

Конфликты с родителями неизбежны, особенно когда подростку 13-16 лет. В этот период родителям постоянно приходится баланси- ровать между сохранением опеки над ребенком и уважением его сво- боды.

*Советы родителям*

Не осуждать подростка Относиться к нему с уважением Не быть назойливым

Больше слушать

Уметь чувствовать то, о чем подросток стесняется говорить Быть гибким, но последовательным

Уметь вовремя прийти на помощь

Установить основные правила поведения (например, не пить крепкие спиртные напитки, не употреблять нецензурныеслова)

Давать подростку советы по питанию и уходу закожей

Не задавать неуместных вопросов, касающихся половой жиз- ни подростка

Лучший способ улучшить взаимоотношения с подростком и укрепить его здоровье - это заниматься вместе с нимспортом:

* ходить впоходы
* кататься налыжах.

**ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ**

**20-50 ЛЕТ**

«Мужчинам живется гораздо лучше, чем жен- щинам. Во-первых, они женятся позже; во- вторых, умирают раньше»

Генри ЛуисМенкен

**Мужчина**, по словам берлинского социолога В. Хольштейна, - **это форма жизни, сопряженная с высоким риском**. Только в воз- расте от 30 до 50 лет степень риска смерти женщин сравнима с тако- вой среди мужчин. В этом возрастном интервале резко возрастает смертность женщин от рака молочной железы, а позже начинают ска- зываться последствия нездорового образа жизни. В то же время жен- щины больше следят за своими фигурой и весом, чем мужчины, ко- торые вследствие нездорового питания во всех возрастных категори- ях, как правило, имеют избыточный вес. Мужчины чаще курят иреже

обращаются к врачам с целью профилактики, и только в возрасте старше 75 лет мужчины имеют шансы на равную с женщинами про- должительность жизни.

Основные факторы риска универсальны для многих заболеваний как мужчин, так и женщин. **При этом среди факторов, влияющих на здоровье человека, на образ жизни приходится 50-55%, в то время как на работу учреждений здравоохранения – 10%, наслед- ственность – 20%, экологическую обстановку – 20%**; причем при неблагоприятной экологической обстановке значение здорового об- раза жизнивозрастает.

Все факторы риска принято разделять на две подгруппы: немо- дифицируемые, воздействовать на которые невозможно, и модифи- цируемые, поддающиеся как немедикаментозной, так и медикамен- тозной коррекции.

*К немодифицируемым факторам риска относятся:*

Пол (мужской)

Возраст (старше 45 лет у мужчин и старше 55 лет уженщин)

Отягощенный наследственный анамнез (раннее начало ибс у

ближайших родственников: инфаркт миокарда или внезапная смерть у мужчин < 55 лет, у женщин < 65лет).

*К основным модифицируемым факторам риска относятся:*

Дислипидемия Артериальная гипертония Курение

Нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2

типа

Абдоминальное ожирение (окружность талии более 80см у

женщин и более 94см у мужчин) Неумеренное употребление алкоголя Низкая физическая активность

Низкий социальный и образовательный статус Хронический и острый психосоциальный стресс.

*Факторы, наиболее влияющие на заболеваемость мужчин тру-*

*доспособного возраста*

Стрессовые воздействия (работа, участие в межнациональ- ных конфликтах) – сердечно-сосудистыезаболевания

Пищевые пристрастия (острая, жареная, жирная пища) – яз- венная болезнь, панкреатит, гастрит и другие болезни органов пище- варения

Курение, алкоголизм – заболевания сосудов, сердца, органов желудочно-кишечного тракта идр.

Гиподинамия, связанная с внедрением современных техно- логий,компьютеров– атеросклероз, ИБС, остеохондроз, наруше- ния осанки, мозговогокровообращения.

**Шкала патологии мужчин трудоспособного возраста** Травматизм (ДТП, бытовой и производственный) Алкоголизм и бытовое пьянство

Несчастные случаи и отравления ИБС и артериальная гипертензия ХОБЛ у курильщиков

Онкозаболевания (легких, желудка, прямой кишки) Мочекислые диатезы и мочекаменная болезнь.

*Программы профилактики и прекращения курения*

1. Школьные программы – обучающие уроки по профилактике курения и других видовзависимости.
2. Общественные программы – прекращение курения на рабочем месте.
3. Средства массовой информации – короткие повторяющиеся публичные сообщения о вредекурения
4. Государственные программы – повышение налогообложения табачной продукции и цен на табачныеизделия.
5. Медицинские программы – беседы врача о вреде курения, особенно многократные (4 и более). Частота абстиненции снижается с длительностью проводимой врачом консультации, а также количе- ством врачей различных специальностей, проводящих беседы о вреде курения. Идентификация курения в медицинских документах повы- шает вероятность взаимодействия врача и пациента и приводит к по- вышению процента бросившихкурить.

Показана положительная связь всех видов психосоциальной помощи (профилактические беседы по телефону, групповое и инди- видуальное консультирование) с частотой отказа от курения.

Психотерапевтическая помощь наиболее эффективна в следую- щих формах: практические консультации (навыки разрешения про- блемы), социальная поддержка как часть терапии и после ее оконча- ния, выработка отвращения к курению.

Показана эффективность лекарственных препаратов в прекра- щении курения и предотвращении рецидивов: антидепрессанты (бу- пропион, нортриптилин), никотин–содержащие средства, клонидин, варениклин.

*Ожирение у мужчин и андрогенный дефицит –«близнецы-*

*братья»*

Как бы не шутили мужчины по поводу своего живота, что вели- чина сей части тела прямо пропорциональна росту авторитета его об- ладателя, проблема эта выходит далеко за рамки физической культу- ры и сигнализирует о серьезных сбоях в работе всего организма.

Гиподинамия, любовь к жирной, не полезной пище вкупе с по- стоянными возлияниями пивом и другими, более крепкими напитка- ми, неизменно снижают уровень мужских половых гормонов, в том числе тестостерона. Прибавьте сюда и естественные инволютивные процессы, происходящие в эндокринной системе организма с возрас- том. Если в 25 лет мужской организм по уровню тестостерона нахо- дится на самой высшей точке, то к 50 годам этот показатель падает почти вдвое. А именно этот гормон отвечает в организме за процесс сжигания жиров и поддержания мышечной массы. Падение его уров- ня означает утрату работоспособности, вялость, снижение интереса к жизни, отсутствие стремлений, снижение стрессоустойчивости.

При увеличении количества жировых клеток, растѐт синтезгор- мона, отвечающего за обмен веществ, — лептина. Он также является врагом тестостерона. В итоге — чем шире обхват талии у мужчины, тем ниже содержание в крови мужского гормона, тем слабее выра- жаются мужские половые признаки. Показатель окружности талии более 94 см в объеме — это критическая отметка, после которой мо- жет начаться развитие абдоминального ожирения. Если у женщин ожирение развивается в основном по подкожному типу, то у мужчин растѐт висцеральный жир, обволакивающий внутренниеорганы,по-является одышка, головокружение, снижается потенция, растет риск сердечно-сосудистыхзаболеваний.

Падение уровня тестостерона истончает мышечную массу, а со- ответственно, и физическую силу, вызывает боли в суставах, наруша-

ет мочеиспускательную функцию и сводит к нулю эффект от физиче- ских нагрузок.

Так что, «пивной животик» не так безобиден на первый взгляд, как может показаться, а симптом серьезных гормональных наруше- ний, ведущих к тяжелым заболеваниям организма. Никакие чудо- диеты, дающие кратковременный эффект здесь не помогут. Правиль- ное питание и изменение самого образа жизни в комплексе с курсом принятия специальных препаратов (орлистат) — это единственный метод, способный поддержать здоровье и продлить полноценную мужскую жизнь.

**ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ**

**СТАРШЕ 50 ЛЕТ**

Медицинские эксперты давно говорят о климактерической ви- рилизации, андропаузе или **частичном андрогенном дефиците у пожилых мужчин**. Фармацевтические фирмы постоянно реклами- руют омолаживающий эффект гормонов. Эта тема находится в центре внимания многих медицинских конференций. Международные ассо- циации специалистов исследуют проблему гормональной недоста- точности у мужчин старше 50 лет. Весь мир обсуждает вопрос о кли- мактерическом периоде у мужчин, поскольку, согласно специально проведенному опросу, среди обследованных мужчин в возрасте от 40 до 70 лет более чем у двух третей отмечено снижение гормонального фона после 50 лет.

Тем не менее практикующие врачи и ученые расходятся в оцен- ке того, происходит ли снижение гормонального фона у мужчин ана- логично тому, как это имеет место во время менопаузы у женщин. В то время как гормональные изменения, происходящие в женском ор- ганизме в климактерический период, напоминают обвал, при котором выработка эстрогена яичниками в течение короткого времени полно- стью прекращается, снижение продукции тестостерона у стареющего мужчины имеет более плавную кривую. У мужчин после 50 лет уро- вень общего тестостерона снижается в среднем на 1,6% в год, а сво- бодного тестостерона - в среднем на 2,8% в год.

Однако даже у 80-летних мужчин в крови содержится только в половину меньше свободного тестостерона, чем у 30-летних. Поэто- му «климактерическая вирилизация» у мужчин не имеет сходства с менопаузой у женщин. Выявлено, что в случаях снижения уровня

тестостерона в результате заболевания, гормональная подпитка ока- зывает положительный эффект, как и в случаях его снижения у ста- реющих мужчин. Однако, если в крови еще достаточно тестостерона, искусственное повышение его содержания не будет оказывать же- лаемого действия. В данном случае преимуществ такой терапии мало, поскольку мужской гормон ведет себя как анаболик. Кто его регуляр- но получает в виде инъекций или таблеток, потеряет килограмм лиш- него веса и несколько увеличит мышечную массу, но не мышечную силу. Еще точно неизвестно, какое количество тестостерона для от- дельных пациентов следует считать нормальным или даже оптималь- ным. Произвольно принимают за нижнюю границу нормы содержа- ния тестостерона, равную 3 нг/мл крови, а за верхнюю границу - 12 нг/мл. К этому добавляется еще и то обстоятельство, что на характер кривой содержания гормона в крови влияет суточный ритм; кривая имеет максимальный пик в утренние часы и заметно уплощается к вечеру. Уровень тестостерона может резко повыситься до макси- мальных значений в зависимости от внешних обстоятельств за очень короткое время - от нескольких секунд до минут. У женатых мужчин уровень тестостерона снижается, а после развода снова повышается. Время года также оказывает заметное влияние - максимальные значе- ния наблюдаются в осенние месяцы. Поэтому потребность организма в тестостероне определить трудно. У некоторых мужчин самочувст- вие может быть прекрасным и при низком уровне тестостерона, в то время как другие чувствуют себя при таком уровне обессиленными. Урологи считают, что потребность в гормональном лечении сущест- вует примерно у 5% мужчин старше 60 лет. Однако, здесь увеличива- ется поле для неконтролируемого эксперимента, поскольку врачи часто идут на поводу у пациентов.

*Возрастной гипогонадизм у мужчин*

Возрастной гипогонадизм у мужчин — это клинико- лабораторный синдром, который связан с возрастом, характеризуется типичными клиническими симптомами и дефицитом тестостерона в сыворотке крови, может привести к существенному ухудшению каче- ства жизни и оказывать неблагоприятное влияние на функцию целого ряда систем организма.

*Распространенность:*

в возрасте от 40 до 50 лет - 7%

в возрасте от 60 до 80 лет - 20% в возрасте старше 80 лет -35%.

*В основе развития возрастного гипогонадизма у мужчин лежит дефицит тестостерона.*

*Группы риска развития возрастного гипогонадизма у мужчин:*

Мужчины с эректильной дисфункцией; Мужчины с бесплодием;

Мужчины с низкой физической активностью; Мужчины с остеопенией;

Мужчины, принимающие глюкокортикостероиды; Мужчины, имеющие тяжелые соматические заболевания.

**Симптомы возрастного гипогонадизма у мужчин**

|  |  |
| --- | --- |
| *Группы нарушений* | *Клинические симптомы* |
| Вегето-сосудистые нарушения | Горячие приливы  Необъяснимые эпизоды потливости  Бессонница или сонливость днем Сердцебиение |
| Психоэмоциональные нарушения | Подавленность или раздражительность Нервозность  Вялость, апатия  Ухудшение общего самочувствия Замедление мыслительных процессов Пессимизм  Депрессия  Нарушения кратковременной памяти |
| Трофические нарушения | Сухость и дряблость кожных покровов Снижение силы и физической активности Частые артралгии и миалгии  Снижение мышечной массы и силы Абдоминальное ожирение Оскудение полового оволосения  Остеопения, остеопороз |
| Нарушение сексуаль- ной функции | Снижение либидо, приводящее к снижению сексуальной активности  Эректильная дисфункция Нарушения эякуляции Снижение качества оргазма  Снижение чувствительности наружных поло- |

|  |  |
| --- | --- |
|  | вых органов |
| Анемический син-  дром | Нормохромная, нормоцитарная анемия, со  снижением гемоглобина и гематокрита |

**Андрогенный дефицит и сердечно-сосудистая патология**

Врачам общей практики/семейным медсестрам следует помнить, что артерии полового члена самыми первыми реагируют на перепады кровотока в силу своего достаточно малого диаметра. Поэтому пе- нильная вазоконстрикция и ослабление эрекции предшествуют кли- нической манифестации атеросклероза сосудов и артериальной ги- пертензии, особенно в условиях дефицита тестостерона. Артериаль- ная гипертензия и эректильная дисфункция являются, по своей сущ- ности, одним и тем же заболеванием, в основе которого лежит эндо- телиальная дисфункция системного или локального характера. Сего- дня хорошо известны аналогичные факторы патогенеза обоих заболе- ваний:

оба заболевания прогрессируют с возрастом;

установлена положительная корреляция между степенью вы- раженности ИБС, дислипидемии и распространенностью эректильной дисфункции;

эректильная дисфункция сегодня рассматривается как сер- дечно-сосудистоезаболевание;

лечение сердечно-сосудистых заболеваний может повлиять на развитие эректильнойдисфункции;

лечение эректильной дисфункции оказывает влияние на те- чение сердечно-сосудистых заболеваний: позитивное (качество жиз- ни) и снижение рискаосложнений.

Таким образом, ***эндотелиальная дисфункция, лежащая в ос- нове всех нарушений эректильной функции, является предикто- ром сердечно-сосудистой патологии у мужчин и ее ранним мар- кером в целом.*** Вот почему врачам общей практики/семейным медсе- страм чрезвычайно важно получать от пациентов-мужчин информа- цию о состоянии у них половой функции - нарушения эрекции ука- жут на эндотелиальную дисфункцию раньше всех других объектив- ных методов исследования сосудистого русл.

**Диагностика**

Для постановки диагноза возрастного гипогонадизма у мужчин необходимо сочетание:

клинических признаков гипогонадизма (типичные клиниче- скиесимптомы);

лабораторных признаков гипогонадизма (снижение уровня тестостерона вкрови).

Для подтверждения наличия гипогонадизма наиболее приемлемым параметром является определение концентрации общего и свободного тестостерона в крови; определение концентрации свободного тестостерона в слюне является также достаточно надежным методом, однако нормативы для взрослых мужчин пока не разработаны.

**Лечение**

Основой лечения возрастного гипогонадизма у мужчин является нормализация уровня тестостерона в сыворотке крови.

**Исходы**

Возрастной гипогонадизм является фактором риска следующих заболеваний:

Сахарный диабет 2 типа (снижение уровня свободного тесто- стерона на одно стандартное отклонение увеличивает риск сахарного диабета в 1,58раз);

Абдоминальное ожирение;

Сердечно-сосудистые заболевания (снижение уровня тесто- стерона коррелирует с увеличением риска развития атеросклероза);

Остеопороз (гипогонадизм является причиной 50% перело- мов костной ткани у мужчин после 40лет).

**Основные проблемы здоровья мужчин пожилоговозраста («Шкала патологии»)**

Аденома и рак предстательнойжелезы

Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.

**Рак предстательной железы**

Факторы риска:

Возраст >65 лет. Семейный анамнез рака предстательной же- лезы у родственников 1степени.

Диета с высоким содержанием животных жиров. Курение.

**Cкрининг**

Ведущие медицинские организации рекомендуют обсудить возможные пользу и риск скрининга с пациентом и, с учетом пред- почтений пациента, принять индивидуальное решение о скрининге (ACS,2010).

Мужчинам с предполагаемой продолжительностью жизни 10 лет и более следует предложить ежегодный скрининг при помощи измерения простатического специфического антигена и пальцевого ректального исследования хирургом, начиная с 50 лет. Определение низкой доли свободного простатического специфического антигена (<10%) свидетельствует о повышенном риске рака предстательной железы и целесообразности проведения биопсиипростаты.

Пациентам с повышенным риском развития рака предста- тельной железы тестирование простатического специфического анти- гена следует начинать с 45лет.

В случае наличия нескольких родственников 1 степени род- ства с раком предстательной железы в раннем возрасте скрининг мо- жет быть начат с 40 лет и при отрицательном результате продолжен ежегодно с 45лет.

Если выявлен уровень простатического специфического ан- тигена <2,5 нг/мл, скрининг проводят раз в два года, если же уровень антигена 2,5–4,0 нг/мл, то показан ежегодный скрининг (ACS, 2010). Когда уровень простатического специфического антигена превышает 4 нг/мл, рекомендуется дальнейшее обследование илибиопсия.

**Профилактика**

1. Употребление овощей и фруктов.
2. Отказ откурения.

**Особенности депрессии у мужчин**

Обычно мужчины не выставляют свои чувства напоказ, стара- ются не думать о проблемах или делают все, чтобы другие не догада- лись о них.

Вот три важных симптома депрессии у мужчин:

Физическая боль. Иногда проявляются физические симптомы данного заболевания: летучие боли в спине, головные боли, наруше- ние сна, проблемы сексуального характера, расстройство пищеваре- ния. В данном случае обычное лечение не поможет.

Злость. Чувство злости имеет разные проявления: от раздра- жительности, обидчивости на критику, отсутствия чувства юмора до

агрессивного поведения на дороге, вспыльчивости и даже агрессии. Некоторые мужчины могут позволять себе оскорбительное поведение по отношению к другим людям, начинают стараться всеми управлять, прибегают к вербальному и физическому насилию в семье.

Неосторожное поведение. Имеется в виду агрессивное, вызы- вающее или дерзкое поведение. Например: увлечение опасными ви- дами спорта, грубое вождение автомобиля, беспорядочные половые связи, злоупотребление алкоголем, наркотиками, азартными играми.

*Триада летальности мужчин:*сердечно-сосудистая патология + д+ эректильная дисфункция.

**Стратегия сохранения здоровья и долголетия мужчин**

Организация консультаций врачей узких специалистов (хи- рурга, уролога) при появлениижалоб

Профилактическое консультирование: беседы о здоровом об- разе жизни и возможном устранении провоцирующих факторов рис- ка

Реабилитация молодых мужчин после службы в армии:

* + наблюдение специалистов
  + профилактическое санаторно-курортноелечение
  + занятие физкультурой испортом
  + рациональное трудоустройство идр.

Для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний каж- дый мужчина ежедневно должен хотя бы 1 раз поработать физически с такой нагрузкой, чтобы выступилпот

Борьба с излишней массой тела, уменьшение окружности та- лии, рациональное питание, исключение приема алкоголя, наркоти- ков

Профилактика внутрисемейных конфликтов (больной мужчи- на нетерпеливо переносит любое заболевание, требует немедленного излечения, обвиняет членов семьи в своих недугах).

Андрологи сейчас склонны считать, что в ближайшие 5-10 лет у мужчин появятся хорошие шансы наверстать упущенное и сократить разницу в продолжительности жизни по отношению к таковой у женщин на четыре года. Хотя при этом некоторые специалисты пола- гают, что такое ожидание связано скорее с тем, что стиль жизни женщины становится все более нездоровым из-за частых стрессовых

ситуаций на работе, перенапряжения и недостаточного времени для сна. Привычка курить также приводит к раннему развитию рака лег- ких, возникающему обычно через 30 -50 лет после выкуривания пер- вой сигареты.

**2. Медицинская помощь детям и подросткам.**

В современной России в связи с изменившейся в последние годы социально-экономической ситуацией, изменившимися идеологиче- скими основами формирования личности возникла острая необходи- мость внедрения в практическую деятельность комплексной научно обоснованной программы работы с детьми и подростками, объеди- няющей совместные усилия медицинских работников, психологов, социологов, педагогов.

За последнее десятилетие катастрофически растет заболевае- мость ***детей****.* Отмечены высокие темпы роста таких заболеваний сре- ди детей до 14 лет, как анемия (в 1,3 раза), болезни эндокринной сис- темы (в 1,5 раза) и костно-мышечной системы (в 1,5 раза), аллергиче- ские болезни (в 1,3 раза), болезни кровообращения (в 1,3 раза), ново- образования (в 1,3 раза). Серьезная ситуация регистрируется и среди ***подростков.*** Есть убедительные данные о замедлении ранее ускорен- ного физического развития детей и подростков, можно говорить да- же об их децелерации. За последние 10 лет число детей-инвалидов увеличилось в 4 раза и достигло свыше 1 млн.человек. По эксперт- ным прогнозам в ближайшие 5 лет это число удвоится. Число здоро- вых детей в настоящее время не превышает 10%.

В целом состояние здоровья подрастающего поколения России характеризуется следующими особенностями:

1. Увеличение хроническойзаболеваемости.
2. Нарастание уровняинвалидности.
3. Нарушение становления репродуктивнойсистемы.
4. Рост числа отклонений психического здоровья, увеличение числа дезадаптированныхдетей.
5. Снижение показателей физическогоздоровья.

Наиболее значимыми факторами, неблагоприятно влияющими на растущий организм, можносчитать:

1. Ухудшение социального статуса большинствадетей.
2. Изменение качествапитания.
3. Воздействие экологическихфакторов.
4. Нарастание тяжести зобнойэндемии.
5. Медикаментознаяагрессия.
6. Введение новых формобучения.

**Изменение качества питания.** Дети недополучают не только белки, жиры и достаточную для восполнения энергии пищу, но и ис- пытывают дефицит витаминов, минералов, микроэлементов. Резкое снижение потребления молока, мяса, овощей и фруктов вынуждают организм ребенка работать в режиме недостаточного обеспечения кальцием, железом и др.; остеопороз у детей достиг 44%. Нарушение здоровья в связи с недостаточностью питания выходит на одно из первых мест, к ним относятся: увеличение числа маловесных детей, начиная с рождения, снижение устойчивости к воздействию факторов внешней среды, частые респираторные заболевания, рост болезней органов пищеварения, ухудшение физической выносливости, быстрая утомляемость, ослабление познавательной и двигательной деятельно- сти, задержка полового созревания, увеличение детей со снижением остроты зрения.

**Воздействие экологических факторов.** Загрязнение окружаю- щей среды повышает уровень хронической патологии на 60% , в том числе болезней органов дыхания - на 67%, пищеварения - на 77,б%, опорно-двигательного аппарата - на 2I%,новообразований - на 15%.

**Нарастание зобной эндемии.** Прекращение йодной профилак- тики привело к увеличению до 9-12% числа детей с отставанием рос- та и развития, до 14% школьников, имеющих трудности обучения, до 5-12% - доли подростков с нарушением полового созревания.

**Медикаментозная «агрессия».** Широкая практика необосно- ванного включения в терапию сильнодействующих антибиотиков, высокая лекарственная нагрузка и искусственное вскармливание при- вели к снижению естественных защитных механизмов, аллергизации и развитию полиорганнойпатологии.

**Введение новых форм обучения.** С введением новых форм обучения ежедневные школьные занятия по длительности на 3-5 ча- сов превысили допустимые нормы, что превращает школу в фактор, разрушающий здоровье. Число здоровых детей с 1 по II класс умень- шилось на треть.

Совершенно очевидно, что в условиях высокой смертности на- селения и снижения средней продолжительности жизни необходимо

уделять особое внимание лечебно-профилактической помощи детям и подросткам, их нормальному физическому и психическому разви- тию.

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

Можно выделитьдвауровня, которые необходимы для управ- ления здоровьем детей: перинатальный ипостнатальный.

***Перинатальный уровень управления здоровьем детей*** вклю- чает следующее:

* 1. Генетическое консультирование, внедрение новых методов пе- ринатальной диагностики патологииплода.
  2. Преконцепционная профилактика, планированиесемьи.

З. Мониторинг течения беременности, питания, физического и психологического состояний беременной женщины; контроль и обес- печение оптимальной внутриутробной среды развития ребенка.

4. Мониторинг факторов риска во время родов, первичной адап- тации новорожденного, ориентация на грудное вскармливание, скри- нинг врожденной патологии.

***Постнатальный уровень*** включает:

1. Диагностику факторов риска, в первую очередь генетических, патологии беременности и родов, средыразвития.
2. Мониторинг питания кормящейматери.
3. Регулярный мониторинг питания, развития и здоровья ребенка, выявление ранних признаков их нарушений или симптомов заболева- ний с ранней ихкоррекцией.
4. Активнуюиммунизацию.
5. Комплексную диагностику и стимуляцию развития ребенка (двигательая, сенсорная сферы, мышление‚ речь, общение, самосоз- нание идр.)

б. Сотрудничество с семьей и образовательными учреждениями. Итак,вомногомздоровьеребенказависитотсостоянияздоро-

вья матери, что сопряжено с обязательным диспансернымнаблюде-

нием за женщинами детородного возраста с экстрагенитальной пато- логией в поликлиниках, за беременными с экстрагенитальной патоло- гией.Решающеезначениеимеютпревентивныемероприятиявпери-

од ранней новорожденности, а также в раннем детском, дошкольном и школьном возрасте, подростковомпериоде.

**Основные задачи семейной медсестры в педиатрии:**

1. Обеспечение дородовойпрофилактики;
2. Наблюдение забеременной;
3. Подготовка ее к материнству, естественному вскармливанию ребенка;
4. Организация своевременных осмотров и консультаций специа- листов;
5. Широкая пропаганда здорового образа жизни, санитарии, гигие- ны;
6. Организация рационального и диетическогопитания;
7. Использование современных методовиподходов в профилак- тике и лечениизаболеваний.

Особенности диагностики в педиатрии заключаются в сле- дующем:

* у маленьких детей невозможно собрать анамнез, поэтому приходит- ся ориентироваться на жалобы родителей, основанные только на на- блюдениях заребенком;
* дети старшего возраста (уже умеющие говорить) могут высказывать жалобы, но не могут правильно их анализировать, связать с теми или инымифакторами;
* диагностируя заболевание у детей раннего возраста, важно выяс- нить у матери течение беременности и родов, периода новорожден- ности, особенности вскармливания, физического и нервно- психическогоразвития;
* собирая анамнез, необходимо критически относиться к сведениям, полученным от матери, выделить наиболее важные симптомы, опре- делить последовательность ихпоявления;
* клиническая симптоматика болезни зависит от возраста и иммуно- логического состояния организмаребенка;
* выделить специфические симптомы (встречающиеся при ограни- ченном круге нозологических форм) и неспецифические (встречаю- щиеся при многих заболеваниях, в там числе и припредполагаемом).

Специфика общего ухода за больными детьми разного возраста состоит в особенностях непосредственного наблюдения за больным

ребенком, общения с ним, методики сбора материала для лаборатор- ных исследований, проведения медицинских процедур.

Уход за больным ребенком учитывает многие факторы: содер- жание постели, белья и одежды, правильное и точное выполнение всех назначений врача, предоставление ребенку доступных развлече- ний и игрушек и т.д. Необходимо подробно инструктировать родите- лей о режиме и гигиене больного, научить на простейших манипуля- циях контролировать правильность их выполнения, при разрешении врачом прогулок строго соблюдать их продолжительность и условия.

Необходимо инструктировать родителей о правилах гигиены в помещении, где лежит больной ребенок, об уходе за постелью.

Основным уходом за новорожденными (доношенными и недо-ношенными) является строжайшее соблюдение чистоты, а в ряде слу-чаев и стерильности. Матерям с острыми и хроническими инфекци-онными заболеваниями рекомендуют ношение масок, перчаток вовремя ухода за ребенком, соблюдение правил личной гигиены. Орга-низация питания больного ребенка также требует особой выдержан-ности, четкости и умения. При назначении определенной диеты се-мейная медсестра доводит до родителей значимость правильного пи-тания больного ребенка. В процессе лечения диета можетменяться, вотдельных случаях ребенку может назначаться индивидуальный стол.

Все изменения в диете, особенно грудных детей, производятся только после консультации с врачом.

При уходе за больным ребенком важно обучить ухаживающих за ним близких. Это втирания различных растворов и мазей, согре- вающих и лечебных компрессов, проведение паровых процедур (ван- ны, горчичники, горчичное обертывание, банки). В домашних усло- виях возможны при лечении детей физипроцедуры (УФО, озокерит, лечение песком, парафином и т.д.).

Работая в семье, имеющей детей, необходимо учитывать воз- можные медицинские проблемы детей разных возрастов.

**Проблемы детей младшего возраста**. В этом возрасте еще относительно часто встречаются расстройства пищеварения и пита- ния, проявления диатеза, рахит, пневмонии, особенно при неблаго- приятных условиях проживания, питания и ухода. Остается высокой частота острых респираторных заболеваний. Расширение контактов с другими детьми увеличивает угрозу заболевания острыми детскими

инфекциями. В этом же возрасте формируется и большая часть ал- лергических болезней, в том числе и бронхиальная астма.

**Проблемы детей дошкольного возраста**. В структуре заболе- ваемости детей 3-6 лет с высокой частотой регистрируются острые детские инфекции: ангины, отиты, кариес зубов, заболевания желу- дочно-кишечного тракта, невротические реакции, энурез. С возрастом увеличивается частота аномалий рефракции, чаще отмечаются болез- ни уха, горла, носа (аденоиды, гаймориты, тонзиллиты).

У детей 5-7 лет часто встречаются острые инфекции: корь, краснуха, ветряная оспа, эпидемический паротит и другие, могут раз- виться иммунокомплексные заболевания (бронхиальная астма, рев- матизм, нефриты, геморрагический васкулит и др.).

**Проблемы детей младшего школьного возраста**. У детей 7- 11 лет возрастает роль аллергии, в связи с чем чаще встречаются ал- лергические и иммунопатологические болезни. При отсутствии должной тренировки могут развиться астения, ожирение, проявления нервно-артритического диатеза. Острые детские инфекции встреча- ются реже и протекают легче, чем у дошкольников. Реакция ребенка на инфекцию все более напоминает таковую у взрослых.

Период старшего школьного возраста. Важнейшей особенно- стью этого этапа является половое созревание. Ведущее место в структуре заболеваемости подростков занимают хронические заболе- вания органов пищеварения, сосудистой системы, соединительной ткани; эндокринные заболевания. Нередко в подростковом возрасте начинаются гипертоническая болезнь, сахарный диабет, атероскле- роз, возможны туберкулез, венерические заболевания. С началом по- лового созревания выявляются дефекты развития полового аппарата, в связи с гормональной перестройкой возможны дисфункции эндок- ринных желез и отклонения в обмене веществ (зоб, гипертиреоз, ожирение).

Следует также учитывать, что в подростковом возрасте вос- приятие окружающего мира своеобразно, проявляется так называе- мый юношеский максимализм. Конфликты в семье, коллективе не- благоприятно сказываются на общем и психическом здоровье.

Подростки отличаются меньшей адаптивностью и резистент- ностью к действию разнообразных стрессовых ситуаций. Отсюда в последние годы возрастает подростковая наркомания, склонность к алкоголю, курению. Сейчас медсестра должна быть хорошим детским психологом и педагогом. Это поможет завоевать еще больший авто-

ритет в семье, что позволяет направить совместные усилия на пра- вильное развитие, а в случае заболевания – на быстрейшее выздоров- ление ребенка.

**ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ**

Важнейшими показателями физического развития являются – вес, рост, окружность груди, окружность головы. Средний вес ново- рожденных 3500 г для мальчиков и 3400 г для девочек, средний рост соответственно 51 и 50 см. Первоначальный вес удваивается к 4,5 – 5 месяцам и утраивается к году. В первые 2-3 дня жизни происходит физиологическая убыль веса не более 8-10% от исходного, к концу 1- ой и не позднее 2-ой недели вес должен придти к исходному. Средняя прибавка в весе после 12 месяцев составляет около 2 кг в год. В до- школьном и младшем школьном возрасте вес высчитывают по фор- муле Х= 10 кг + 2n, где n – число лет минус 1. С наступлением поло- вого созревания темпы нарастания веса увеличиваются и ежегодная прибавка составляет 4-6 кг.

Рост за первый год жизни увеличивается на 24-25 см, на второй год рост увеличивается на 10 см, на 3-м году на 8-9 см. Далее рассчи- тывают по формуле: Х= 75см + 5,5n, где n – число лет. Рост удваива- ется к 4-4,5 годам и утраивается в период полового созревания.

Окружность головы новорожденного 34-35 см, окружность груди 32-34 см. До 7 летнего возраста окружность груди превышает окруж- ность головы на столько сантиметров, сколько лет ребенку.

У новорожденного незакрыт большой и малый роднички, малый закрывается к 3 месяцам, закрытие большого происходит к 10-15 ме- сяцам жизни. Зубы появляются в 6-8 месяцев, к году имеется 8 зубов. Постоянные зубы прорезываются между 5 и 7 годами.

Таблица 1

**Сроки прорезывания зубов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Зубы | Резцы сред-  ние | Резцы боко-  вые | Клыки | Премо- ляры I | Премо- ляры II | Моля- ры  первые | Моляры вторые |
| Молочные нижние  верхние | мес 6-8  8-9 | мес 10-12  9-11 | мес 18-20  17 -19 | мес 13-15  12-14 | мес 22-24  21-23 | \_ | \_ |
| Постоянные нижние  верхние | лет 5,5-8  6-10 | лет  9-12,5  8,5-14 | лет 9,5-15  9 -14 | лет  9 –12,5  10 -14 | лет  9,5 –15  9 - 14 | лет  5 – 7,5  5 - 8 | лет 10-14  10,5-14,5 |

Зубы мудрости – 18-25 лет

Нижний носовой ход отсутствует и формируется к 4 годам. При- даточные пазухи развиваются на втором году. Миндалины достигают наибольшего развития к 4 - 10 годам, к 14 – 15 годам подвергаются обратному развитию. Глубина дыхания значительно ниже, чем у взрослых, поэтому частота дыхания ускорена.

Таблица 2

**Соответствие возраста и ЧДД у детей**

|  |  |
| --- | --- |
| Возраст | Число дыханий в минуту |
| Новорожденный | 40 –60 |
| 6 месяцев | 35 –40 |
| 5 –6 лет | 30 –35 |
| 8-10 лет | 23 –24 |
| 14-15 лет | 17 |

Таблица 3

**Соответствие возраста и ЧСС у детей**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст | Частота пульса | АД в мм рт.ст. |
| Новорожденный | 135 –140 | 74 /51 |
| 6 месяцев | 130 –135 | 85/64 |
| 1 год | 120 –125 | 91/63 |
| 2 года | 110 –115 | 91/63 |
| 3 года | 105 –110 | 95/69 |
| 5 лет | 100 –105 | 95/69 |
| 10 лет | 78 –85 | 100/61 |
| 15 лет | 70 -76 | 109/76 |

В течение 5-6 недель частота стула 5-7 раз в сутки, у грудного ре- бенка 2-3 раза в день.

Относительные размеры печени и почек в 2 раза больше, чем у взрослых. Протеинообразовательная функция печени недостаточна, что выражается гипопротеинемией.

Мочеиспускание у грудного ребенка 12-15раз в сутки. Емкость мочевого пузыря у новорожденных 50 мл, в 3 месяца – 100 мл, в год – 200 мл, к 10 годам – 800-900 мл.

В первые дни жизни движения глазных яблок не координирова- ны, на 4-6 недели жизни ребенок начинает фиксировать взгляд на предметах. В первые недели ребенок не слышит, так как барабанная полость наполнена жидкостью, с 3-4 месяцев поворачивает голову на звук.

**Нервно психическое развитие ребенка первого года жизни (по М.Н.Щелованиву и Н.М. Аксариной)**

* 1. месяц – первая улыбка в ответ на разговорвзрослых;
     + пытается поднимать и удерживать голову лежа на живо- те.
  2. месяц – спокойно бодрствует, рассматривает висящие над ним игрушки;

- следит взором за движущейся перед глазами игрушкой;

* + - быстро отвечает улыбкой на разговор сним.
  1. месяца – сосредоточивает взгляд на лице разговаривающего взрослого, находясь у него на руках в вертикальномположении;
     + в ответ на разговор с ним проявляет радость улыбкой, звуками и оживленными движениями рук и ног (ком- плексоживления);
     + случайно наталкивается руками на игрушку, висящую над егогрудью;
     + лежит на животе несколько минут, опираясь на предпле- чье и хорошо удерживаетголову;
     + поддерживаемый под мышками, крепко упирается нога- ми, согнутыми в тазобедренныхсуставах;
  2. месяца – по звуку отыскивает невидимый объект – поворачивает голову к источникузвука;
     + во время бодрствования часто улыбается, издает гром- кие звуки, двигается, выпрямляя и сгибая руки иноги;
     + громко смеется;
     + рассматривает, ощупывает и захватывает висящие над нимигрушки;
     + во время кормления придерживает руками бутылку или грудь матери;
  3. месяцев – отличает близких от чужих людей (по-разному реаги- рует);
     + различает тон, с которым к немуобращаются;
     + подолгу певучегулит;
     + легко берет погремушку, которую держат у него перед грудью;
     + подолгу удерживает в рукепогремушку;
     + долго лежит на животе, поднимая корпус и опираясь на ладони выпрямленныхрук;
     + переворачивается со спины наживот;
     + равно и устойчиво стоит при поддержке под мышки; 6 месяцев – начинает лепетать – произносить отдельныеслова;
     + свободно берет игрушку из разных положений иподолгу с нейзанимается;
     + переворачивается с живота наспину;
     + передвигается по манежу, переставляя руки или немного подползая;
     + хорошо ест из ложки, снимая пищугубами; 7 месяцев – подолгулепечет;
     + ищет и находит взором предмет, неоднократно называе- мый, находящийся в определенномместе;
     + играя погремушкой, стучит, размахиваетею;
     + хорошоползает;

1. месяцев – громко и повторно произносит различныеслоги;
   * по просьбе взрослого выполняет различные движения, например «ладушки», «дайручку»;
   * игрушками занимается долго: рассматривает, постуки- вает игрушкой обигрушку;
   * сам садится иложится;
   * придерживается руками за барьер, сам встает, стоит и опускается;
   * переступает вдольбарьера;
   * ест кусочек хлеба, который сам держит вруке;
   * пьет из чашки, которую держитвзрослый;
2. месяцев – подражает слышимым слогам, которые имелись в его лепете;
   * на вопрос: «Где?» отыскивает несколько предметов не- зависимо от ихместоположения;
   * знает свое имя – поворачивается назов;
   * с предметами действует по-разному в зависимости от их свойств: катает шар, вынимает один предмет из другого, сжимает резиновую игрушку идр.;
   * свободно ходит, слегка придерживаясь руками за пред- меты;
   * хорошо пьет из чашки, самостоятельно придерживаяее;
3. месяцев – подражает взрослому – повторяет за ним разнообраз- ные звуки ислоги;
   * по просьбе взрослого дает названнуюигрушку;
   * отвечает на заигрывание: «догоню-догоню», «сорока- воровка» идр.;
   * действия с предметами приобретают устойчивый харак- тер;
   * входит на горку и сходит снее;
4. месяцев – употребляет первые осмысленные слова,например

«ав-ав», «кис- кис», «ляля»;

* + некоторые слова приобретают обобщенный характер. На вопрос: «Где киса?» показывает разныхкошек;
  + по предложениям взрослых выполняет разнообразные разученные действия спредметами;
  + овладевает новыми действиями с предметами: накла- дывает один предмет на другой, снимает и надевает сво- бодно снимающиеся кольца настержень;
  + стоитсамостоятельно;

1. месяцев – легко подражает новымслогам;
   * произносит около 10слов;
   * понимает по слову (без жеста) названия нескольких предметов, часто находящихся в его пользовании, руч- ных действиях и знает имена нескольких взрослых и де- тей;
   * самостоятельноходит;
   * самостоятельно пьет изчашки.

**Последовательность признаков полового созревания Девочки:**

**9-10 лет –** рост костей таза, округление ягодиц, незначительное при- поднятие сосков грудных желез;

**10-11 лет –** куполообразное приподнятие грудной железы, появление волос на лобке;

**11-12лет**- увеличение наружных гениталий, изменение эпителия влагалища;

**12-13 лет –** развитие железистой ткани грудных желез и пигментация сосков, появление первых менструаций;

**13-14 лет -** рост волос в подмышечных впадинах, нерегулярные мен- струации**;**

**16-17 лет –** остановка роста скелета.

**Мальчики:**

**10 – 11 лет –** начало роста яичек и полового члена;

**11-12 лет –** увеличение простаты, рост гортани;

**12-13 лет –** значительный рост яичек и полового члена, рост волос на лобке женского типа;

**13-14 лет –** рост волос в подмышечных впадинах, дальнейшее изме- нение голоса, появление волос на лице, пигментация кожи мошонки, первая эякуляция.

**15-16 лет –** созревание сперматозоидов;

**16-17 лет –** оволосение лобка по мужскому типу, рост волос по всему телу, появление сперматозоидов;

**17 – 21 год –** остановка роста скелета.

Таблица4

**Нормальные лабораторные показатели у детей Кровь детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет (**А.Ф. Тур)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Гемоглобин в % по Сали | Общее количест- во эритроцитов в тыс. на 1 мм 3 | Ретикулоциты впромиллях | Общее число лейкоцитов  в тыс. на 1 мм 3 | Тромбоциты в тыс. в 1 мм 3 | Лейкоцитарная формула | | | | | | | | |
| Палочко- ядерные | Сегменто- ядерные | Нейтро- фильные | Юные | Эозино- филы | Базофилы | Лимфоциты | Моноциты | Клетки Тюр- ка |
| 1-2  мес | 84 | 4450 | 7,0 | 12,1 | 231,3 | 2,5 | 22,0 | 25,0 | 0,5 | 2,5 | 0,5 | 61,5 | 10,0 | 0,5 |
| 5-6  мес | 78 | 4500 | 7,5 | 10,9 | 232,4 | 3,5 | 23,0 | 27,0 | 0,5 | 3,0 | 0,5 | 58,0 | 11,0 | 0,5 |
| 11-12  мес | 76 | 4670 | 5,0 | 10,5 | 243,0 | 3,5 | 28,5 | 32,0 | - | 1,5 | - | 54,5 | 11,5 | 0,5 |
| 2-3  года | 78 | 4760 | 3,5 | 11,0 | 200-  300 | 4,0 | 32,5 | 36,5 | - | 1,5 | 0,5 | 51,5 | 10,0 | - |
| 4-5  лет | 80 | 4890 | 2,6 | 10,2 | 200-  300 | 3,5 | 41,5 | 45,5 | 0,5 | 1 | - | 44,5 | 9,0 | - |
| 10-11  лет | 85 | 4910 | - | 8,2 | 200-  300 | 2,5 | 47,5 | 50,0 | - | 2,5 | - | 38,0 | 9,5 | - |
| 14-15  лет | 86 | 4980 | - | 7,65 | 200-  300 | 2,5 | 58,0 | 60,5 | - | 2,0 | 0,5 | 28,0 | 9,0 | - |

**Обследование ребенка**

Основа успешного обследования ребенка – умение найти общий язык с ним и его родителями. Показано, что при сборе анамнеза врач получает 80% информации, необходимой для постановки диагноза, при физикальном обследовании – 15%, в результате обследования – только 5%.

Физикальное обследование детей до3-х лет следует превращать в игру, дети старшего возраста уже понимают, зачем их привели к врачу. Для обследования детей до 3-х лет врачу следует приобрести небольшие механические и музыкальныеигрушки.

Во время первой встречи очень важно оценить поведение ребен- ка. Каждому возрасту присущ свой тип поведения:

1. года – непослушный, склонный к конфликтам, излишне любопыт- ный;
2. года – надежный, дружелюбный, благоразумный,любящий;
3. года – разочаровавшийся, дерзкий, назойливый,непослушный; 5 лет – обаятельный, гармоничный,независимый;
4. лет – общительный, всем интересующийся, но быстро бросающий начатое;
5. лет – сложный, склонный к дурным поступкам, упрямый,не признающий авторитетов;
6. лет – уступчивый, спокойный,верный;
7. лет – шумный, деятельный, любящийприключения. Приведенные характеристики оченьприблизительны.

При сборе анамнеза выясняют:

1. Состояние ребенка доболезни;
2. Анамнезжизни:

* течение беременности и родов уматери;
* особенности периодановорожденности;
* особенности вскармливания в грудномвозрасте;
* питание в последующиегоды;
* иммунизация;

1. Семейныйанамнез:

* наследственныйболезни;
* заболевания, для которых характерна наследственная предрас- положенность;

1. Состояние здоровья в настоящеевремя:

* настроение;
* физическая активность; аппетит;

зрение; слух;

психомоторное развитие навыки общения; особенности поведения.

**Уход за больным ребенком**

У заболевшего ребенка часто плохой аппетит, поэтому его надо чаще кормить. Пища должна быть в жидком, полужидком виде. Если ребенок с высокой температурой жалуется на сухость во рту, ему следует давать небольшими порциями воду, чай. У маленьких детей температуру лучше измерять в заднем проходе. Трещины на губах смазывают вазелином, сливочным маслом. Для предупреждения оп- релостей регулярно обмывают кожу, особенно в области складок, на- сухо вытирают и припудривают тальком или специальной мазью. При вздутии живота с задержкой стула и отхождения газов следует сделать массаж живота круговыми движениями слева направо в тече- ние 2-3 минут, при отсутствии эффекта поставить газовую трубку или сделать очистительную клизму. Для постановки газоотводной трубки, предварительно прокипяченой и смазанной вазелином, ребенка кла- дут на бок с подтянутыми к животу ногами, трубку вводят враща- тельными движениями на глубины 6-8 см. Трубка может забиваться каловыми массами, поэтому ее необходимо периодически извлекать и промывать. Для очистительной клизмы используют воду комнатной температуры с растительным маслом. Количество жидкости: новоро- жденному–25мл,1-2мес.–30-40мл,2-3мес.–60мл,6-9мес.–

100-120 мл, 9-12 мес. – 120-150 мл, старше 1 года – 200-300 мл.

Горчичники ставят через марлю или чистую ткань, смоченную теплой водой, держат 3-8 мин. Для горчичного обертывания готовят раствор: 2 столовые ложки разводят в 1 стакане теплой воды, затем добавляют воды еще до 1 литра. Пеленку смачивают в растворе, от- жимают, кладут на сухую простыню с одеялом. В область промежно- сти закладывают сухую пеленку, быстро заворачивают ребенка в одеяло на 10-12 мин. Затем обмывают ребенка теплой водой, одевают в сухое белье и кладут в постель.

Для сбора мочи и кала на анализы используют прокипяченые, сухие стеклянные баночки. Перед мочеиспусканием ребенка следует

подмыть. Собирается первая утренняя порция мочи. Количество мочи должно быть не менее 100 мл. Кал берется палочкой с разных участ- ков. Всем детям 1 года 2- кратно проводят исследование крови и мо- чи.

**Диспансерное наблюдение за детьми**

Возраст: 1 –12 месяцев. Патронаж детей: 1-ый месяц – 4 раза, от 1 до 5 месяцев – 2 раза в месяц, от 5 до 12 месяцев – 1 раз в месяц.

Таблица 5

**Диспансерное наблюдение за детьми**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Осмотр специалистами | Скрининг | Профилактические и ле-  чебно-оздоровительные мероприятия |
| Педиатр – по индиви- дуальной схеме, но не реже 1 раза в месяц.  Участковая медсестра – 2 раза в месяц.  Посещение кабинета здорового ребенка с целью обучения зака- ливанию, гимнастике, массажу 4-5 раз в год.  Офтальмолог, ортопед, Невропатолог – до 3-х месяцев. Стоматолог – 1 раз в год. Ортопед – повторно, когда ребе- нок начнет ходить. Другие специалисты по показаниям. | Лабораторный скрининг перед первой вакцина- цией АКДС и в возрасте 1 года:   * общий анализкрови * общий анализ мочи Антропометрия – жела- тельно ежемесячно, но не реже 1 раза в квар- тал: масса тела, длина, окружность го- ловы, окружность груд- нойклетки.   Мониторинг поствакци- нальных реакций.  По показаниям – кон- трольное кормление. | Обучение родителей и ор- ганизация ухода, режима, рационального вскармли- вания. Профилактика ги- погалактии:  - правильная технология грудного вскармливания – рациональное питание и режим для матери. Специфическая ( по на- значению врача) и неспе- цифическая профилактика рахита, анемии. Проведение профилакти- ческих прививок. Санитарное просвещение всемье.  Контроль за долечивани- ем острых заболеваний до полного выздоровления.  При необходимости- ор- ганизация социальнойи  психологической под- держки. |

В возрасте до года по-прежнему актуальными остаются вопросы вскармливания. Целевая установка прежняя – максимальное сохране- ние грудного вскармливания. Согласно данным ВОЗ, к непосредст- венным эффектам грудного вскармливания относится снижение рис-

ка кишечных, респираторно-вирусных инфекций, аллергических за- болеваний, лучшее физическое и нервно-психическое развитие детей. Регуляция биологического возраста созревания детей. Трудно пере- оценить и отдаленные эффекты грудного вскармливания: развитие интеллекта, более успешная социальная адаптация, снижение риска ожирения, полноценность репродуктивной функции, формирование челюстно-лицевого скелета, речи и слуха.

Рекомендации по выбору смесей и введению других продуктов дает только врач. Задача медсестры – научить технологии вскармли- вания т технологии приготовления пищи в домашних условиях (как приготовить соки, каши, пюре, творог, мясные и рыбные блюда).

Оценивая рост и развитие ребенка, медсестра должна помнить, что по одним показателям ребенок может опережать указанные сро- ки, по другим – отставать от них. Нормальный рост ребенка подчинен закономерностям наследования. При этом нужно учитывать, что на- следуются особенности роста необязательно от матери или отца, но и от бабушки или деда.

Медсестра проводит беседы по режиму, массажу, закаливанию, следит за питанием ребенка, контролирует профилактику рахита и проведение профилактических мероприятий в соответствии с нацио- нальным календарем профилактических прививок (см. Приложения).

Таблица 7

**Диспансерное наблюдение детей от 1 года до 15 лет**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Воз- раст | Частота ос- мотра спе- циалистами | Особое внимание обращается на | Дополни- тельные об- следования | Основные пути оз- доровления | Критерий эффективно- сти диспан-  серизации | Прививки |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| С 1 го- | Педиатр –1 | Динамику массы те- | Антропо- | Организация рацио- | Показатели | V = 12-15 мес. – |
| да до 2 | раз в 3мес. | ла, роста, оценку | метрия. | нального вскармли- | нервно- | корь, эпид. паротит, |
| лет | Стоматолог. | нервно- | Клиниче- | вания, массаж,гим- | психическо- | краснуха. |
|  | Другие спе-  циалисты по | психологического и  физического разви- | ский анализ  крови, мочи | настика, закаливаю-  щие процедуры, | го ифизиче-  ского разви- | R1 = 18 мес. –  АКДС, оральнаяпо- |
|  | показаниям. | тия ребенка. Со- | – попоказа- | профилактика ане- | тия. Данные | лиомиелитная вак- |
|  |  | стояние костно- | ниям. Ана- | мии – по показаниям. | клиническо- | цинация(однократ- |
|  |  | мышечной системы, | лиз кала на | Лечениевыявленной | го обследо- | но). |
|  |  | внутреннихорганов.  Характер вскармли- | яйца глистов  – 1 раз в год. | анемии. Проведение  специфической про- | вания. | R2 = 20 мес. -ораль-  наяполиомиелитная |
|  |  | вания, организацию |  | филактики рахита в |  | вакцинация (одно- |
|  |  | режима. |  | осенне-зимнийпери- |  | кратно). |
|  |  |  |  | од – по показаниям. |  |  |
| С 2 лет | Педиатр –1 | Организацию режи- | Антропо- | Организация режима | Показатели |  |
| до 3 | раз в 6мес. | ма, нервно- | метрия. | и питания соответст- | нервно- |
| лет | Офтальмо- | психического ифи- | Клиниче- | венно возрасту, гим- | психическо- |
|  | лог, стомато- | зического развития | ский анализ | настика, закаливаю- | го и физиче- |
|  | лог. Другие | ребенка. Состояние | крови, мочи | щие процедуры. Са- | ского разви- |
|  | специалисты | костной, зубочелю- | – попоказа- | нация хронических | тия. Данные |
|  | по показани- | стной, мышечной | ниям. Ана- | очагов инфекции, | клиническо- |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ям. | систем, состояние внутреннихорганов. | лиз кала на яйца глистов  – 1 раз в год. | профилактика эпи- демического зоба в  отдельных районах. | го обследо- вания. |  |
| 3 года | Педиатр – 1 раз в 6 мес. Офтальмо- лог, стомато- лог. Другие специалисты по показани- ям. | Организацию режи- ма, нервно- психического и фи- зического развития ребенка. Состояние костной, зубочелю- стной, мышечной систем, состояние внутреннихорганов. | Антропо- метрия.  Клиниче- ский анализ крови, мочи  – 1 раз в год. Анализ кала на яйца гли- стов – 1раз  в год. | Организация режима и питания соответст- венно возрасту, гим- настика, закаливаю- щие процедуры. Са- нация хронических очагов инфекции. | Показатели нервно- психическо- го и физиче- ского разви- тия. Данные клиническо- го обследо- вания. |  |
| 4 и 5 лет | Педиатр – 1 раз в год. Другиеспе-  циалисты по показаниям. | То же | То же | То же |  |  |
| 6 лет | Педиатр, отоларинго- лог, логопед, невропато- лог, стомато- лог, хирург, ортопед.  Другие спе- циалистыпо | Нервно- психическое и фи- зическое развитие. Выявление кариоз- ных зубов, дефектов осанки, речи,слуха. | Антропо- метрия.  Клиниче- ский анализ крови, мочи, анализ кала на яйца гли- стов.Другие  обследова- | Лечение выявленной патологии. Органи- зации рационального режима и питания, гимнастика, закали- вающие процедуры. | Показатели нервно- психическо- го и физиче- ского разви- тия: работо- способность, частота за-  болеваний. | Ревакцинация про- тив кори, краснухи, эпидемического па- ротита. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | показаниям. |  | ния по пока-  заниям. |  |  |  |
| 7 лет | Педиатр в | Школьный и до- | Антропо- | Соблюдение гигие- | Показатели | БЦЖ |
| (1-й  класс) | конце учеб- ного года и  стоматолог 1 | школьный режим. Внешкольные на-  грузки, питание, | метрия и проверка  остротызре- | нического режима школе и дома,орга-  низация питания, | нервно- психическо-  го и физиче- | R1 – 7 лет.  R2 против дифтерии, столбняка. |
|  | раз в год. | быт. Состояние | ния. | физического воспи- | ского разви- |  |
|  | Другие спе- | внутренних органов. |  | тания, закаливающих | тия: работо- |  |
|  | циалисты по | Нервно- |  | мероприятий, под- | способность, |  |
|  | показаниям. | психическое и фи- |  | вижных игр, туризма | степень ус- |  |
|  |  | зическое развитие, |  | и др. Лечение выяв- | воения |  |
|  |  | наличие нарушений |  | ленной патологии. | учебной |  |
|  |  | осанки, понижение |  |  | программы, |  |
|  |  | остроты слуха, ка- |  |  | частота за- |  |
|  |  | риес зубов, дефекты |  |  | болеваний. |  |
|  |  | речи, прикуса. |  |  |  |  |
| 8 лет | Педиатр, | То же | То же. Ана- | То же | То же |  |
| (2-й | стоматолог 1 |  | лиз кала на |  |  |
| класс) | раз в год. |  | яйца гли- |  |  |
|  | Другие спе- |  | стов.Другие |  |  |
|  | циалисты по |  | обследова- |  |  |
|  | показаниям. |  | ния по пока- |  |  |
|  |  |  | заниям. |  |  |
| 9 лет | Педиатр, | То же + степеньус- | То же. Ана- | То же | То же |  |
| (3-й | окулист, | воения программы | лиз крови на |  |  |
| класс) | невропато- | начальной школы. | гемоглобин, |  |  |
|  | лог, отола- |  | лейкоциты, |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ринголог, хирург и другие спе- циалисты по показаниям в конце учеб-  ного года. |  | сахар, СОЭ, кала на яйца глистов 1 раз в год. Дру- гие обследо- вания по по-  казаниям. |  |  |  |
| 10, 11 | Педиатр, | Школьный и до- | То же | Соблюдение гигие- | Показатели |  |
| лет (4- | стоматолог 1 | школьный режим. |  | нического режима | нервно- |
| й и 5-й | раз в год. | Внешкольные на- |  | школе и дома,орга- | психическо- |
| класс) | Другие спе- | грузки, питание, |  | низация питания, | го и физиче- |
|  | циалисты по | быт. Состояние |  | физического воспи- | ского разви- |
|  | показаниям. | внутренних органов. |  | тания, закаливающих | тия, работо- |
|  |  | Нервно- |  | мероприятий, под- | способность, |
|  |  | психическое и фи- |  | вижных игр, туризма | степень ус- |
|  |  | зическое развитие, |  | и др. Лечение выяв- | воения |
|  |  | наличие нарушений |  | ленной патологии. | учебной |
|  |  | осанки, понижение |  |  | программы, |
|  |  | остроты слуха, ка- |  |  | частота за- |
|  |  | риес зубов, дефекты |  |  | болеваний. |
|  |  | речи, прикуса. |  |  |  |
| 12 лет | Педиатр, | Физическое разви- | То же. Ана- | Соблюдение сани- | То же + |  |
| (6-й | окулист, | тие, состояние орга- | лиз крови на | тарно-гигиенических | удовлетво- |
| класс) | невропато- | нов зрения, слуха, | гемоглобин, | условий среды, ра- | рительная |
|  | лог, стомато- | артериальное дав- | лейкоциты, | циональная органи- | адаптация к |
|  | лог, хирург, | ление, осанку, опре- | СОЭ, кала на | зация учебной итру- | той или иной |
|  | ортопед 1 раз | деление пригодно- | яйца гли- | довой деятельности, | профессии. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | в год. Другие специалисты по показани- ям. | сти к той или иной профессии. | стов, изме- рение арте- риального давления.  Другие об- следования попоказани-  ям. | режима дня, физиче- ского воспитания. Санация полости рта и носоглотки. Лече- ние выявленной па- тологии. |  |  |
| 13-14  лет | 1 раз в год педиатр, стоматолог | Организация школьного и до- машнего режима, внешкольные на- грузки,питание. | Антропо- метрия.  Проверка остроты зре- ния, кал на яйцаглистов  1 раз в год. | То же |  | R – против краснухи (девочки), против вирусного гепатита В (ранее не приви- тые).  R3 – против дифте- рии, столбняка.  R3 – против полио- миелита Ревакцинация про- тивтуберкулеза. |
| 15 лет | 1 раз в год педиатр, ЛОР, стома- толог, оку- лист, хирург, невропато- лог, ортопед, гинеколог | Состояние зрения, слуха, АД, половое развитие | Антропо- метрия.  Анализ кро- ви : гемо- глобин, СОЭ, лейко- циты, группа крови, резус принадлеж-  ность, про- веркаАД. | То же |  |

**РГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ**

В настоящее время приблизительно 30% населения мира состав- ляют индивидуумы в возрасте от 10 до 24 лет. В развитых странах аб- солютная численность молодых людей сокращается, тогда как в раз- вивающихся странах она стремительно увеличивается.

В нашей стране весьма остро стоит проблема укрепления здоровья молодых людей. Установлено, что в настоящее время только 10%

школьников признаются здоровыми. К окончанию школы только ка- ждая десятая девушка может считаться здоровой, у всех остальных -

«букет» хронических заболеваний, половина из которых затрагивает детородные функции. Каждый третий юноша не может быть призван на военную службу по состоянию здоровья (для сравнения – в 1985г.

– только каждый двадцатый). Почти треть подростков имеют психи- ческие расстройства, 33% - умственную отсталость и психопатии. Психические и нервные заболевания приводят к инвалидности чаще, чем такие распространенные недуги, как артериальная гипертензия, артрит и сахарный диабет. Отмечается прогрессивный рост инвали- дизации лиц молодого возраста.

Серьезность положения еще более усугубляется тем, что подро- стки с их стремлением к независимости неловко чувствуют себя при общении с сотрудниками служб здравоохранения, которые имеют лишь опыт общения с детьми и их родителями. Молодых людей мо- гут оттолкнуть некоторые чисто внешние эстетические и организаци- онные атрибуты обычных учреждений здравоохранения (например, формальные процедуры в регистратуре поликлиники, отношение персонала и пр.).

Таким образом, проблема укрепления здоровья подростков весьма актуальна. Вместе с тем, современные молодые люди могут взять на себя часть ответственности за охрану своего здоровья и при- нять активное участие в профилактике заболеваний.

**Возрастные пределы подросткового периода и молодости**

Подростковый период – это период жизни, во время которого происходит биологическое, психологическое и социальное созрева- ние индивидуума. Юность представляет собой этап перехода от под- росткового периода к взрослому состоянию.

Начало подросткового периода обычно связывают с началом полового созревания и появлением вторичных половых признаков, конец его обозначен менее четко – до достижения индивидуумом полной половой и репродуктивной зрелости. В процессе психологи- ческого развития на смену детским формам познавательной и эмо- циональной деятельности приходят соответствующие формы, свойст- венные взрослым. К окончанию подросткового периода происходит выход из состояния полной социально-экономической зависимости, свойственной детям, и приобретение относительной независимости.

ВОЗ рекомендует употреблять термины «молодые люди», «под- ростки», «молодежь» для обозначения возрастного периода от 10 до 24 лет, при этом выделяя 3 периода: 1) 10-14 лет, 2) 15-19 лет и 3) 20- 24 года. Понятие «юность» включает в себя возрастной период от 15 до 24 лет.

На раннем этапе подросткового периода (10-14 лет) происходит адаптация к физиологическим и анатомическим изменениям, связан- ным с процессом созревания; изменение поведения в соответствии с признаками сексуальной зрелости.

Середине подросткового периода (14-17) лет свойственна иден- тификация себя как личности, в том числе сексуальной и социальной сферах.

К концу подросткового периода (17-20) лет молодой человек может применять на практике свой багаж знаний, окончательно фор- мируется как личность с составлением для себя « общей картины ми- ра»; происходит отбор таких видов деятельности и поведения, кото- рые оптимальны как для индивидуума, так и для общества.

**Физиологические и психологические изменения в подростковый период**

В подростковый период происходит значительное изменение характера гормональной секреции гонадотропных гормонов гипофи- за, что влечет за собой развитие фолликулов яичников и семенных канальцев яичек. У девочек в начале полового созревания уровень эс- трогенов резко повышается, и в дальнейшем его образование приоб- ретает циклический характер. У мальчиков в пубертатный период так же отмечается увеличение секреции эстрогенов, но не столь заметное, тогда как основным изменением является резкое увеличение секре- ции тестостерона.

Как у мальчиков, так и у девочек, надпочечники начинают уси- ленно выделять андрогены, и это обусловливает формирование неко- торых вторичных половых признаков, таких, например, как рост во- лос на лобке и в подмышечной впадинах.

Первым признаком начала полового созревания у мальчиков обычно является увеличение размеров яичек, что связано с началом сперматогенеза. Рост волос на лобке сопровождается ускоренным ростом тела в высоту и увеличением размера пениса. Волосы на лице и в подмышечных впадинах появляются в среднем через 2 года после начала роста волос на лобке. Изменение голоса, связанное с ростом

гортани, происходит на сравнительно поздней стадии подросткового периода и может продолжаться в течении1-3 лет. Первая эякуляция обычно происходит во время сна в середине или в конце пубертатно- го периода. Средняя продолжительность периода полового созрева- ния – 3 года. Однако он может удлиниться у мальчиков от 2 до 5,5 лет, а у девочек – от 1,5 до 5лет.

У девочек первым признаком полового созревания является раз- витие грудных желез, которое начинается в возрасте от 8 до 13 лет. Вслед за этим, в течение года, начинается рост волос на лобке, рост тела высоту и изменение общей конституции. Первой менструации обычно предшествует, по меньшей мере, двухлетний период развития грудных желез. Возраст первой менструации может варьировать от 10 до 16,5лет.

В результате пубертатного скачка роста также отмечаются из- менения физической конституции. У девочек происходит значитель- ное увеличение ширины бедер, тогда как у мальчиков увеличивается прежде всего ширина плеч. У обоих полов наблюдается увеличение мышечной массы, однако у мальчиков это в большей степени, чем у девочек. Происходит расширение и утолщение костей, изменяется форма и размеры лица, причем это более выражено у мужчин, чем у женщин.

Основные особенности психологии подростка – становление са- мосознания, эгоизм и недоверчивость. Для подростков характерны пристальный интерес к своей внешности (фигуре, весу, росту, со- стоянию кожи и т.д.), сильные переживания неудач в отношении с лицами противоположного пола, низкая самооценка. Подростки тре- буют уважения к своему внутреннему миру и всегда радостно охра- няют его от постороннего вмешательства.

В возрасте около 12 лет дети обретают способность оперировать гипотезами и суждениями, способность к систематическому и рацио- нальному абстрактному мышлению. Отмечается постепенный пере- ход от безоговорочного принятия норм и правил. Установленных взрослыми, к стадии критической оценки этих правил. Это порожда- ет конфликт между подростками и его наставниками. Подростки час- то восстают против обычаев и авторитетов. Склонность к бунтарству обычно исчезает к 18 годам.

Проявления бунтарства:

* осуждение родителей, сомнение в ихправоте;
* привычка грубо обрывать членов семьи и дажедрузей;
* необычные и даже вызывающие одежда иприческа;
* курение и употреблениеалкоголя;
* хвастовство и позерство;
* бурные любовныеувлечения.

Нужно отличать естественное для подростков бунтарство от психических нарушений: отказ посещать школу, вандализм и варвар- ство; наркоманию и токсикоманию; беспорядочную половую жизнь; нервную анорексию и булимию, развитие депрессии вплоть до суи- цида.

Психологическое значение имеют и сроки начала и протекания физического созревания в подростковый период. Рано созревшие мальчики имеют несколько более выраженную индивидуальность, держаться более свободно, более добродушны и в целом более урав- новешенны. Напротив, поздно созревшие мальчики обычно ведут се- бя менее адекватно, менее уверенны в себе, более беспокойны.

Изменения психологического статуса у девочек менее четки – раннее созревание в одних случаях оказывается преимущество, в дру- гих – наоборот. Девочка, у которой рано начался процесс созревания, в некоторых случаях может испытывать чувство неловкости и сму- щения и стараться скрыть развитие груди путем изменения нормаль- ной позы своего тела.

Подросткам необходима конфиденциальная помощь, оказывае- мая в соответствии с их собственным желанием. Особое внимание должно уделяться этическим аспектам взаимоотношений между под- ростком и персоналом.

**Уровни медико-социальной помощи подросткам:**

I. ***Самопомощь:***

отказ от курения и других вредных привычек ; рациональное питание;

занятие физкультурой и спортом;

2. ***Помощь, оказываемая общественными организациями совме- стно с учреждениями здравоохранения:***

Программы предотвращения патологического поведения, охрана сексуального и репродуктивногоздоровья;

регуляция нормального веса тела;

профилактика суицидального поведения; адаптация к факторам, вызывающимстресс;

предупреждение нежелательной беременности; профилактика заболеваний, передающихся половым путем; соблюдение техники безопасности на производстве.

З. ***Медико-социальная помощь, оказываемая на базе учреждений***

***здравоохранения и социальной защиты:***



коррекция речевых и коммуникативных расстройств; коррекция аномалий роста и развития;

аборты;

лечение острых и хронических заболеваний; коррекция аномалий сексуального поведения;

лечение депрессий и другихпсихическихзаболеваний;коррекция психологическихнарушений.

Ведение подростков требует особой чуткости и такта. **Этические принципы при общении с подростками:**

1. Общение наедине, создание доверительных отношений, соблюде- ние врачебнойтайны.
2. Необходимо расположить к себе, быть терпеливым, дать подростку высказаться, не осуждать, успокоить, объяснятьтерпеливо.

З. Уметь уважать его чувства и точку зрения, уметь чувствовать то, о чем подросток стесняется говорить.

1. Круг беседы должен включать в себя: цель в жизни, самооценку, учебу, свободное время, материальное положение, суицидальные на- мерения, конфликты всемье.
2. Уточняется характер взаимоотношений с родственниками и свер- стниками, наличие жестокого обращения в семье, употребление нар- котиков,алкоголя.

б. Устанавливаются основные правила поведения, даются советы по ведению здорового образа жизни, объясняются губительные послед- ствия несоблюдения этих правил.

7. Помнить о возможности депрессии и суицидальных попыток.

**3. Особенности ведения пациентов пожилого и старческого возраста.**

Одно из наиболее характерных демографических явлений со- временной эпохи - значительное увеличение численности населения пожилого и старческого возраста. Особую актуальность в ведении этого контингента больных приобретают меры по обеспечению дли- тельной сохранности их здоровья, работоспособности и продлению их активной жизни.

Эти мероприятия заключаются в медико-социальной адаптации, реабилитации лиц пожилого и старческого возраста с различными за- болеваниями, организации ухода и т.д.

В реализации этих мероприятий большую помощь врачам- гериатрам оказывают участковые врачи, врачи общей практики и ме- дицинские сестры. Не все больные этого возраста нуждаются в по- стоянном наблюдении врача, чаще им необходимы поддерживающее лечение, уход, помощь в быту. Это в полной мере могут осуществить медицинские сестры общей практики и социальные работники под руководством врача.

Врач должен правильно оценить физическое, умственное, соци- альное состояние пациента, отличить возрастные проявления от из- менений, связанных с болезнью; построить план ведения больного; уметь входить в контакт с больным, его семьей, социальными служ- бами; организовать уход. Медицинская сестра, являясь помощником врача, выполняет данные им рекомендации по лечению больных, осуществляет уход за больным, работает в тесном контакте с боль- ными и их родственниками. Медицинские работники, работающие с лицами пожилого и старческого возраста, должны быть знакомы с основными положениями гериатрии.

**Пожилым считается возраст 60-74 года, старческим - 75-89 лет, более 90 лет - долгожители.**

Раздел медицины и биологии, изучающий закономерности ста- рения, старости, долголетия живых организмов называется ***геронто- логией.*** Ее составной частью является ***гериатрия*** - раздел клиниче- ской медицины, занимающийся исследованием особенностей течения заболеваний, методов лечения и профилактики в этой возрастной группе, вопросами медицинской этики и деонтологии.

В настоящее время большинство наблюдающихся в амбула- торных условиях пациентов составляют лица пожилого и старческого возраста.

В нашей стране гериатрическая служба получила развитие в по- следние годы: в поликлиниках работают врачи-гериатры, организу- ются гериатрические койки, дневные стационары и стационары на дому.

**Возрастные изменения**. Старение является физиологическим этапом развития организма. В этот период жизни возникают наруше- ния, которые непосредственно связаны с возрастом. Это атероскле- роз, ухудшение зрения, тугоухость и др. Эти нарушения встречаются у большинства лиц пожилого и старческого возраста. Возрастные из- менения организма при старении способствуют развитию ряда забо- леваний (сахарный диабет, поражение опорно-двигательного аппара- та, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и т.д.).

В пожилом возрасте часто наблюдается плохой аппетит в связи со снижением функции вкусовых и обонятельных рецепторов, пище- варительных желез. У них быстро наступает насыщение. Врач и мед- сестра должны определить, не является ли плохой аппетит и отказ от пищи следствием старческой депрессии или применения лекарствен- ных препаратов.

Часто у пожилых наблюдаются изменения водно-электро- литного обмена, связанные с нарушением функции почек, различ- ными заболеваниями и использованием лекарств. В старческом воз- расте нарушается восприятие жажды, возникает риск дегидратации, при потере воды и натрия развивается слабость, сонливость, тахикар- дия, ортостатическая гипотония, поэтому медсестра должна следить за достаточным потреблениемжидкости.

У пожилых может развиться и гипокалиемия при потере жидко- сти при приеме слабительных, диуретиков и неадекватном потребле- нии калия. При этом возникает слабость, мышечные судороги, боли и перебои в работе сердца. Медсестра должна обращать внимание на эти признаки и своевременно докладывать врачу.

В пожилом возрасте часто отмечаются головокружения, нару- шение походки в связи с поражением сосудов головного мозга, мы- шечной слабостью, тугоухостью, ухудшением зрения. Это может привести к падениям с травмами различной степени тяжести. Врач и медсестра совместно должны разобраться в причинах падений. Воз-

можно, это связано с мышечной слабостью, неврологической сим- птоматикой, тугоухостью, приемом лекарств. Больного необходимо подробно расспросить, какими симптомами сопровождалось падение (головокружение, мелькание мушек перед глазами, тошнота, боли в сердце, нарушения ритма и т.д.), какие препараты больной принимал и что делал перед падением. Иногда при физическом обследовании можно установить причину падения. Роль медсестры также в уста- новлении возможной внешней причины падения (крутая лестница, скользкий пол и т.д.). Все полученные сведения медсестра сообщает врачу для определения основного заболевания и назначения лечения. Для уменьшения риска падения медсестра должна указать больному на необходимость уменьшения двигательной активности, осторожно- сти при перемещениях, помогать больному при ходьбе, рекомендо- вать при прогулке пользоваться подсобнымисредствами.

У лиц пожилого возраста достаточно часто отмечаются обмо- рочные состояния. Обмороки в этом возрасте могут быть ортостати- ческими, постпрандиальными (через 1 час после приема пищи), при синдроме каротидного синуса (при движении шеи, запрокидывании головы и т.д.). Медсестра должна подробно расспросить больного о его состоянии и доложить врачу. В этих случаях проводится лечение основного заболевания. Кроме того, больному рекомендуется: избе- гать натуживания и резких движений, принимать пищу малыми пор- циями и отдыхать после приема пищи, при ортостатических обморо- ках – носить эластичные чулки, приподнимать головной конец крова- ти.

Еще одной проблемой старческого возраста является нарушение сна - бессонница, перераспределение сна, дневной сон. Способство- вать этому могут хронические заболевания (например, протекающие с сердечной астмой, никтурией), нерациональный распорядок дня, некомфортный климат в спальне, поздний прием пищи и лекарств. Врач и медсестра должны информировать больного о возрастных из- менениях сна, о необходимости поддерживать физическую актив- ность. Кроме устранения причины и лечения заболеваний, даются общие рекомендации: ежедневно ложиться в одно время, перед сном проветривать помещение, не ужинать поздно, не принимать на ночь кофе.

В пожилом возрасте происходят изменения поведения, которые могут быть связаны с развитием старческой деменции. Кроме того, наблюдаются паркинсонизм, болезнь Альцгеймера, инволюционный

психоз, острые нарушения мозгового кровообращения. Изменения поведения могут быть психическими (тревожное состояние, мания, депрессия). Кроме того, могут наблюдаться психотические расстрой- ства (паранойя, бред, галлюцинации и т.д.). Медсестра должна обра- щать внимание на изменение поведения пациента и доложить врачу. Следует помнить, что чаще это наблюдается у лиц, живущих в домах- интернатах или совместно с молодыми родственниками, при перехо- де к более ограниченному окружению. Кроме назначения соответст- вующего лечения, большое значение имеют изменение окружения пациента, адекватный физический труд и т.д. В этом большую по- мощь врачу может оказать медицинская сестра.

Знание возрастных изменений позволяет отличить их от основ- ных клинических проявлений заболеваний, встречающихся в пожи- лом и старческом возрасте.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВА- НИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

У лиц пожилого и старческого возраста течение многих заболе- ваний имеет свои особенности. На фоне возрастных изменений уча- щается патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем, опор- но-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта. Заболева- ния протекают более тяжело, часто развиваются осложнения.

В связи со снижением реактивности организма ***многие распро- страненные заболевания могут протекать атипично и малосим- птомно***. Так, при инфекционных и воспалительных заболеваниях часто отсутствует повышение температуры тела. Хирургические за- болевания, требующие оказания неотложной помощи, могут проте- кать стерто, что затрудняет своевременную диагностику. Крайне ред- ко в этом возрасте наблюдается одно заболевание. Часто отмечается сочетание нескольких заболеваний, значительно утяжеляющих со- стояние пожилого пациента.

Не всегда возможно проведение необходимого обследования из- за тяжести течения болезни, что создает определенные сложности в диагностике и лечении. В большинстве случаев ***патология носит хронический характер***, что требует постоянного наблюдения и под- держивающего лечения.

Не только врач, занимающийся лечением этой категории боль- ных, но и медицинская сестра должна быть хорошо знакома с основ-

ными клиническими проявлениями и особенностями течения заболе- ваний, встречающихся в пожилом и старческом возрасте. Так как медсестра больше, чем врач контактирует с больным, в еѐ задачи входит выявление новых признаков заболевания, изменения состоя- ния больного, синдромов, требующих оказания неотложной помощи. Обо всем она должна своевременно информировать врача.

Необходимо остановиться на особенностях течения наиболее распространенных терапевтических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

Патология **сердечно-сосудистой системы** занимает особое ме- сто в заболеваемости лиц старших возрастных групп.

**Артериальная гипертензия (АГ)** встречается у данного кон- тингента больных достаточно часто, у лиц старше 65 лет она превы- шает 50%. АГ оказывает отрицательное влияние на состояние здоро- вья и качество жизни, вызывая развитие коронарных, мозговых и по- чечных осложнений и рост смертности. Процент сердечно- сосудистых осложнений высок (инсульт, инфаркт, сердечная недос- таточность). Риск осложнений определяется не только уровнем диа- столического артериального давления, как считалось долгое время, но и уровнем систолического давления, позволяющим прогнозиро- вать сердечно-сосудистый риск. Кроме того, у пожилых пациентов часто АГ характеризуется высоким пульсовым давлением, являю- щимся дополнительным фактором риска сердечно-сосудистых забо- леваний.

Причины, приводящие к развитию АГ, те же, что и в других воз- растных группах. На долю эссенциальной АГ приходится до 90% всех случаев АГ у пожилых лиц. Симптоматические гипертензии, кроме реноваскулярной гипертонии, связанной с атеросклерозом, встречаются реже. Но имеется ряд отличительных особенностей про- явления АГ в пожилом и старческом возрасте. Больные, как правило, имеют большую давность заболевания. Во многих наблюдениях от- мечается высокая солечувствительность артериального давления (АД).

Характернавысокаячастота―псевдогипертонии‖из-заповыше-нияжесткостисосудов,―гипертониибелогохалата‖,постпрандиаль- ной гипотонии, ортостатической гипотонии. Ортостатическая гипо- тензия может приводить к падениям и черепно-мозговым травмам. У пожилых больных отмечается нарушение циркадного ритма АД. У этойкатегориипациентовболеечемв50%случаевнеотмечается

адекватного снижения АД ночью, часто регистрируется ночная ги- пертензия или избыточное снижение АД в ночные часы. Кроме того, часто отмечается быстрый и выраженный утренний подъем АД. Эти нарушения суточного ритма АД являются предикторами тяжелых сердечно-сосудистых осложнений. Наблюдается высокий процент гипокинетического типа гемодинамики.

У пожилых лиц имеется так называемая **изолированная систо- лическая гипертензия (ИСАГ)**, которая рассматривается как само- стоятельная форма АГ с повышением только систолического давле- ния. По данным эпидемиологических исследований, в популяции по- жилых пациентов лица с ИСАГ составляют 2/3 больных АГ. Есть ос- нования полагать, что частично она определяется возрастными изме- нениями в сердечно-сосудистой системе. Происходит снижение эла- стичности аорты и крупных артерий, с отложением в их стенке кол- лагена, эластина, гликозаминогликанов и кальция. Сосуды теряют способность реагировать на изменение АД в систолу и диастолу. Атеросклероз усугубляет эти изменения.

У лиц пожилого и старческого возраста способствуют повыше- нию АД и другие факторы - снижение почечного и мозгового крово- тока, уменьшение количества и чувствительности бета-2- адренорецепторов, снижение сердечного выброса, увеличение объема внеклеточной жидкости.

В генезе повышения АД имеют значение, как гемодинамические факторы, так и нейрогормональная дисфункция.

Клиническая картина АГ у пожилых имеет ряд особенностей, хотя может не отличаться от таковой у молодых больных. Иногда повышение АД дает очень скудную клиническую симптоматику, вплоть до полного отсутствия жалоб у пациентов. Вместе с тем кли- нически выявляется функциональная недостаточность мозга, сердца, почек и частые осложнения (инсульт, инфаркт, сердечная недоста- точность).

ИСАГ чаще протекает бессимптомно, реже - с жалобами на го- ловную боль, головокружение, шум и пульсацию в голове, периоди- чески с гипертоническими и гипотоническими кризами.

Гипертонические кризы у пожилых характеризуются внезапным началом, высоким подъемом давления, наличием кардиальных, це- ребральных и вегетативных симптомов.

У пожилых больных отмечается высокая частота сочетания ИСАГ и метаболических нарушений (дислипидемия, сахарный диа- бет, подагра).

АГ у лиц пожилого и старческого возраста часто сочетается с

**ишемической болезнью сердца (ИБС).**

Для лиц данной возрастной группы характерно более широкое, по сравнению с молодыми, распространение ИБС. Это связано с уве- личением у них частоты и тяжести атеросклеротического процесса, а также со сдвигами в иммунной и эндокринной системах, системе свертывания крови, нарушении липидного и углеводного обменов.

**Различные формы ИБС** развиваются на фоне изменений серд- ца и сосудов возрастного характера. Факторы риска ИБС в этом воз- расте: сам возраст (старение), нарушение липидного обмена, особен- но гиперхолестеринемия, повышение уровня триглицеридов, АГ, ги- подинамия, повышение сахара в крови или нарушение толерантности к глюкозе, нарушение системы свертывания крови, ожирение, стрес- сы, наследственная предрасположенность. Способствуют развитию ИБС также нарушение функции щитовидной железы, хроническая обструктивная болезнь легких, избыточное потребление соли, недос- таточное содержание в пище ненасыщенных жирных кислот, витами- нов, клетчатки.

Провоцировать приступ ***стенокардии или развитие инфаркта миокарда*** у пожилых больных могут метеорологические факторы, обильная еда, жирная пища, тяжелая физическая нагрузка, или не- большая физическая нагрузка, но после приема пищи.

Кроме того, ухудшают течение ИБС у пожилых инфекционные или хронические соматические заболевания в стадии обострения, приводящие к дестабилизации ИБС, отказ от медикаментозной тера- пии, бесконтрольный прием лекарственных препаратов.

Заболевание протекает более тяжело, часто осложняется нару- шениями ритма и сердечной недостаточностью и сочетается с другой патологией (сахарный диабет, хроническая ишемия мозга, артериаль- ная гипертензия, ожирение).

Приступы стенокардии отличаются меньшей интенсивностью, но большей продолжительностью, сочетанием с аритмиями (экстра- систолия, пароксизмальные нарушения ритма, мерцательная аритмия, блокады сердца с резкой брадикардией). Боли в сердце могут иметь характер сдавливания, чувство стеснения или тяжести загрудиной

или в области сердца, в левой руке, под левой лопаткой, в левом пле- чевом суставе, области шеи, а также в верхней части живота. Может наблюдаться необычная иррадиация болей (в челюсть, затылок, шею, лоб) или ощущение боли только в зонах иррадиации. Иногда лица пожилого возраста вместо боли ощущают «чувство тяжести» в левой половине грудной клетки.

В момент приступа может наблюдаться повышение АД, или же, наоборот, повышение АД может привести к приступу стенокардии.

В пожилом возрасте при различных формах ИБС часто наблю- даются ***безболевые (атипичные) формы***, особенно при развитии ин- фаркта миокарда. Эквивалентом боли могут быть приступ одышки, нарушения ритма сердца или неврологическая симптоматика (чаще в вертебробазилярной системе). Эмоциональная окраска приступа не- яркая, вегетативные проявления выражены слабо или вовсе отсутст- вуют.

Существуют большие трудности в диагностике прогрессирую- щей ИБС у больных пожилого и старческого возраста. Следует обра- щать внимание на появление таких симптомов, как учащение присту- пов удушья, неприятные ощущения в области сердца и за грудиной, нарушения ритма сердечной деятельности, неврологическую сим- птоматику. Большую помощь в диагностике оказывает ЭКГ, в осо- бенности холтеровское мониторирование, увеличение частоты и дли- тельности эпизодов ишемии миокарда свидетельствует о развитии нестабильной стенокардии. Возможно проведение плановых инва- зивных исследований (коронароангиография), так как риск осложне- ний при их проведении у пожилых лиц повышен незначительно.

**Нарушения ритма и проводимости** увеличиваются с возрас- том. Они связаны с различными заболеваниями (ИБС, ревматизм и т.д.) и возрастными изменениями (снижение автоматизма синусного узла, гипертрофия миокарда, ухудшение микроциркуляции, гипоксия, нарушение метаболизма). У пожилых пациентов в клинической кар- тине превалируют жалобы не на перебои и сердцебиение, а общие симптомы, сопровождающие аритмии (слабость, беспокойство, голо- вокружение). Поэтому в диагностике аритмий у пожилых лиц особое значение приобретает холтеровское мониторирование. Среди нару- шений ритма у лиц пожилого и старческого возраста чаще всего на- блюдаются наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы, паро-

ксизмальные тахикардии, мерцательная аритмия, брадиаритмии и на- рушения проводимости.

**Хроническая сердечная недостаточность (ХСН**) - это одна из основных причин смертности больных пожилого возраста. В настоя- щее время хронической сердечной недостаточностью страдает 1–2% населения развитых стран. Ежегодно хроническая сердечная недоста- точность развивается у 1% лиц старше 60 лет и у 10% лиц в возрасте старше 75 лет, составляя 6–15% среди лиц старше 65 лет.

В пожилом и старческом возрасте наиболее частой причиной ХСН является ИБС и АГ, часто в сочетании с сахарным диабетом. К развитию ХСН могут также приводить тахисистолическая форма мерцательной аритмии, тяжелая анемия и гипертиреоз, хроническая обструктивная болезнь легких с развитием легочного сердца. Кроме того, в основе ХСН у данного контингента больных могут лежать за- болевания, которые редко или совсем не встречаются у лиц молодого и среднего возраста. Это сенильный (старческий) амилоидоз, сениль- ный аортальный стеноз.

Клинические проявления сердечной недостаточности в этом возрасте имеют особенности, затрудняющие диагностику. Симптомы часто нетипичны, маскируются сопутствующей патологией и естест- венными возрастными изменениями (снижение толерантности к фи- зической нагрузке, уменьшение массы тела из-за дистрофических процессов, возрастные особенности сердечно-сосудистой системы).

Одышка у пожилых больных может отсутствовать, а тахикардия быть признаком другого заболевания. Отеки нижних конечностей у данных больных часто связаны с увеличением гидрофильности тка- ней, варикозным расширением вен, приемом лекарственных препа- ратов (антагонисты кальция). Все это приводит как к гиподиагности- ке, так и к гипердиагностике ХСН.

В отличие от больных молодого и среднего возраста, у пожилых больных с ХСН для определения характера поражения сердца и воз- можной причины обычно не используются инвазивные методы диаг- ностики, тем не менее, ключевые диагностические подходы остаются стандартными. Для постановки диагноза требуются клинические при- знаки ХСН с объективными доказательствами наличия систоличе- ской и/или диастолической дисфункции (предпочтительно с помо- щью ЭхоКГ). В клинической практике обычно условно различают два варианта течения ХСН в зависимости от величины фракции выброса

левого желудочка (ЛЖ) – с систолической дисфункцией ЛЖ (фракция выброса менее 40–50%) и с сохраненной его систолической функцией (фракция выброса более 50%).

В ряде случаев у больных с ХСН превалируют симптомы пора- жения других органов, так называемые абдоминальные, церебраль- ные, почечные «маски» ХСН. С учетом наличия атипичных форм у больных пожилого возраста в диагностике ХСН особое значение приобретает эхокардиография.

В последние годы у лиц пожилого и старческого возраста растет частота **инфекционного эндокардита,** протекающего в этом возрас- те без типичной клинической картины. Возникает он часто после ин- теркуррентной инфекции, хирургических и урологических вмеша- тельств. Без видимой причины могут появляться лихорадка непра- вильного типа с ознобом и потливостью, субфебрилитет и озноб при нормальной температуре. В пожилом возрасте чаще встречаются пе- риферические симптомы (геморрагии, тромбоэмболии различных со- судистых областей, спленомегалия, поражение печени, почек, потеря веса). В крови наблюдаются анемия и увеличение СОЭ.

Большое значение для диагностики имеют бактериологическое исследование крови и эхокардиография (преимущественно выявля- ются изменения клапанов аорты).

**Болезни органов дыхания** составляют одну из многочислен- ных групп заболеваний людей пожилого и старческого возраста.

Среди **заболеваний органов дыхания** у пожилых людей особое значение имеют **пневмонии**, распространенность которых в возрасте старше 60 лет составляет 20-40 случаев на 1000 населения. Пневмо- нии отличаются тяжелым течением, трудностью диагностики и высо- кой летальностью.

Этиология пневмоний: бактериальная флора, обусловливающая развитие пневмонии, в основном является аутоинфекцией.

Способствуют развитию пневмоний возрастные структурные и функциональные изменения грудной клетки, бронхов, легких. Это выражается в ослаблении кашлевого рефлекса, тонуса гладкой мус- кулатуры бронхов, деятельности мерцательного эпителия, ослабле- нии защитных иммунных реакций. Часто пневмонии развиваются при вынужденной гипокинезии, которая у пожилых и старых людей ведеткзначительномуухудшениюдренажнойфункциибронхов,

усилению гипоксии, снижению деятельности сердечно-сосудистой системы.

Пневмонии в этом возрасте нередко возникают при лекарствен- ной интоксикации, аспирации в легкие рвотных масс, пищевых про- дуктов, после оперативных вмешательств, при всех нарушениях сер- дечно-сосудистой деятельности (инфаркт миокарда, эмболия мелких сосудов малого круга кровообращения).

Типичная клиническая картина пневмонии встречается очень редко. Чаще клинические проявления заболевания носят стертый ха- рактер. Начало болезни протекает чаще всего без выраженной темпе- ратурной реакции на фоне умеренного лейкоцитоза и незначительно- го сдвига влево формулы крови.

У некоторых больных пожилого возраста пневмония может на- чаться с болей в области сердца и за грудиной, быстро нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности. Иногда клиническая картина пневмонии у пожилых людей может начаться с расстройства мозго- вого кровообращения и сопровождаться психозами или параличами, нарушением ориентации в результате гипоксии мозга. Изменения со стороны ЦНС (заторможенность, сонливость, нарушение сознания, головная боль, головокружение) или прогрессирование дыхательной, сердечной и почечной недостаточности маскируют проявления пнев- монии.

Следует отметить, что с увеличением возраста увеличивается длительность повышенной температуры, что объясняется развитием в легких гипостазов, препятствующих своевременному разрешению воспалительного процесса.

Часто пожилых пациентов течение пневмонии осложняется при- соединением плеврального выпота, инфекционно-токсического шо- ка, миокардита, развитием сердечно-сосудистой и легочной недоста- точности. У таких больных появляется одышка, приступы удушья, цианоз, нарушение сознания.

Важная роль в диагностике пневмоний у людей пожилого и старческого возраста принадлежит рентгенологическому методу ис- следования.

**Бронхиальная астма** может дебютировать в детском и молодом возрасте и сопровождать пациента на протяжении всей жизни. Реже заболевание начинается в среднем и пожилом возрасте. Клинические проявления при этомносят стертый характер в силу ряда особенно-

стей, присущих людям данного возраста (возрастные изменения ор- ганов дыхания, множественность патологических синдромов).

Снижение ригидности грудной клетки, эластичности легочной ткани, уменьшение силы дыхательных мышц приводит к снижению скорости выдоха и увеличению остаточного объема легких. Возрас- тные изменения рецепторного аппарата легких и иннервация, сниже- ние кашлевого рефлекса, нарушение физиологического дренажа и самоочищения бронхов способствуют прогрессированию дыхатель- ной недостаточности.

Впервые возникшую в пожилом возрасте бронхиальную астму относят к вариантам, наиболее трудным для диагностики. Это связа- но с относительной редкостью начала заболевания в этом возрасте, стертостью и неспецифичностью проявлений, снижением остроты ощущений симптомов болезни. Наличие сопутствующих заболева- ний (прежде всего, сердечно-сосудистой системы), которые нередко сопровождаются схожей клинической картиной (одышка, кашель, снижение толерантности к физической нагрузке), также усложняет диагностику бронхиальной астмы. Для установления диагноза этого диагноза у пожилых пациентов врач должен активно расспрашивать больного, добиваясь максимально полного описания характера этих проявлений и вероятных причин их возникновения.

Наибольшее значение имеют жалобы (кашель, как правило, па- роксизмальный, приступы удушья и/или свистящее дыхание), часто после перенесенной острой респираторной инфекции, пневмонии.

Трудным бывает и объективное подтверждение бронхообструк- ции у пожилых пациентов в связи со сложностью выполнения ими диагностических тестов при спирометрии и пикфлоуметрии.

**Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)** доволь- но широко распространена среди лиц пожилого и старческого возрас- та. Курение, особенно в сочетании с неблагоприятными социальными факторами, является одной из основных причин возникновении ХОБЛ, в том числе среди пожилых лиц.

Способствуют развитию ХОБЛ возрастные изменения органов дыхания - снижение эластичности легочной ткани и экскурсии груд- ной клетки, редукция альвеолярной поверхности и капиллярного рус- ла легких, фиброз, изменение ритма и глубины дыхания. Кроме того, у пожилых больных отмечается снижение кашлевого рефлекса иму-

коцилиарного клиренса, что приводит к увеличению микробной ко- лонизации слизистой оболочки респираторного тракта.

Клиническая картина включает хронический кашель, гиперпро- дукцию слизи в бронхах и одышку при небольшой физической на- грузке. Заболевание может протекать и в стертой форме, при которой одышка и кашель слабо выражены. Помимо типичных симптомов ХОБЛ, у пожилых людей резко ограничивается физическая актив- ность.

Сложность диагностики ХОБЛ у больных старших возрастных групп обусловлена не только возрастными изменениями дыхатель- ной системы, но и полиморбидностью.

Кашель может быть проявлением гастроэзофагеальной реф- люксной болезни, других заболеваний легких, сердца, или возникать на фоне приема некоторых медикаментов (например, ингибиторов АПФ). Одышка также является признаком многих заболеваний в этом возрасте. Наиболее часто у пожилых больных ХОБЛ сочетается с сердечно-сосудистой патологией, в частности, с ишемической болез- нью сердца и артериальной гипертензией. Наличие сопутствующих заболеваний у больных ХОБЛ нередко ведет к взаимному отягоще- нию и нежелательным эффектам лекарственных средств, применяе- мых в лечении, как основного, так и сопутствующих заболеваний. Диагностика ХОБЛ в этих случаях представляет большие трудно- сти. Поэтому всем пожилым больным, в том числе и не имеющим клинических признаков бронхиальной обструкции, ***обязательно ис- следование функционального состояния легких.***

Среди **заболеваний почек** в пожилом и старческом возрасте чаще всего встречаются инфекции мочевыводящих путей (пиелонеф- рит, цистит, простатит, уретрит). В этом возрасте наблюдается про- грессирующее увеличение заболеваемости у мужчин. Соотношение болеющих мужчин и женщин постепенно выравнивается, начиная с 60-летнего возраста, а к 80-летнему возрасту преобладают мужчины.

Особое место занимает **старческий пиелонефрит.** Его частота возрастает с каждым десятилетием жизни людей пожилого возраста, в старших возрастных группах достигая 45% у мужчин и 40% у жен- щин.

Предрасполагающими факторами служат возрастные изменения (нарушение уродинамики и почечной гемодинамики, снижение им- мунитета, метаболических процессов). К факторам, способствующим

развитию пиелонефрита у мужчин, относятся рефлюксы на различ- ных уровнях мочевых путей, обструкция мочевых путей, заболевания простаты и парауретральных желез. Катетеризация мочевого пузыря и другие инструментальные вмешательства и обследования повыша- ют риск инфекции мочевыводящих путей у мужчин и женщин. Риск данной патологии повышен при наличии у пожилого больного са- харного диабета, артериальной гипертонии, подагры и других сопут- ствующихзаболеваний.

Инфекции мочевыводящих путей могут быть самостоятельными заболеваниями и осложнениями различных болезней (мочекаменной болезни, аденомы предстательной железы, сахарного диабета). В по- жилом возрасте чаще наблюдаются осложненные формы.

Наиболее частыми возбудителями инфекций мочевыводящих путей у больных данной группы являются кишечная палочка и другие грамотрицательные микробы, стафилококки, энтерококки и другая флора. У большинства пациентов наблюдаются микробные ассоциа- ции.

Клиническая картина инфекций мочевыводящих путей имеет рядособенностей.

**Бессимптомная бактериурия** обнаруживается у 15–20% жен- щин и у 8–10% мужчин старше 65 лет.

**Обострение хронического пиелонефрита** может протекать в классическом варианте – с ознобами, потами, болевым синдромом и дизурическими расстройствами. Но может наблюдаться и скудная картина, проявляющаяся только незначительными изменениями в анализах мочи. В то же время лейкоцитурия и бактериурия могут объясняться неправильным сбором мочи, что может явиться причи- ной гипердиагностики. Иногда на фоне обострения пиелонефрита развивается нормохромная анемия. Обострение пиелонефрита у по- жилых и старых больных может быть причиной развития бактерие- мии, инфекционно-токсического шока и возникновения острой по- чечной недостаточности. Вне обострений хронический пиелонефрит протекает с весьма малой симптоматикой, но в это время может про- исходить нарастание почечной недостаточности.

Клиническая картина **острого пиелонефрита** у старых людей отличается значительным разнообразием и во многом зависит от преморбидного фона, наличия сопутствующей патологии. У пожилых больных в клинической картине пиелонефрита на первый план мо- гут выступать общетоксические симптомы и мозговаясимптоматика.

У ослабленных пожилых больных с кахексией встречается **гнойный пиелонефрит**, осложненный паранефритом, который мо- жет протекать практически бессимптомно или проявляться интокси- кационным синдромом и анемией.

У лиц старческого возраста возможно появление специфическо- го интоксикационного синдрома, протекающего преимущественно с мозговой симптоматикой (внезапная потеря ориентации в простран- стве и во времени, нарушение равновесия, недержание кала, мочи).

Все заболевания почек носят рецидивирующий характер. В ди- агностике, кроме общего и бактериологического исследования мочи, предпочтение отдается неинвазивным методам (ультразвуковое ис- следование почек и мочевого пузыря и т.д.).

**Острый постстрептококковый гломерулонефрит** у лиц по- жилого возраста крайне редок. Ему не свойственна цикличность, и заболевание обычно заканчивается нарушением функции почек.

**Хронический гломерулонефрит** чаще протекает в латентной форме и часто сочетается с амилоидозом, пиелонефритом, диабетиче- ской нефропатией.

**Быстропрогрессирующий гломерулонефрит** может встре- чаться как самостоятельное заболевание, так и при различной пато- логии (болезни Шенлейна-Геноха, лекарственных васкулитах, син- дроме Вегенера). Начало болезни маскируется клиническими прояв- лениями сопутствующей патологии. У пожилых пациентов следует обращать внимание на снижение диуреза, увеличение отеков, стаби- лизацию и утяжеление АГ после инфекционных заболеваний. Про- гноз данной патологии неблагоприятный**.**

При развитии клинической картины гломерулярного поражения почек впервые в пожилом и старческом возрасте всегда следует иметь в виду возможность их паранеопластическогопроисхождения.

**"Ишемическая болезнь почек"** (гемодинамически значимый стеноз почечных артерий) лидирует среди причин необратимого ухудшения функции почек у пожилых больных и часто остается не- распознанной вплоть до терминальной почечной недостаточности. Атеросклеротический стеноз почечных артерий особенно часто обна- руживают у больных с распространенным и осложненным атероскле- розом.

Ведущим клиническим признаком ишемической болезни почек является высокая артериальная гипертония. Возможно сочетание ее с другими хроническими заболеваниями почек (пиелонефрит, диабети- ческая и уратная нефропатии, почечнокаменная болезнь). Заподоз- рить ишемическую болезнь почек в этой ситуации позволяют осо- бенности артериальной гипертонии, нарастание ее при отсутствии очевидных причин, появление почечной недостаточности. Подтвер- ждают диагноз результаты визуализирующих методов обследования. Ишемическую болезнь почек выявляют почти у 10% пациентов, ко- торым одновременно выполняют коронароангиографию и брюшную аортографию. Ультразвуковая допплерография почечных артерий не- достаточно чувствительна и специфична, но не является инвазивной, не требует введения контрастных агентов и предпочтительна для ди- агностики и динамического наблюдения.

Течение заболеваний **органов пищеварения** у пожилых боль- ных имеет свои особенности. Характерным является сочетанное по- ражение нескольких органов желудочно-кишечного тракта, наличие сопутствующей патологии, атипичная и стертая клиническая карти- на. Развиваются эти заболевания на фоне возрастных изменений (снижение моторики, угнетение секреторных процессов, нарушение всасывания).

Наиболее распространенным заболеванием органов пищеваре- ния является **гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).** Наиболее характерными симптомами ГЭРБ являются изжога и регур- гитация (кислая отрыжка, срыгивание пищи), а наиболее распростра- ненным осложнением - рефлюкс-эзофагит.

**Язвенная болезнь** у данного контингента больных может воз- никать в молодом возрасте или в пожилом («старческие» язвы). Большинство авторов отмечает угнетение секреторной функции же- лудка вплоть до ахилии.

У большинства больных наблюдается локализация язвы в же- лудке, преимущественно в верхних отделах, большие размеры язвен- ного дефекта (2-3 см) на фоне атрофии слизистой, при этом слабая хеликобактерная инфицированность.

Клиническими особенностями язвенной болезни у пожилых па- циентов является атипичный болевой синдром. Характерно вялое и длительное течение заболевания, боли неинтенсивные до полногоих

отсутствия, без четкой связи с приемом пищи, цикличности обостре- ний. Реже бывают упорные боли, потеря веса, слабость. У ряда боль- ных в клинической картине преобладают диспепсические явления. Манифестация заболевания и обострений может быть в ви- декровотечения.

Часто наблюдается торпидное течение язвенной болезни, дли- тельно не рубцующиеся язвы. С возрастом уменьшается число таких осложнений, как прободение и пенетрация, но увеличивается число малигнизаций и кровотечений.

**«Старческая» язва** желудка - наиболее распространенная фор- ма язвенного поражения у престарелых людей. Основной причиной ее развития являются сосудисто-дистрофические нарушения. Язвы обычно единичные, нередко гигантские, локализуются преимущест- венно в теле желудка и на малой кривизне. Кислотообразование в же- лудке снижено.

Возникает заболевание остро, имеет стертую клиническую кар- тину, боли обычно не интенсивные, кратковременные, сочетаются с диспепсическими жалобами. Иногда основным клиническим симпто- мом заболевания является снижение веса.

«Старческая» язва часто сопровождается кровотечением, кото- рое может быть единственным симптомом заболевания. Большинство сочетанных язв ассоциировано с приемом НПВП, реже с хеликобак- терным инфицированием. «Старческие» язвы не склонны к рециди- вированию, рубцуются быстро, без образования грубого рубца.

Достаточно часто у пожилых пациентов встречаются **хрониче- ские холециститы** (бескаменные и калькулезные), с возрастом их частота увеличивается. Они часто сочетаются с панкреатитами, дис- кинезиями желчевыводящих путей и осложняются холангитами.

Характер микробной флоры при заболеваниях билиарного трак- та у пожилых лиц существенно не отличается от таковой у больных молодого возраста. Типичное течение встречается редко. Клиниче- ская симптоматика может быть стертой. Такие признаки, как боль в правом подреберье, болезненность при пальпации в этой зоне, лихо- радка и лейкоцитоз могут быть выражены незначительно или отсут- ствовать. Болевой синдром наблюдается лишь в 20% случаев, чаще больных беспокоят тяжесть, чувство распирания в правом подребе- рье, без четкой связи с приемом пищи. Могут отмечаться горечь во рту, тошнота, рвота. Общетоксический синдром не выражен.

Более яркая клиника наблюдается при **остром холецистите**, ко- торый может протекать типично с частыми осложнениями (эмпиема, гангрена и перфорация желчного пузыря). Иногда стенокардия явля- ется проявлением начала заболевания.

В патогенезе **хронического панкреатита** у лиц пожилого воз- раста существенную роль могут играть атеросклеротические процес- сы в брыжеечных артериях, ведущие к снижению кровотока, гипок- сии, угнетению функции поджелудочной железы. Деструкция экзок- ринных клеток и прогрессирующий фиброз приводят к развитию внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы со сни- жением выделения ферментов. Клинически это проявляется разви- тием синдрома мальдигестии и мальабсорбции. Основными проявле- ниями хронического панкреатита являются боль в животе, метеоризм, диспепсические явления, стеаторея и креаторея.

Примерно у 1/3 больных с хроническим панкреатитом вследст- вие поражения всех клеток островкового аппарата поджелудочной железы развиваются расстройства углеводного обмена, связанные с дефицитом инсулина и глюкагона.

Серьезную проблему в пожилом и старческом возрасте пред- ставляют **запоры**. Чаще они носят органический характер и связаны с патологией кишечника воспалительного характера, опухолями, ишемической болезнью.

Способствуют развитию запоров неврогенные, алиментарные факторы (голод, щадящая диета, бедная растительной клетчаткой), гиподинамия, возрастные изменения кишечника (снижение крово- снабжения, угнетение моторики, ослабление мускулатуры передней брюшной стенки и диафрагмы).

Определенную роль играют эндокринная патология, нарушения водно-электролитного обмена, злоупотребление медикаментами (сла- бительными, мочегонными, спазмолитиками, сорбентами). К препа- ратам, способствующим усугублению запора, относятся такие сред- ства, как бета–блокаторы, антагонисты кальция, антиадренергические препараты центрального действия, блокаторы рецепторов ангиотен- зина II, ингибиторы ангиотензин–превращающего фермента, диуре- тики, анальгетики, антациды, препараты висмута, омепразол.

Нарушения моторики чаще развиваются по гипокинетическому типу, на фоне атонии кишечника запоры носят тяжелый и упорный характер.

В клинической картине преобладают тянущие постоянные боли по ходу толстой кишки, метеоризм, отсутствие позывов на дефека- цию, чувство неполного опорожнения кишечника. Метеоризм может сопровождаться рефлекторными болями в сердце, сердцебиением. У пациентов при запорах может снижаться аппетит, появляются от- рыжка воздухом, неприятный вкус во рту, тошнота. У человека, страдающего хроническим запором, наблюдаются ухудшение на- строения, нарушение сна, головные боли.

У пожилых и старых людей при длительных запорах иногда об- разуются каловые камни (чаще всего в прямой кишке), которые могут приводить к развитию кишечной непроходимости.

У лиц пожилого и старческого возраста часто наблюдается **ишемическая болезнь кишечника**, связанная со снижением его кровотока, и проявляющаяся приступообразными болями в животе и метеоризмом после приема пищи, снимающимися спазмолитиками и нитратами. Могут быть симптомы панкреатита, нарушение стула. Диагноз ставится при исключении другой патологии кишечника.

Часто встречающейся в пожилом и старческом возрасте патоло- гией является **дивертикулярная болезнь и опухоли кишечника**, дебютом которых может быть кишечное кровотечение.

Частота дивертикулярной болезни толстого кишечника увели- чивается с возрастом, достигая 50 -60% у лиц старше 70 лет. Дивер- тикулез осложняется дивертикулитом в 10–25% случаев. Основная локализация дивертикулита – сигмовидная кишка (90%), в то время как дивертикулит правой половины толстого кишечника составляет не более 5% всехслучаев.

Клиническая симптоматика дивертикулита может быть разнооб- разной и отражает тяжесть заболевания. В большинстве случаев больные отмечают дискомфорт или боли в левом нижнем квадранте живота. Боль обычно развивается постепенно, может быть постоян- ной или периодической, напоминая по характеру колику. Иногда боль локализуется в надлобковой области, что требует исключения уроге- нитальной патологии. Часто отмечаются запоры. Дефекация может

усиливать боль. При осмотре обращает на себя внимание болезнен- ность и наличие пальпируемого инфильтрата.

Диагноз в большинстве случаев ставится на основании клиниче- ских данных, хотя важное диагностическое значение может иметь об- зорная рентгенограмма кишечника при наличии свободного воздуха в брюшной полости, кишечной обструкции или опухолевой массы.

Особое значение для лиц старших возрастных групп имеют **де- генеративные заболевания суставов и позвоночника** (остеоартроз*,* остеохондроз). Частота **остеоартроза** после 60 лет увеличивается вдвое по сравнению со средней возрастной группой. Для людей старших возрастных групп характерно снижение синтеза протеогли- канов и коллагена II типа хондроцитами, что приводит к деградации хряща и замедлению репарации. В развитии остеоартроза у пожилых лиц играют роль различные факторы: избыточная масса тела, трав- мы, вибрация, гормональные нарушения. При распознавании заболе- вания учитываются такие критерии, как боль, обычно стартовая; ско- ванность не более 30 минут; крепитация в суставе при пассивном движении; увеличение объема костей, составляющих сустав; чувст- вительность при пальпации. Для подтверждения диагноза у пожилых используются рентгенологический метод, УЗИ суставов, ЯМР- томография.

С прогрессирующим старением общества значительно увеличи- вается доля пациентов, страдающих **остеопорозом.** Известно, что по- сле 50 лет каждая 3-я женщина и каждый 12-й мужчина страдают ос- теопорозом.

**Остеопороз** – заболевание костей, которое чаще всего встреча- ется у пожилых людей и, в большинстве своем, у женщин. Это со- стояние, при котором происходит снижение минеральной плотности кости по сравнению со здоровыми людьми молодого возраста. Кости становятся более хрупкими и ломкими. В классификации остеопороза выделяют сенильную форму. Сенильный и [постменопаузальный](http://http/chitamed.ru/specialistam/klimaktericheskiy_period_u_zhenshin_fiziologiya_i_patologiya) ос- теопороз являются наиболее распространенными формами (85%).

Факторами, способствующими развитию данного заболевания в пожилом и старческом возрасте, являются: наследственность (отя- гощенный семейный анамнез по остеопорозу), прием глюкокортико- идных препаратов более 3 месяцев, курение, недостаточное употреб-

ление кальция, дефицит витамина Д, злоупотребление алкоголем, са- харный диабет 2 типа.

К развитию сенильного остеопороза также приводят: 1.Нарушение функций желудочно-кишечного тракта, приводящее к снижению переносимости молочных продуктов и уменьшению вса- сывания кальция.

1. Уменьшение двигательной активности из-за расстройств коорди- нации, зрения, в результате чего пожилые люди большую часть вре- мени проводят в помещении. Недостаточное пребывание на солнце приводит к снижению синтеза витамина Д вкоже.

3.Уменьшение физической активности способствует снижению уров- ня витамина Д в плазме и гипокальциемии.

Все вышеперечисленные факторы создают ситуацию, когда поддержание нормального уровня кальция в крови возможно только за счет его усиленной мобилизации из костной ткани.

Чаще всего остеопороз поражает кости предплечья и бедра, по- звонки. Нередко наличие остеопороза становится очевидным только после развития переломов костей. Наиболее характерными перело- мами являются компрессионные переломы позвонков, переломы дис- тального отдела лучевой кости и проксимального отдела бедренной кости, возникающие при минимальной травме. Компрессионные пе- реломы позвоночника обычно проявляются острыми, а затем хрони- ческими болями в спине. Однако у некоторых пациентов болей не отмечается. Выраженность компрессии позвонков не коррелирует с интенсивностью болей в позвоночнике. Около 60% женщин с ком- прессионными переломами позвоночника не подозревают об их раз- витии.

У пациентов с компрессионными переломами позвонков будет иметь место снижение роста, при этом он может уменьшаться на 1-3 см при переломе одного позвонка и до 9-15 см при множественных переломах

Переломы позвоночника и шейки бедра приводят в подавляю- щем большинстве случаев к инвалидности. Переломы бедра – при- чина смерти у 2,8% людей среднего возраста, а 14-36% лиц пожилого возраста умирают после этих переломов в течение первого года.

В диагностике остеопороза используются метод рентгеновской денситометрии, рентгенография костей (для диагностики перело- мов), ультразвуковая остеоденситометрия (для оценки массы губча- той кости).

**Цереброваскулярные расстройства** представляют собой одну из наиболее распространенных патологий в структуре неврологиче- ского приема пожилых пациентов у врача общей практики. При этом одним из первых симптомов сосудистых когнитивных расстройств является снижение памяти. В пожилом возрасте - это нередко **бо- лезнь Альцгеймера**, которая во второй половине жизни поражает от 5 до 20% пациентов врача общей практики. Механизмы возникнове- ния болезни Альцгеймера сложны и до конца не изучены. Известно, что риск развития этого заболевания многократно увеличивается с возрастом, а также при наличии заболеваний сердечно-сосудистой системы, после перенесенного инсульта и черепно-мозговой травмы. Важен и семейный анамнез, потеря памяти у близких родственников. По статистике несколько чаще страдают этим заболеванием женщи- ны и лица с низким уровнем образования.

Первым и главным симптомом заболевания является нарастаю- щая забывчивость – вначале незначительных событий и деталей, что не обращает на себя первое время внимание окружающих. На позд- них стадиях заболевания нарушается не только память, но и развива- ются психические расстройства и неадекватное поведение. Пациент не узнает своих родственников, не может себя обслуживать: само- стоятельно одеваться и ухаживать за собой. Утрата вследствие имеющихся нарушений независимости и самостоятельности, необхо- димость посторонней помощи в быту свидетельствуют о развитии слабоумия (деменции).

На фоне атеросклероза, артериальной гипертензии или при их сочетании развиваются стойкие проявления **цереброваскулярной патологии**. Среди сосудистых поражений головного мозга выделяют хроническую сосудисто-мозговую недостаточность и острые нару- шения мозгового кровообращения (ОНМК), проявляющиеся в виде преходящих расстройств (транзиторных ишемических атак) и ин- сультов. Цереброваскулярная болезнь – вторая после ишемической болезни сердца ведущая причина смерти и ведущая причина инва- лидности среди взрослого населения в развитых странах.

**Хроническая цереброваскулярная недостаточность** при по- ражениях магистральных артерий головы (атеросклеротическая эн- цефалопатия) протекает с вертебробазилярным синдромом, эпизода- ми головокружений, шаткостью походки, мельканием «мушек» перед глазами, скотомами. Выделяются три стадии болезни.

Первая стадия характеризуется плохим запоминанием ближай- ших событий, жалобами на головные боли, головокружение, шум в голове, снижение внимания, работоспособности. Больные раздражи- тельны, астеничны. Неврологическая симптоматика скудная, рассе- янная (легкая асимметрия носогубных складок, девиация языка, ани- зорефлексия).

Во второй стадии ухудшаются память, усвоение новых знаний, мышление вязкое, круг интересов ограничен, ухудшается ночной сон. Нарастает неврологическая симптоматика.

В третьей стадии отмечается снижение интеллекта, апатия, эмо- циональное оскудение, головокружение, шаткость походки, тремор, дизартрия. Появляются патологические рефлексы.

Врачу общей практики важно уметь определять наиболее ранние формы **хронических нарушений мозгового кровообращения**. При этом у больных отмечается наличие двух или более симптомов, по- вторяющихся один раз в неделю в течение 3 месяцев. Это снижение памяти, головная боль, головокружение, шум в голове, снижение ра- ботоспособности, повышенная раздражительность, нарушение сна, ощущение неустойчивости при ходьбе. Предшествующими фактора- ми могут быть стресс, физическое перенапряжение, алкоголь, небла- гоприятные метеорологические факторы. Врачу общей практики важно своевременно выявлять таких пациентов и проводить адекват- ную коррекцию нарушений мозгового кровообращения на ранних этапах.

Таким образом, заболевания в старшей возрастной группе про- текают часто атипично, развиваются медленно, носят хронический характер, отличаются множественностью патологии и превалирова- нием в клинической картине общей симптоматики. Острая патология протекает тяжело, на фоне хронических заболеваний и вызывает их декомпенсацию.

Врач и медсестра должны грамотно оценить состояние различ- ных органов и систем и провести углубленное исследование с ис- пользованием неинвазивных методик. Это позволит своевременно распознать патологию и назначить лечение.

**ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ**

**У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Следует помнить, что внебольничные формы лечения больных (амбулаторное лечение, стационары на дому, дневные стационары) являются основными в организации лечебно-профилактической по- мощи пожилым людям. Госпитализация нарушает жизненный сте- реотип, ограничивает общение с близкими, может явиться стрессовой ситуацией, особенно у лиц с сосудистыми заболеваниями головного мозга, депрессиями, поэтому должны быть строгие показания к гос- питализации, сроки еѐ не должны удлиняться.

При назначении лекарственной терапии лицам этой возрастной группы следует помнить об особенностях фармакокинетики и фарма- кодинамики лекарств.

Медицинская сестра играет большую роль в организации лече- ния больных. Она, как и врач, должна быть знакома с особенностями действия и назначения лекарственных препаратов у лиц пожилого возраста.

Лечебная тактика у этих пациентов определяется, с одной сто- роны, наличием чаще всего нескольких хронических заболеваний требующих длительной терапии, а с другой стороны, увеличением риска побочных эффектов, токсичности, кумуляции и аллергии у пожилых лиц.

По мере старения развиваются атрофические процессы в желуд- ке и кишечнике. Снижается секреторная и ферментативная актив- ность желудка, замедляется его моторика. В результате уменьшается всасывание и, вследствие этого, биодоступность многих лекарств.

Распределение практически всех лекарств изменено у лиц пожи- лого и старческого возраста. За немногими исключениями лекарст- венные препараты циркулируют в крови не в свободном состоянии, а связанные с альбуминами. Поэтому даже при умеренной гипоальбу- минемии следует ожидать усиления фармакологического эффекта.

Превращение любого лекарства в активные и неактивные мета- болиты происходит в печени. С возрастом отмечается снижение уровня метаболических процессов, что провидит к замедлению мета- болизма лекарственных препаратов.

Большинство лекарств выводятся с мочой, некоторые препара- ты экскретируются с желчью и калом. После 35 лет наблюдается прогрессирующее снижение клубочковой фильтрации, числа функ-

ционирующих клубочков почек, уменьшение процесса канальцевой секреции.

Таким образом, с возрастом замедляется всасывание лекарст- венных препаратов в связи с возрастными изменениями желудочно- кишечного тракта. Снижен метаболизм лекарств, повышена чувстви- тельность к ним тканей, замедлено выведение их почками. В связи со снижением массы тела трудно рассчитать дозу препаратов. Все вы- шеизложенное приводит к увеличению риска побочных эффектов, токсичности, кумуляции и аллергических реакций в старших возрас- тных группах.

Медицинские работники, работающие с данными больными, должны знать основные принципы фармакотерапии у лиц пожилого возраста, а медицинская сестра должна помогать врачу в соблюдении этих принципов.

***Общие принципы фармакотерапии у лиц пожилого и старче- ского возраста следующие:***

* 1. Оценить необходимость лекарственной терапии после уточ- нения диагноза и выбрать направление лечения, необходимого боль- ному в данном случае, учитываяполиморбидность.
  2. Назначать известные препараты, избегать полипрагмазии, учитывать взаимодействиепрепаратов.
  3. Начинать лечение с минимальных доз – 1/3-1/2 от терапевти- ческой дозы, кроме антибиотиков, которые могут назначаться в обычных дозах, но с увеличением интервала междуприемами.
  4. Желательно назначать не жидкие, а таблетированные формы, не чаще двух раз в сутки (чтобы больной не забыл их принимать), ок- рашенные или имеющие какие-либоотличия.
  5. Желательно вести дневник приема лекарств, так как больной может лечиться у нескольких врачей и принимать несколько препара- тов со сходным механизмомдействия.
  6. Следить за соблюдением дозы препарата и реакцией нанего.
  7. Назначать препараты, которые могут вызвать привыкание у пожилых больных, короткимикурсами.
  8. При назначении ряда лекарств необходимо учитывать харак- терпищи.

Периодически следует назначать витамины, уменьшающие ток- сические проявления препаратов и геропротекторы (геровиталь, де- камевит) для общей стимуляции и улучшения метаболизма.

**ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ**

**ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Одним из факторов, поддерживающим нормальное физиологи- ческое состояние и работоспособность в пожилом возрасте является лечебное питание. При организации питания в этом возрасте следует помнить о снижении обновления всех элементов организма и ослаб- лении функциональной активности органов пищеварения в связи с угнетением секреции пищеварительных желез, моторики и наруше- нием микрофлоры. Врач общей практики и медицинская сестра, ра- ботающая с этим контингентом пациентов, должны помнить об этих особенностях и знать, что питание пожилого человека строится в со- ответствии с общими принципами рационального питания.

Первым требованием к питанию пожилых людей является уме- ренность, то есть некоторое ограничение питания в количественном отношении, особенно высококалорийных продуктов (сахара, сладких блюд, жира). Общая калорийность в среднем 2000-2200 ккал,

Вторым принципом является обеспечение полноценности пита- ния с оптимальным количеством жиров, белков, углеводов, витами- нов. Несмотря на то, что в пожилом возрасте уменьшается потреб- ность в пластическом материале, при дефиците белка в продуктах распад превалирует над синтезом, снижается устойчивость к инфек- циям, ухудшается работа многих органов. В зависимости от уровня активности возрастной нормы белка может быть 1- 1,3 г/кг веса. Ин- ститут питания рекомендует 60-69 г белка в сутки для мужчин и 57- 63 г – для женщин старше 60 лет, из них 55% должны составлять бел- ки животного происхождения в сочетании с растительными белками. Нередко пожилые сами ограничивают потребление мяса и использу- ют преимущественно молочные и растительные диеты. Это должно рассматриваться как положительное начало.

При изучении атеросклероза была показана прямая связь его с потреблением жиров животного происхождения. Основная масса рас- тительных жиров обладает гипохолестеринемическим действием за счет содержания высоко полиненасыщенных жирных кислот. У по- жилых суточное потребление жиров не должно быть более 80 г (66-70 г.), из них растительного масла - 20-25 г.

Обмен углеводов тесно связан с жировым обменом. При упот- реблении в пищу большого количества легкоусвояемых углеводов избыток сахара не усваивается организмом и превращается в тригли-

цериды. Диета, богатая сложными углеводами, способна снижать уровень липидов крови вследствие усиления их распада, увеличения стимуляции выделения желчных кислот, перистальтики кишечника, способствует выведению холестерина, ядов, канцерогенов. Поэтому следует учитывать количество и качество углеводов. На фоне общего снижения их количества до 250-300 г рекомендуется значительное снижение легкоусвояемых углеводов.

Целесообразно включать в рацион продукты из цельного зерна (ржаной и отрубной хлеб), картофель и другие овощи, достаточное количество пищевых волокон (клетчатка и пектины). Клетчатки мно- го в пищевых отрубях, сушеных фруктах, орехах, свекле, моркови, овсяной крупе. В растениях много и пектинов. Особую ценность представляют сырые овощи и фрукты, которые оказывают наиболее активное биологическое действие.

В рационе пожилых людей должно строго учитываться содер- жание соли, ее ограничение показано при сердечно-сосудистой пато- логии и обменных нарушениях. Пища пожилого человека должна быть богата витаминами и содержать достаточное количество мик- роэлементов.

Источником их являются овощи, плоды, сухие фрукты, зелень. Хорошо в рацион добавлять продукты моря (морская капуста, каль- мары).

При приготовлении пищи важна кулинарная обработка. Не следует злоупотреблять крепкими наваристыми бульонами, соусами, соленьями, маринадами. Обо всем этом больные информируются врачом и медсестрой. Кроме того, медсестра должна разъяснять больному, что принципиально важно принимать пищу в одно и то же время. Рекомендуется четырехразовое питание, исключающее дли- тельные голодные промежутки. Последний раз нужно есть не позд- нее, чем за 4-5 часов до сна, легкие кисломолочные продукты. Не желательны продукты возбуждающего и раздражающего действия (крепкие бульоны, соленые закуски, шоколад, крепкий чай, кофе).

При наличии у больного заболевания, требующего соблюдения определенной диеты, врач и медсестра дают дополнительные реко- мендации. С этими принципами диетического питания пожилых лю- дей медсестра знакомит и родственников больного.

**УХОД ЗА ЛИЦАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗ- РАСТА**

В ведении пациентов пожилого и старческого возраста большое значение имеет уход, особенно за хроническими больными, нуждаю- щимися не в активном лечении, а прежде всего в создании благопри- ятных бытовых условий, в соблюдении гигиенических мероприятий, проведении поддерживающей терапии, т.е. в создании оптимального лечебно-оздоровительного режима и ухода. Это в полной мере могут осуществить медицинские сестры и социальные работники под руко- водством врача.

Медицинская сестра должна обращать внимание на изменение клинической картины болезни, поведения больного и своевременно докладывать о них врачу. Она дает больному общие рекомендации по двигательной активности, лечебному питанию, следит за соблюдени- ем доз лекарственных препаратов и реакцией на их прием.

Вопросы ухода часто выступают на первый план, особенно при длительном нахождении больных в стационаре и специальных интер- натах для престарелых. Следует помнить, что госпитализация для пожилых людей может стать стрессовой ситуацией, поэтому основ- ными в организации лечебно-профилактической помощи следует считать внебольничные формы. С родственниками проводятся беседы о создании благоприятных бытовых условий.

Пожилым пациентам желательно выделить отдельную комнату или помещение, с удобной постелью. Оно должно регулярно провет- риваться, чтобы был свежий, чистый воздух.

Не допускается скопление пыли, должны проводиться регуляр- ные влажные уборки. Постель больного должна быть расположена изголовьем к стене, желательно в середине комнаты, чтобы обеспе- чить к нему свободный подход. Постель должна быть чистой, при не- держании мочи и кала под простыню подкладывают клеенку. С од- ной стороны изголовья должен быть столик с лекарствами, термомет- ром и посудой для приема пищи, с другой - столик с настольной лам- пой, литературой для чтения. В тумбочке могут храниться предметы ухода, лекарства.

Медсестра должна объяснять больным и их родственникам, ка- кой режим двигательной активности необходимо соблюдать больно- му. Постельный режим не должен быть длительным и излишне стро- гим. Строгий длительный постельный режим способствует сниже-

нию жизненного тонуса, может быть причиной застоя во внутренних органах, атрофии мышц, закупорки сосудов, появления пролежней. Больной должен поворачиваться в постели, если можно - садиться, ходить. При отсутствии резкого ухудшения больные в состоянии са- мостоятельно умываться, бриться, принимать пищу и т.д. Смену по- стельного белья следует проводить не реже 1 раза в неделю. Тяжелым больным пожилого возраста, находящимся на постельном режиме, рекомендуются сорочки типа распашонки, которые часто меняются.

Большое значение имеет соблюдение гигиенических мероприя- тий, особенно уход за кожей, более тщательный у лиц, нуждающихся в соблюдении строгого постельного режима или вынужденного по- ложения (комы, паралич, травмы). Гигиена больного заключается в уходе за кожей, волосами, ногтями, полостью рта, глазами, промеж- ностью. Если больной нуждается в соблюдении строго постельного режима или вынужденного положения (при бессознательном состоя- нии, параличе), уход за ним осуществляется медсестрой с помощью младшего медицинского персонала.

Большое значение имеет уход за кожей и предупреждение обра- зования пролежней, которые образуются при плохом уходе за боль- ным неудобной жесткой постели. Лежачих больных обтирают с по- мощью тампона или губки. При этом обращают внимание на места, где чаще всего образуются пролежни, протирают кожу камфорным спиртом, осторожно растирая кожу. Сухие участки кожи, вызываю- щие зуд, смазывают специальными кремами. Менять положение тела нужно каждые 2 часа, следить, чтобы на постели не было складок, под крестец и копчик подкладывается резиновый круг, под пятки, локти, затылок - марлевые круги. При образовании пролежней вна- чале на коже появляются участки синюшно-красного цвета без чет- ких границ, затем слущивается поверхностный слой кожи, может с образованием пузырей, далее омертвение и распад тканей с распро- странением вглубь и в стороны. При глубоких пролежнях могут об- нажаться мышцы, сухожилия надкостница. При появлении пролеж- ней - смазывать кожу 2 раза в день крепким раствором марганцово- кислого калия, повязки с мазьюВишневского.

Особенно тщательный уход должен быть за больными с недер- жанием мочи при урологических заболеваниях и поражении ЦНС, им постоянно подкладывается судно, мочеприемники.

Следует поощрять заботу больных о своем внешнем виде, так как аккуратная прическа, регулярное бритье, опрятная одежда, чистая

кожа, обработанные ногти повышают настроение, улучшают общее состояние.

Большое значение в организации ухода имеет **профилактика травм и несчастных случаев**. Медицинские работники должны со- провождать пожилых больных при ходьбе, рекомендовать пользо- ваться подсобными средствами. Несчастные случаи часто происходят во время купания в ванне, помогут их предупредить специальные скамейки, резиновые коврики, поручни.

При длительном вынужденном положении больным назначается лечебная физкультура, начиная с малых нагрузок**,** при появлении не- приятных ощущений, чувства усталости упражнения прекращают.

При организации ухода за пожилыми больными большое вни- мание должно уделяться **деонтологическим аспектам**. Необходимо особое чувство такта, терпение в работе с этим контингентом боль- ных. Пожилые люди плохо слышат, медленно говорят, поэтому в об- щении с ними требуется терпение. Нужно объяснять характер и по- следствия заболевания, убедить в необходимости постоянного лече- ния, проводимых процедур, соблюдения режима и принципов лечеб- ного питания. Даже безнадежному больному необходимо дать пол- ную информацию о состоянии его здоровья. Основным принципом ухода за больным должен быть принцип уважения к личности боль- ного, со всеми его физическими и. психическими недостатками. Мед- сестра должная быть тактичной, внимательной, называть больного только по имени и отчеству. Терпеливо объяснять врачебные назна- чения, напоминать о времени приема лекарств и проведении проце- дур. При уходе за пожилыми людьми врач и медсестра должны учи- тывать психологические особенности некоторых больных, которые стараются не замечать наступления старости, продолжают вести ак- тивный образ жизни, что может неблагоприятно сказаться на течении многих заболеваний. Медсестра должна тактично убедить больного соблюдать предписанный врачом режим, снизить физическую на- грузку, нервное напряжение, соблюдать режим труда и отдыха. В свя- зи с нарушением памяти у некоторых больных они путают сроки проведения процедур, плохо запоминают текущую информацию. Часто необходимые сведения можно получить у родственников боль- ного.

Врачи общей практики и другие медицинские работники, рабо- тающие с лицами пожилого и старческого возраста,должны уметь

контактировать с родственниками и социальными работниками при организации ухода за больными.

Одной из особенностей лиц пожилого и старческого возраста является **социально-психологическая дезадаптация**, связанная с выходом на пенсию, утратой близких и друзей, ограничением воз- можности общения, самообслуживания. Вследствие неспособности адаптироваться к социально-экономическим условиям, самостоятель- но справляться с повседневными заботами, необходимостью зависеть от других людей, у пожилых пациентов часто развиваются депрес- сия, тревожные состояния, ипохондрический синдром. Они могут ис- чезнуть при устранении неблагоприятных факторов, но могут требо- вать и психотерапевтического вмешательства. Преодоление этого требует мобилизации не только физических, но и психических резер- вов, которые в этом возрасте снижены. Такие больные консультиру- ются психиатрами и психотерапевтами. Семейный врач и медсестра могут оказать большую помощь в лечении этих больных, они хорошо ориентируются в семейной ситуации и проблемах пациента, могут дать ценный совет по правильной организации их жизни. При назна- чении психиатром медикаментозного лечения медсестра контролиру- ет прием препаратов, их эффективность, раннее проявление побоч- ных эффектов.

Большое значение в ведении лиц старших возрастных групп имеет **профилактика заболеваний**. В своих беседах врач и медсест- ра должны сообщать больному о неблагоприятных факторах риска нарушения здоровья, о соблюдении режима и распорядка дня, пита- ния, физической активности, психоэмоциональных нагрузок, закали- вания с учетом индивидуальных особенностей. При наличии у боль- ного различной патологии, проводятся беседы о факторах риска дан- ного заболевания, мероприятиях по вторичной профилактике.

Таким образом, организация рациональной длительной терапии, ухода, лечебного питания, правильного режима двигательной актив- ности, а также соблюдение деонтологических принципов в ведении лиц старческого возраста позволяют не только добиться больших ус- пехов в реабилитации пациентов, но и продлить их творческую ак- тивность. Большая роль в этом принадлежит врачам первичного зве- на. Медсестра, работающая с лицами пожилого и старческого возрас- та, является помощником врача в проведении лечебных и профилак- тических мероприятий. Ей принадлежит главная роль в организации и осуществлении ухода за пациентами, нуждающимися впостоянном

наблюдении. Она занимается не только лечебными вопросами, но и социальными, психологическими, деонтологическими, осуществляет первичную и вторичную профилактику заболеваний.

Учитывая специфику работы с данным контингентом больных, наличие возрастных и личностных изменений, необходимость знания характера этих нарушений, особенностей течения заболеваний и ле- чения их в данных возрастных группах, необходимо проводить под- готовку и переподготовку врачей и медицинских сестер для работы с лицами пожилого и старческого возраста.

**4. Хирургические болезни и травмы в работе медсестры общей практики.**

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И ТРАВМЫ В РАБОТЕ МЕДСЕСТРЫ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

**Закрытые травмы**

Закрытые повреждения мягких тканей делятся на ушибы, растя- жения и разрывы, сотрясения и сдавления.

Наблюдаются закрытые повреждения мягких тканей, органов, расположенных в полостях (живота, груди и черепа), костей и сосу- дов.

**Ушиб** – повреждение мягких тканей и органов без нарушения целостности кожи непосредственным действием тупого насилия на тот или иной участок тела.

Клиническая картина ушиба характеризуется появлением болей, кровоподтека, припухлости и нарушением функции ушибленного ор- гана или области.

Задачей лечения в первый период после ушиба является пре- кращение кровоизлияния в ткани, что достигается обеспечением по- коя, возвышенным положением и сокращением сосудов ушибленной области путем местного применения холода и давящей повязки. На 2- 3-й день после ушиба, когда поврежденные сосуды надежно затром- бировались, показано лечение, ускоряющее рассасывание кровоиз- лияния. Для этого применяют местно тепло и физиотерапевтические процедуры, расширяющие сосуды. При наличии гематомы в этом пе- риоде показано откачивание крови с введением в полость антибиоти- ков.

**Растяжение** – повреждение тканей с частичным разрывом их при сохранении анатомической непрерывности. Наиболее часто встречающимся примером этой травмы является растяжение связок сустава.

**Разрывы связок** сустава происходят при воздействии на сус- тавную щель быстродействующей силы, вызывающей чрезмерное сгибание, разгибание или перерастяжение боковых связок и их раз- рыв.

Клинически разрыв связок характеризуется появлением сильных болей, нарушения движений, кровоизлиянием в мягкие ткани, а ино- гда и в полость сустава (гемартроз), отеком, припухлостью сустава.

Лечение состоит в обеспечении покоя, наложения давящей по- вязки, длительная иммобилизация сустава. После рассасывания кро- воизлияния с 3-й недели после травмы переходят к осторожным ак- тивным движениям, массажу, лечебной физкультуре. При замедлен-

ном рассасывании гемартроза показаны новокаиновые пункции для отсасывания крови с введением антибиотиков.

**Разрывы связок и капсулы** коленного сустава могут сопрово- ждаться повреждением или отрывом менисков или внутрисуставных связок. Эти повреждения требуют специальных методов лечения.

При наличии вышеуказанных симптомов необходимо провести обезболивание (в/м 2 мл 50% анальгина), транспортную иммобилиза- цию путем наложения стандартных шин, либо используя подручные средства.

**Разрывы мышц** полные или неполные наблюдаются редко.

Чаще развиваются патологические изменения мышцы.

Клинически разрывы мышц проявляются сильными болями в области повреждения, которые увеличиваются при наличии кровоиз- лияния, отеком и резким ограничением движений. При полном раз- рыве ощупывание позволяет определить дефект мышцы в виде щели.

Доврачебная помощь заключается в обезболивании, транспорт- ной иммобилизации, госпитализации, где при неполном разрыве ле- чение заключается в иммобилизации конечности, покое; в первые ча- сы применяют холод на область травмы, а в дальнейшем тепловые и физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру. При пол- ном разрыве мышцы лечение должно быть оперативным: сшивание мышцы с последующей иммобилизацией конечности на 2-3 недели и назначение в дальнейшем лечебно-физкультурных занятий.

**Разрывы сухожилий** сопровождаются значительным расхож- дением краев в результате спастического сокращения мышцы. Довра- чебная помощь аналогична вышеуказанной. В стационаре сухожилие сшивают, затем конечность иммобилизируют на 3 недели, после чего назначают ЛФК.

**Синдром длительного сдавления (краш-синдром).** Своеоб- разные изменения наблюдаются в тканях и во всей области мягких тканей при длительном сдавлении, сжатии большой области мягких тканей, чаще нижних конечностей. Такие сдавления наблюдаются при обвалах, землетрясениях, бомбардировках, железнодорожных ка- тастрофах ит.д.

Тяжелые общие нарушения развиваются у пострадавшего с дли- тельным сдавлением конечности через несколько часов после осво- бождения их от тяжести. При длительном сдавлении конечности тя- жестью у пострадавшего обычно наблюдаются сравнительно удовле- творительное общее состояние, которое сохраняется в течение не-

скольких часов после извлечения его из-под тяжести. В дальнейшем у него часто развиваются травматический шок, который ликвидируется обычной противошоковой терапией. Спустя 2-4 дня вполне удовле- творительного состояния внезапно развивается недостаточность по- чек при наличии миоглобина в моче. Общее состояние больного рез- ко ухудшается, отмечаются вялость, апатичность с периодами возбу- ждения. Появляются желтуха, рвота, жажда, боли в пояснице, бред. В дальнейшем развивается азотемия, олигурия, анурия и уремия. Ле- тальность, которая доходит до 60%, связана с развивающейся недос- таточностью печени и почек.

Одновременно с развитием общий явлений поврежденные ко- нечности резко отекают, конечности становятся плотными, циано- тичными с больными пятнами, пульс на них отсутствует.

С момента освобождения пострадавшего начинают противошо- ковые мероприятия: адекватное обезболивание, иммобилизацию, же- лательно использование льда – как можно раннее охлаждение пора- женной конечности, транспортировка в стационар под наблюдением врача или фельдшера.

Основным элементом лечения является:

* 1. Обкладывание льдом пораженной конечности до выяснения ее жизнеспособности, рассечение кожи, фасции для уменьшения травматического отека. В тяжелых случаях до развития пече- ночно-почечной недостаточности производят ампутацию для спасения жизни больного.
  2. Противошоковая терапия: инфузия коллоидов, кристаллоидов, сердечно-сосудистые средства, средства, улучшающие реоло- гические свойствакрови.
  3. Детоксикационная терапия вплоть догемодиализа.

**Сотрясение мозга**

Проявляется потерей сознания в момент травмы. В зависимо- сти от тяжести повреждения потеря сознания может быть кратковре- менным (от нескольких минут) или продолжаться несколько часов и даже суток. Ретроградная амнезия – придя в сознание, больной забы- вает все то, что происходило непосредственно перед травмой.

***Легкая степень тяжести*** – потеря сознания несколько ми- нут. Отмечаются головокружение, головная боль, тошнота, шум в ушах, которые проходят постепенно в течение нескольких дней, но больной не может вспомнить, что с ним произошло.

***Средняя степень тяжести*** – более продолжительная потеря сознания, иногда сопровождающаяся возбуждением (в течение не- скольких часов) и большая выраженность остальных симптомов, к которым добавляются рвота, ослабление рефлексов, замедление пульса и уменьшение его наполнения, сужение зрачков.

***Тяжелая степень тяжести*** – длительная потеря сознания (несколько часов), сопровождающаяся выраженным возбуждением. Резкая бледность, медленный, слабонапоненный пульс, резкое ослаб- ление, а иногда и отсутствие рефлексов, узкие, не реагирующие на свет зрачки, поверхностное, хриплое дыхание и т.д. Углубление пе- речисленных симптомов приводит к гибели больного.

Лечение состоит в обеспечении покоя и проведении мероприя- тий, уменьшающих отек и набухание мозга.

Все больные должны быть госпитализированы при назначении им постельного режима в случаях легкой степени тяжести от 10-14 дней, в более тяжелых случаях – 1-2 месяца.

При резко выраженной внутричерепной гипертензии, прояв- ляющейся сильной головной болью, рвотой и т.д., показана спинно- мозговая пункция.

**Ушиб мозга** – разрушение мозговой ткани на ограниченном участке.

Симптомы: общемозговые (головокружение, головная боль, тошнота и т.д). Отличается от сотрясения головного мозга тяжестью симптомов (выпадение функции тех или иных участков головного мозга), так может быть нарушение чувствительности, движения, ми- мики, речи и т.д.. Лечение, как и при сотрясении, добавляют лечеб- ную физкультуру со 2-3 недели.

**Сдавление мозга** – является результатом давления на мозг крови при внутричерепном кровотечении или кости обломков при переломах черепа.

**Внутричерепное кровотечение** – кровотечение в череп разме- ром 30-4- мл вызывает симптомы сдавления мозга. Скопление крови может быть над твердой мозговой оболочкой (эпмидгематома), под твердой мозговой оболочкой (субдуральная геметома) или внутри мозга.

Клиническая картина при внутричерепном кровотечении и сдавлении мозга развивается не сразу после травмы, а через некото- рое время, необходимое для накопления крови и сдавления мозга тканями. Этот промежуток между травмой и развитием симптомов

сдавления мозга иногда продолжается несколько часов и носит на- звание «светлого» промежутка. Вся клиническая симптоматика де- литься на общие и очаговые симптомы. Общие симптомы связаны с резким повышением внутричерепного давления. К ним относятся: го- ловная боль, тошнота, рвота, помрачение и потеря сознания, хриплое, прерывистое дыхание, замедленный твердый пульс, анизокария (су- жение одного зрачка) и др. Очаговая симптоматика со сдавление кро- вью того или иного участка мозга. К ней относятся: появление судо- рог, нарушение рефлексов, парезы и параличи, локализация которых соответствует пораженному участку мозга.

Течение сдавления мозга делится на три стадии: начальную, полного развития и паралитическую.

В первой стадии появляются признаки повышения внутриче- репного давления и очаговая симптоматика. Во второй стадии имеет- ся полное яркое развитие клинических проявлений, как общемозго- вых, так и очаговых симптомов. В паралитической стадии развивает- ся нарушение функций мозга, выражающиеся в коматозном состоя- нии, параличе сфинктров, обширных параличах конечностей, частом и малом пульсе, прерывистым хриплым дыханием и заканчивающие- ся остановкойдыхания.

Лечение: при развитии симптомов сдавления мозга показана операция трепанации черепа. В послеоперационном периоде прово- дится такое же лечение, как при сотрясении и ушибе мозга.

**Закрытые повреждения грудной клетки и ее органов**

Кроме сотрясений, ушибов, сдавлений грудной стенки, легких и сердца еще наблюдаются закрытые сдавления легких. Ушиб грудной клетки может сопровождаться переломом ребер. У больных с пере- ломом ребер или разрывом легких развивается пневмоторакс – скоп- ление воздуха в плевральной полости. Клинически пневмоторакс проявляется выраженной одышкой, цианозом, учащением пульса, ог- раничением подвижности больной стороны грудной клетки, ее боч- кообразным расширением, появлением подкожной эмфиземы. От- крытый пневмоторакс осложняется шоком более чем у 60% больных.

Первая медицинская помощь: обезболить, асептическая повязка на рану, окклюзионная повязка, противовоспалительные мероприятия (см. выше); госпитализация.

При напряженном, клапанном пневмотораксе, количество воз- духа с каждым вздохом увеличивается. Поэтому необходимо пункти-

ровать плевральную полость (во втором межреберье по срединно- ключичной линии).

Гемопневмоторакс, т.е. скопление крови в плевре, может быть односторонним и двусторонним. В последнем случае создается угро- за смерти от асфиксии.

Первая медицинская помощь включает обезболивание, инфузию растворов; госпитализацию.

**Закрытые повреждения органов брюшной полости**

Наиболее часто встречаются разрывы полых и паренхиматозных органов. При разрыве полых органов создается опасность развития разлитого перитонита. При разрыве паренхиматозных органов (пе- чень, селезенка, почки) возникает опасность внутреннего кровотече- ния. Клинически: больного беспокоят сильные боли в животе, отме- чается резкое напряжение брюшных мышц. Внутреннее кровотечение сопровождается нарастающей бледностью, частым и малым пульсом, головокружением, может быть рвота, снижение давления и т.д. Пер- куторно – притупление звуков в боковых отделах живота, положи- тельный симптом Щеткина – Блюмберга.

Первая медицинская помощь: обезболить, инфузионная терапия и другие противовоспалительные мероприятия; экстренная госпитали- зация.

**Местные гнойные заболевания**

**Фурункул** – острое гнойно-некротическое воспаление волося- ного фолликула и окружающей его ткани. В дальнейшем воспаление переходит на сальную железу и окружающую соединительную ткань. Загрязнение кожи и микротравмы предрасполагают к развитию забо- левания. Значительную роль в возникновении фурункулов и фурун- кулеза играет ослабление иммунитета вследствие хронических воспа- лительных заболеваний, авитаминоза. Сахарного диабета и т.д.

Клиника: вокруг волоса формируется маленькая пустула с не- большим воспалительным инфильтратом в виде узелка, сопровож- дающегося легким зудом и покалыванием. К концу 1-2 суток образу- ется воспалительный инфильтрат, кожа над ним краснеет, и стано- виться болезненной при пальпации. На вершине инфильтрата отме- чается скопление гноя с черной точкой (некроз в центре). В дальней- шем пустула нередко подсыхает, а на 3-7 сутки инфильтрат расплав-

ляется, и некротизированная ткань в виде стержня вместе с остатком волоса выделяется с гноем. Образовавшаяся гнойная рана очищается и заживает. На месте воспаления остаетсярубец.

Множество фурункулов с ремиссией и обострениями называ- ется фурункулезом. Нередко тяжелое клиническое течение наблюда- ется при фурункулезе лица. Распространение инфекционного процес- са сопровождающегося прогрессирующим тромбозом вен, возможно развитие менингита, сепсиса.

Больного следует госпитализировать. Первая медицинская по- мощи: НПВС. Лечение фурункула и фурункулеза делится на местное и общее. Категорически запрещается выдавливание содержимого фу- рункула и массаж области около воспаления.

**Карбункул** – острое гнойно-некротическое воспаление не- скольких волосяных мешочков и сальных желез с образованием об- щего и обширного некроза кожи и подкожной клетчатки.

Карбункул чаще бывает один. Причины возникновения те же, что и фурункула. Его развитию способствуют истощение, тяжелые общие заболевания, болезни обмена веществ (диабет, ожирение). Возбудитель проникает из волосяных фолликулов.

Клиника: чаще карбункул развивается на задней поверхности шеи, межлопаточной и лопаточной области, пояснице, ягодицах, ре- же, на конечностях.

Воспалительный инфильтрат багрового оттенка, кожа отечная, напряженная. Истощенный эпидермис над очагом некроза прорыва- ется в нескольких местах и выделяется густой зеленовато-серый гной. Затем отдельные отверстия сливаются, образуя большое отверстие в коже, из которого вытекает много гноя, отторгается некротизирован- ная ткань.

Общие явления: температура, бред, головная боль. Больного госпитализируют. Лечение: как при фурункулкзе.

**Гидраденит** – гнойное воспаление потовых желез. Локализу- ется в подмышечной впадине, значительно реже в переанальной и ге- нитальной областях, а у женщин в области сосков. Предрасполагаю- щие причины – дерматит (экзема, опрелости), повышенная потли- вость, нечистоплотность. В глубокой. В глубине подкожной клетчат- ки появляется плотный болезненный узелок. Кожа над ним становит- ся багрово-красной. При расплавлении инфильтрата появляется флюктуация, затем из отверстия оттекает сливкообразный гной. Дли- тельности развития инфильтрата 10 –15 дней. Могут быть рецидивы

болезни. Госпитализация больного. Лечение: местное и общее (анти- биотики, иммунотерапия).

**Рожа** – острое серозное прогрессирующее воспаление собст- венно кои, реже – слизистой оболочки, вызываемое стрептококком. Воспаление распространяется на все слои кожи и лимфатические со- суды ее.

Значительную роль в возникновении рожистого воспаления играют местные факторы и общее состояние организма. Чаще всего вспышка рожистого воспаления возникает после переохлаждения. Наиболее часто рожа локализуется на лице, голове, нижних конечно- стях. Очень редко она слизистые оболочки губ, зева, глотки.

Клиника: нарушение общего состояния может предшествовать развитию местных признаков, недомогание, слабость, головная боль, потеря сознания, озноб, тошнота, рвота тахикардия, учащение дыха- ния, повышение температуры тела до 40- 41ºС, протеинурия, олигу- рия, ускорение СОЭ, лейкоцитоз, гепатоспленомегалия. Жгучая боль и ощущение жара в пораженной области, яркая гиперемия с четкими краями, зазубренными контурами. Длительность заболевания 1-2 не- дели.

т.д.

Госпитализация.Лечение:антибиотики,диета,УФО,кварци

**Лимфаденит** – заболевание вторичное, возникающее в связи с

наличием первичного воспалительного процесса в той или иной об- ласти тела, инфекция может проникнуть через поврежденную кожу, слизистые оболочки, гематогенным путем. Лимфаденит может быть острым и хроническим. При гнойном лимфадените вначале развива- ется гиперпластический лимфаденит, а затем возникает гнойная ин- фильтрация узла и образование ряда мелких очагов гнойного рас- плавления, которые, сливаясь, приводят к расплавлению лимфатиче- ского узла. Возможно развитие аденофлегмоны. Целесообразно гос- питализировать больного для обеспечения адекватного обследования и лечения. Лечение комплексное, включает местное и общее воздей- ствие с применение антибиотиков, иммунотерапии, общеукрепляю- щей терапии.

**Тромбофлебит** – воспаление стенок вен с образованием в них тромба. Флебит – воспаление стенок вен без тромбообразования. У женщин заболевание встречается чаще, чем у мужчин. Различают острый, подострый, хронический, гнойный, негнойный, тромбофле- бит глубоких и поверхностных вен.

Клиника: в первые дни заболевания при остром тормбофлебите глубоких вен отмечаются сильные боль в конечности, повышение температуры тела до 39- 40ºС, значительный отек всей конечности, кожа которой напряжена, иногда цианотична. Течение острого тром- бофлебита от 10 дней до 3-х месяцев.

Поверхностный острый тромбофлебит – нерезко выраженные боли по ходу венозных стволов, может быть повышение температура тела до 37,5º, редко 38ºС. Отмечается небольшая отечность поражен- ной конечности, по ходу вен кожа часто гиперемирована в виде по- лос, в области вен полые уплотнения различной величины в зависи- мости от диаметра пораженной вены. Длительность заболевания от 10 до 30 дней.

Хронический тромбофлебит глубоких и поверхностных вен протекает от нескольких месяцев до года и более. При хроническом тромбофлебите поверхностных вен отека обычно нет, но по ходу по- раженных вен определяется ясно выраженное малоболезненное обра- зование, часто в виде четкообразных узлов. Хронический тромбофле- бит довольно часто рецидивирует.

Лечение может быть консервативным и оперативным. Больно- го госпитализируют, конечность должна находиться в состоянии по- коя, эластичное бинтование, антикоагулянты, антибиотики, общеук- репляющее лечение.

**Острый живот** – симптомокомплекс, развивающийся при про- грессировании заболеваний органов брюшной полости. Характеризу- ется резкой болью в животе и нарушением общего состояния больно- го, положительны симптомы раздражения брюшины. Обязательна госпитализация пациента. Антибиотики, наркотики, грелки не при- менять, клизмы не делать, можно анальгин 50% - 2 мл. Лечение чаще оперативное. Однако диагнозом «острый живот» следует пользовать- ся только тогда, когда не удается точно установить происхождение острого хирургического заболевания или повреждения органов брюшной полости. Нередко картину «острого живота» симулируют также различные заболевания, локализующиеся далеко за его преде- лами. Можно выделить 6 основных групп заболеваний:

1. Наиболее частой причиной «острого живота» являются воспали- тельные заболевания органов брюшной полости. К ним следует отнести острый аппендицит, острый холецистит, флегмону же- лудка, кишечника, острый мезентериальный лимфаденит, ост- рый дивертикулит, острое воспаление матки ипридатков.
2. Деструктивные процессы в брюшной полости: прободение язвы желудка, 12-персной кишки, с гастродуоденальным кровотече- нием, пенетрация язвы желудка, 12-перстной кишки, геморраги- ческий острый панкреатит,панкреонекроз.
3. Нарушение кровоснабжения органов брюшной полости – тром- боз мезентериальных сосудов, ущемление грыжи, странгуляци- онная кишечная непроходимость, перегиб кисты яичника, заво- рот сальника идр.
4. Очень часто клинику «острого живота»дает обтурация полых органов, обтурационная кишечная непроходимость, механиче- скаяжелудка.
5. Закрытая и открытая травма живота приводит к нарушению це- лостности полых органов (желудок, кишечник, мочевой пу- зырь), разрыву паренхиматозных органов (печень, селезенка, поджелудочнаяжелеза).
6. Функциональные заболевания органов брюшной полости (пара- литическая и спаечная кишечная непроходимость, острое рас- ширение желудка) могут приводить к развитию клиники «остро- гоживота».

**Острый перитонит**обычно служит проявлением вышеперечис- ленных заболеваний. Клинически синдром «острого живота» прояв- ляется симптомокомплексом, включающем в себя боль в животе, тошноту и рвоту, нарушение отхождения газов и стула, напряжение брюшной стенки.

Боль в животе – наиболее постоянный и типичный. Она может быть тупой, идущей из глубины или интенсивной, отдающей в об- ласть лопаток, за грудину, усиливающейся при движении диафрагмы (дыхание, кашель).

Локализованная боль в эпигастральной области более характер- на для острого гастрита, обострения язвенной болезни желудка и ее осложнений (перфорации, опухоли желудка, острого его расширения, механической травмы, ущемленной диафрагмальной грыжи). Боль в правом подреберье чаще бывает при остром холецистите. Для обост- рения язвенной болезни 12-перстной кишки характерна боль в верх- ней половине живота, правее средней линии, опоясывающие боли, типичны для острого панкреатита.

Боль в животе различной локализации встречается при кишеч- ной непроходимости, тромбозе мезентериальных сосудов, открытой и

закрытой с повреждением органов брюшной полости, остром мезен- териальном лимфадените, флегмоне кишечника, перфорации опухоли кишечника, болезни Крона. Наиболее типичной для острого аппенди- цита является локализация болей в правой подвздошной области.

Для большинства острых заболеваний органов брюшной полос- ти характерны постоянные постепенно усиливающиеся боли. В слу- чае перфорации полого органа боли возникают внезапно («кинжаль- ный» характер они носят при прободной язве желудка, 12-перстной кишки).

Для обтурационной кишечной непроходимости характерны схваткообразные боли. По своей интенсивности наиболее выражен- ные, мучительные и нестерпимые боли отмечаются при тромбозе ме- зентериальных сосудов, на высоте приступа при кишечной обтураци- онной непроходимости, странгуляционной непроходимости, закры- том повреждении поджелудочной железы, часто при некупирующей- ся печеночной колики. Интенсивность боли уменьшается при некрозе ущемленного органа. Постоянные, в начале невыраженного характе- ра, боли в животе имеют место при кровотечении в брюшной полос- ти. Они локализуются в нижних отделах живота и усиливаются при перемене положения тела, в связи с чем больной вновь старается принять первоначальное положение (симптом «ваньки-встаньки»).

Характерным симптомом острого живота является тошнота и рвота. Рвота встречается наиболее часто при кишечной непроходимо- сти, остром холецистите, панкреатите, перитоните, тромбозе мезен- териальных сосудов, остром энтерите, реже при обострении язвенной болезни желудка, 12-перстной кишки и ее осложнении. Различают раннюю – рефлекторную рвоту, и позднюю, которая возникает в свя- зи с прогрессированием заболевания. Рвоте часто предшествует тош- нота.

Для острого гастрита, острого гастроэнтерита характерна рвота фонтаном с извержением кислого желудочного содержимого, при прободной язве желудка и 12-перстной кишки рвота скорее исключе- ние, чем правило. Ранним симптомом является рвота при кишечной непроходимости. В начале заболевания рвотные массы представляют собой желудочное содержимое, затем желчь и, наконец, кишечное содержимое с гнилостным запахом (фекалоидная рвота). Частота и интенсивность рвоты варьирует. При странгуляции и высокой непро- ходимости рвота может быть непрерывной и быстро приводить к обезвоживанию больного. При спаечной непроходимости, обтурации

рвота наблюдается реже. Никогда не наблюдается фекалоидная рвота при динамической кишечной непроходимости. Неукротимая мучи- тельная рвота, не приносящая облегчения отмечается при остром панкреатите и остром перитоните в стадии интоксикации. Много- кратная рефлекторного характера рвота характерна для сопровож- дающейся сильными болями некупирующейся печеночной колики, реже для ущемленной грыжи без острой кишечной непроходимости. Относительно часто однократная рвота служит начальным признаком острого аппендицита.

Характерным, хотя и не всегда постоянным симптомом «Остро- го живота», является нарушение стула и отхождение газов. В боль- шинстве случаев при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости отмечается задержка стула и газов, но может быть и понос. Эти явления в начале развития заболевания носят рефлек- торный характер. Однократный жидкий стул при остром аппендиците бывает при расположении червеобразного отростка между петлями тонкого кишечника, при его тазовой локализации. Нередко понос возникает при ущемленной грыже, воспалении дивертикула Меккеля. Многократный жидкий стул характерен для острого гастроэнтерита, энтерита, колита. Нарушение стула и отхождения газов – обязатель- ный признак кишечной непроходимости, который чаще всего сочета- ется с локальным или диффузным вздутием живота, возникающим за счет метеоризма. При этом следует помнить, что при высокой кишеч- ной непроходимости может иметь место один - или двукратный стул с отхождением каловых масс и газов. Однако эта дефекация не при- носит больному облегчения и не приводит к уменьшению вздутия живота и устранения болей. При остром тромбозе мезентериальных сосудов нередко наблюдается кровавый стул, в том числе многократ- ный. В связи со стойким парезом кишечника особенно продолжи- тельная задержка стула и газов отмечается при остром разлитом пе- ритоните, возникающем при естественном течение многих хирурги- ческих заболеваний органов брюшной полости. Признаком разлитого перитонита, порой прогностически неблагоприятного, является час- тый жидкийстул.

Постоянный признак «острого живота» - напряжение брюшной стенки. Незначительное напряжение брюшной стенки может быть у стариков и ослабленных больных. Напряжение брюшной стенки представляет собой защитную нервно-рефлекторную реакцию орга- низма в ответ на раздражение преимущественно париетальной брю-

шины. Чаще всего раздражение брюшины обуславливается локаль- ным в брюшной полости патологическим процессом.

Напряжение мышц брюшной полости может быть произволь- ным и непроизвольным, последнее происходит без активного участия больного и является истинным, так как объективно отражает степень выраженности и распространения патологических изменений в брюшной полости. В связи с этим различают локальное (местное) и разлитое (общее) напряжение брюшной стенки, вплоть до «доскооб- разного живота», который является патогномоничным симптомом острого разлитого перитонита в реактивной и токсической фазах про- бодной язвы желудка и 12-ти перстной кишки, перфорации опухоли полого органа или живота или вследствие деструктивного течения в нем патологического процесса (острый холецистит, острая кишечная непроходимость, острый аппендицит и др).

Ограниченный воспалительный процесс в желчной пузыре, чер- веобразном отростке, желудке, кишечнике при вовлечении брюшины также сопровождается локальным напряжением брюшной стенки со- ответственно топографическому расположению в брюшной полости того или иного органа.

Отсутствие напряжения мышц брюшной стенки отмечается при отечной форме острого панкреатита, несмотря на интенсивные боли и локальное вздутие кишечника в надчревной области. Характерным является отсутствие напряжения брюшной стенки и при кровотече- нии в свободную брюшную полость. Напряжение брюшной стенки определяется на основании осмотра и поверхностной пальпации жи- вота. Мышечное напряжение брюшной стенки всегда сочетается с другими симптомами раздражения брюшной стенки (например, сим- птомом Щеткина-Блюмберга). Больные с диагнозом «острый живот» независимо от причины его возникновения подлежат немедленной госпитализации в хирургическое отделение. Больных нельзя кормить, поить, давать антибиотики, лечить до осмотра хирурга. Доставка больных в стационар производится санитарным транспортом в со- провождении медперсонала.

**Панариций *–*** гнойное воспаление тканей пальцев.

Клинически: очень сильная боль, отечность, покраснение ла- донной поверхности. Функция нарушена.

Виды панариция: кожный, подкожный, суставной, тендоваги- нит, подногтевой.

Больного госпитализировать.

**Вывихи –** стойкое смещение суставных поверхностей по от- ношению друг к другу. Различают вывихи врожденные – возникают во время внутриутробной жизни плода, и приобретенные – развива- ются в результате травмы (травматический вывих) или патологиче- ского процесса в области сустава (патологический вывих). Подав- ляющее большинство врожденных вывихов наблюдается в тазобед- ренном суставе с одной или чаще с обеих сторон. Заболевание обыч- но диагностируется, когда ребенок начинает ходить. Он проявляется хромотой, разболтанностью сустава, болезненностью в нем, укороче- нием ноги. При двустороннем вывихе отмечается походка в перевал- ку («утиная походка»). Диагноз уточняется путем рентгенографиче- ского исследования. Лечение врожденного вывиха в раннем детском возрасте (2-3 года) состоит в бескровном вправлении и временной фиксации сустава. У взрослых применяется оперативное вмешатель- ство, состоящее в формировании нового сустава.

Приобретенные (травматические) вывихи возникают при одно- временном повреждении крупных сосудов, нервов или при переломах в близких к суставу участках кости. Вывих является осложнением, при открытом вывихе имеются раны в области сустава.

Клиника: боль в суставе и невозможность движения в нем, боль усиливается при движениях в суставе, иногда (при сдавлении нерва) отмечается онемение конечности. При осмотре – вынужденное поло- жение конечности и фиксация ее в неправильном положении, дефор- мация области сустава. Лечение: при травматическом вывихе необхо- димо квалифицированная помощь, оказание первой помощи состоит в наложении транспортной шины или фиксирующей повязке, а при сильных болях - введении болеутоляющих средств. Больной с выви- хом должен быть немедленно направлен в лечебное учреждение, где может быть произведено егоисправление.

Важным разделом работы хирургической является ***профилак- тическая работа по борьбе с гнойными заболеваниями и травма- тизмом.*** Эти два раздела профилактической работы нередко связаны между собой, и предупреждение травматизма является одним из важ- ных профилактики многих гнойных заболеваний.

***Профилактика раневой инфекции***заключается в тщательном соблюдении хирургической асептики при оказании медицинской по- мощи при ранениях. Простейшим средством предупреждения про- никновения гноеродных микробов в рану является смазываниенезна-

чительных повреждений кожных покровов йодной или спиртовым раствором бриллиантовой зелени.

В профилактике острогнойных заболеваний большое значение имеют мероприятия, укрепляющие организм, оздоровление внеш- ней среды, улучшение условий труда и быта.

Важным разделом профилактической работы является ***проведе- ние ежегодной диспансеризации населения.*** К особенностям дис- пансерного наблюдения у хирургов следует отнести краткосрочность его при некоторых нозологических формах – до и после операции, совместно с терапевтом и другими специалистами наблюдение за не- которыми больными язвенной болезнью желудка и 12-перстной киш- ки, холециститом, хроническим панкреатитом, абсцессом легких, бронхоэктатической болезнью, заболеваниям с явлением тиреотокси- коза и др.

В профилактике многих хирургических заболеваний большое значение имеет***санитарно-просветительная работа***. Особое вни- мание должно быть обращено на разъяснение населению значения раннего обращения за медицинской помощью и на ознакомление на- селения с ранними (первыми) признаками болезней.

Главный момент в организации профилактики травматизма – изучение причин, обстоятельств и условий возникновения травм, причем при выяснении их медицинский работник, оказывающий пер- вую помощь пострадавшим имеет лучшую возможность для установ- ления истинной причины свершившейся травмы. Зная характер по- вреждения мед.работник может помочь лучше и наиболее объективно установить истинную причину травмы и соответственно отразить ее в акте.

Различают четыре группы основных причин производственного травматизма: причины технического, организационного, санитарно- гигиенического порядка и некоторые личностные факторы.

К техническим причинам производственных травм могут быть отнесены: неправильное стояние оборудование – станков, машин, приборов; неисправное состояние ручного инструмента и приспособ- лений; несовершенство конструкции машин; отсутствие ограждений и предохранительных устройств у машин, станков и других видов промышленного оборудования; несовершенство оградительных уст- ройств.

К причинам организационного характера можно отнести: недос- татки в организации и содержании рабочих мест; применение непра- вильных, опасных приемов работ; недостаточный надзор за работой, соблюдением техники безопасности и охраны труда; плохую органи- зацию трудового процесса, отсутствие или неисправное состояние индивидуальных защитных приспособлений и др.

К санитарно-гигиеническим причинам относятся факты нару- шения производственно-санитарного режима: недостаток или избы- ток освещения на рабочем месте; чрезмерно высокая или чрезмерно низкая температура воздуха в рабочих помещениях; высокая произ- водственная загрязненность; недостаточная вентиляция, захламлен- ность и загрязненность производственной территории.

К личностным факторам принято относить своевременно нерас- познанное заболевание рабочего, недостаточную подготовленность (квалификацию) рабочего, некоторые психические и физиологиче- ские моменты, в частности, утомление, неудовлетворительные быто- вые условия (тяжелая домашняя работа, особенно у женщин, домаш- ние неприятности, алкоголизм и др.).

Профилактика производственного травматизма начинается с производственного обучения. Каждый рабочий, поступающий на предприятие, в обязательном порядке знакомится с техникой безо- пасности. На всех этапах профилактики производственного травма- тизма, начиная с регистрации и учета расследования несчастных слу- чаев и планирования мероприятий по охране труда и техники безо- пасности, принимают участие профсоюзные организации через ко- миссии охраны труда и общественных инспекторов. В самом тесном контакте с ними работу по профилактике травматизма ведут меди- цинские работники, роль которых особенно велика при устранении причин травм санитарно-гигиенического и личностного характера.

Ответственность за организацию первой помощи в цехе несет администрация, а непосредственную помощь осуществляют меди- цинские работники. На каждом производственном участке формиру- ется санитарный пост из числа лиц, подготовленных к оказанию пер- вой помощи.

Санитарный пост оснащают за счет предприятия шкафчиком или аптечкой скорой помощи, санитарной сумкой, санитарными но- силками. В каждой смене назначают ответственного за указанное оборудование. В шкафчике или сумке должна находится памятка по оказанию первой помощи, составленная с учетом спецификиданного

производства, всегда должны иметься индивидуальные стерильные пакеты, резиновый или матерчатый кровоостанавливающий жгут, на- стойка йода. Для оказания помощи при поражении электрическим то- ком рядом с аптечкой первой помощи хранят резиновые перчатки, ре- зиновые сапоги с высокими голенищами, резиновый коврик, кусачки с изолированными ручками для перерезкипроводов.

Несколько более сложным является организация работы по профилактике непроизводственного травматизма. Среди мер профи- лактики непроизводственного травматизма большую роль играет са- нитарное просвещение. Тематика санитарного просвещения опреде- ляется, во-первых, пропагандой мер безопасности среди населения, и во-вторых, необходимостью подготовки всего населения само- и взаимопомощью при травмах. Учитывая, что значительное число не- производственных травм происходит с людьми в состоянии алко- гольного опьянения тематику санитарного просвещения необходимо дополнить вопросами целенаправленной противоалкогольной пропа- ганды. Особое значение имеет воспитание у таких масс населения ос- торожности в передвижении по улицам больших городов, строгого соблюдения установленных правил движения и пользования средст- вами городского транспорта.

**Травмы при дорожно-транспортных происшествиях** имеют большое социально-гигиеническое значение из-за распространенно- сти, массовости и тяжести. Помощь на месте происшествия оказы- вают в порядке само- и взаимопомощи до прибытия машин скорой помощи. Значительную часть пострадавших доставляют попутный транспорт, случайные лица, а также работники ГАИ и милиции на своем транспорте. От их умения оказать первую доврачебную по- мощь нередко зависит жизнь пострадавшего, поэтому очень важно обучить их помощь при дорожно-транспортных происшествиях. В настоящее время как государственный автотранспорт, так и авто- транспорт личного пользования оснащены аптечками. Для оказания само- и взаимопомощи шкафчики первой помощи устанавливаются: в ЛПУ, не оказывающих хирургическую помощь, аптечки в отделениях милиции, на станциях городского транспорта и междугородних авто- бусах.

Первая помощь при бытовой и спортивной травме осуществля- ется в виде само- и взаимопомощи. В различных учреждениях уста- навливаются аптечки первой самопомощи. В местах массовых заня- тий спортом(стадионы, катки,спортзалы) организуютсяфельдшер-

ские или врачебные здравпункты. Во время массовых спортивных со- стязаний с большим скоплением зрителей рациональны дежурства фельдшера и медсестры с санитарной сумкой и носилками непосред- ственно у спортивного поля. Спортивные массовые походы, соревно- вания, кроссы должна обязательно сопровождать санитарная машина с медицинским работником, оснащенная всем необходимым для ока- зания первой травматологической помощи.

У травматологов-ортопедов на диспансерном наблюдении нахо- дятся больные с переломами, ложными суставами, вывихами, артро- зами, ампутационными культями.

**5. Оказание неотложной помощи в общей врачебной (семейной) практике.**

Вопросы экстренной помощи и оживления необходимо усвоить всем медицинским работникам, поскольку помощь больному в тер- минальном состоянии должен уметь оказывать каждый медицинский работник скорой помощи и старшего звена при любых обстоятельст- вах.

**Реанимация** (от лат. re-вновь, animas-оживлять) оживление, применялась и в древние времена, однако наука об оживлении – реа- ниматология - сформировалась не так давно. В современном понима- нии реанимация представляет собой ряд экстренных лечебных меро- приятий при остро возникающих патологических состояниях, проте- кающих с нарушением функционального состояния ряда органов и представляющих опасность для жизни больного, т.е. восстановление жизненно важных функций организма.

Реанимация в срочном порядке показана в первую очередь при терминальном состоянии. Терминальное состояние–это крайне тяже- лое состояние больного с резким нарушением, а подчас даже прекра- щением основных функций организма (дыхания, кровообращения, функции центральной нервной системы и др.), когда по существу он находиться между жизнью и смертью.

Хотя причины терминальных состояний различны, клинические проявления их до некоторой степени одинаковы, что позволяет выде- лить следующие четыре стадии:

* 1. **Преагональное состояние.** Больной заторможен, отмечается сонливость. АД снижено, пульс на периферических артериях отсутст- вует. Дыхание поверхностное, частое, аритмичное, рефлексы угаса- ют. Резко нарушен обмен веществ. Угнетены окислительные процес- сы. Преагональное состояние может длиться часами, за тем следует терминальная пауза (1- 4 минуты) с прекращением дыхания и работы сердца (расширениемзрачков).
  2. **Агональное состояние** – «последняя вспышка борьбы за жизнь». Сумеречное сознание или отсутствие его, двигательное воз- буждение. АД ниже критического уровня или не определяется, пульс отсутствует, но работа сердца еще выявляется. Резкое нарушение ды- хания (периоды апноэ), рефлексы исчезают. Непосредственно перед смертью могут вновь на короткое время появиться судорожноедыха-

ние, слабая работа сердца, сознание и рефлексы. Однако вскоре за тем следует третьяфаза.

* 1. **Клиническая смерть.** Прекращение деятельности сердца и дыхания при продолжающейся жизни клеток и тканей организма. Обменные процессы резко снижены, извращены. Гликолиз преобла- дает над окислительным фосфорилированием, распадом – над синте- зом. В организме накапливаются продукты неполного окисления (пи- ровиноградная кислота и др.). Этот период длиться 5-7 минут. Он бо- лее продолжителен при внезапной остановке сердца и дыхания (вне- запная клиническая смерть). Однако если клиническая смерть длить- ся более 5-7 минут наступает интеллектуальная смерть (необратимые изменения в центральной нервной системе). Признаки клинической смерти: отсутствие дыхания, расширение зрачков, отсутствие пульса на артериях эластического типа (сонных, бедренных, и др.). После клинической смерти наступает биологическаясмерть.
  2. **Биологическаясмерть.**

Признаки биологической смерти -трупные пятна, трупное око- ченение, снижение температуры тела до уровня температура внешней среды. Признаки биологической смерти указывают на нецелесооб- разность реанимационных мероприятий. К сожалению, не всегда возможно четко определить грань между клинической и биологиче- ской смертью. Период между клинической и биологической смертью может быть удлинен путем искусственной гипотермии, гибернации и искусственного кровообращения.

**МЕТОДЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

**Неотложная помощь в случае**

**внезапной остановкикровообращения**

Медицинская сестра в случае внезапной остановки кровообра- щения (клиническая смерть) обязана немедленно начать больному непрямой массаж сердца, а также искусственное дыхание (способом рот в рот) и продолжать эти манипуляции до передачи больного вра- чу. Успех реанимации зависит от быстроты проводимых мероприя- тий. Восстановление кровообращения должно быть закончено через 3-4 минуты после остановки сердца. Немедленно после установления диагноза назначают искусственную вентиляцию легких методом «рот в рот», лучше с помощью аппарата (по возможности чистым кисло-

родом). Параллельно проводят искусственный массаж сердца, уложив больного спиной на твердую поверхность. Обеими ладонями, сло- женными накрест (у детей одной рукой, у грудных детей двумя паль- цами), ритмично надавливают на грудину между средней и нижней третью строго по вертикали с частотой 50-60 в 1минуту. При этом грудина вдавливается в грудную клетку на 1-3 см. Если оказывает помощь 1 человек, чередуется последовательно 1 вдох и 5 искусст- венных систол (надавливаний на грудину). При этом следят за реак- цией зрачков и цветом кожи. Пульс должен определяться через 1-2 мин. Если пульс не появился, но зрачки не суживаются, применяют фармакологические стимуляторы миокарда – внутрисердечно вводят 0,1 мл 0,1% раствора атропина, 2-10 мл 10% раствора CaCl2 , прово- дят массаж сердца. Если на ЭКГ выявляется фибрилляция желудоч- ков, проводят дефибрилляцию электрическим методом. Воздействие тока непродолжительно – десятые доли секунды. При недостаточном тонусе сердечной мышцы (низкое АД) в/в капельно вводят норадре- налин и мезатон (1-2 мл в 50 мл изотонического раствора).

Все мероприятия по реанимации пострадавшего надо проводить постепенно, в разумной последовательности, сосредоточенно.

После восстановления деятельности сердца больного на специ- альной машине доставляют в лечебное учреждение, где продолжают интенсивную терапию. В первую очередь при бессознательном со- стоянии необходимо срочно предупредить обструкцию дыхательных путей. При сохранившемся еще самостоятельном дыхании больного укладывают набок, что позволяет предупредить западание языка и аспирацию слюны и рвотных масс. Для восстановления механической проходимости дыхательных путей при западении языка максимально запрокидывают голову, выдвигают нижнюю челюсть кпереди, рас- крывают рот и языкодержателем фиксируют и выводят язык. Аспи- рацию рвотных масс предупреждают поворотом головы набок. Ука- занные мероприятия осуществимы в любых условиях и не требуют специальных средств. Чтобы предупредить западение языка и пере- крытия им дыхательных путей, можно использовать резиновые или металлические воздуховоды, которые вводят в ротовую полость до корня языка.

В настоящее время повсеместно применяются безаппаратные методы «рот в рот» или «рот к носу» как наиболее физиологические и легко выполнимые. Они обеспечивают 100% объема воздуха легких на вдохе. Техника: после очищения рта и глотки больного кладут на

спину и запрокидывают голову, что обеспечивает максимальную проходимость дыхательных путей. Оказывающий помощь одной ру- кой зажимает нос, предупреждая утечку воздуха (рот остается откры- тым), делает глубокий вдох и выдыхает воздух в рот пострадавшего, затем отводит свое лицо в сторону – больной делает пассивный вы- дох. Частота дыхания у детей старшего возраста – 16, у новорожден- ных – 28 в минуту, детям раннего возраста воздух вдувают одновре- менно в рот и нос. Одним из демонстративных признаков эффектив- ности искусственной вентиляции легких является движение грудной клетки (поднимается на вдохе и опускается на выдохе). Важно сле- дить за работой сердца, если пульсация сонных артерий не определя- ется, необходимо параллельно начать искусственный массаж сердца.

Для устранения эстетических и гигиенических недостатков ме- тода можно применять S-образную трубку, наркозную маску и другие приспособления или накрывать рот пострадавшего платком.

Искусственная вентиляция методом «рот в рот» противопоказа- на при инфекционных заболеваниях. При травме головы с размозже- нием лица применяют S-образную трубку или прибегают к интубации трахеи.

Самостоятельное дыхание может восстановиться через различ- ные промежутки времени – от нескольких минут до нескольких ча- сов. Иногда после восстановления дыхания возникает рвота, в связи, с чем следует применять меры для предупреждения аспирации рвот- ных масс (положение на боку, очистка рта и глотки, введение желу- дочного зонда всем больным в бессознательномсостоянии).

Если самостоятельное дыхание не восстанавливается, переходят на аппарат искусственной вентиляции легких.

**Стенокардия**

**Симптомы**: приступообразная боль за грудиной или в области сердца, возникающая обычно при физическом или эмоциональном напряжении, иногда в покое, во время сна. Боль чаще сжимающего характера, иррадиирущая в левую руку, продолжительностью около 10-15 минут. Характерен быстрый положительный эффект от приема нитроглицерина.

Пульс и АД без особых изменений, изредка преходящее нару- шение ритма (во время приступа или в ближайшие 2 часа).

**Неотложная помощь.** Больного необходимо уложить на кушет- ку, постель с приподнятым головным концом. Для экстренного ку- пирования приступа стенокардии используют нитраты короткого

действия(таблетканитроглицерина под язык, аэрозоль или спрей) и грелки к ногам. Затянувшийся болевой приступ и отсутствие эффек- та от нитроглицерина (развитие инфаркта миокарда) и подозрение на нестабильную стенокардию являются показаниями кгоспитализации.

**Острый коронарный синдром**

**Симптомы:** Давящая, жгучая боль, с локализацией за груди- ной, по всей передней грудной стенки с возможной иррадиацией в плечо, шею, руку, спину, эпигастральную область. Боль не зависит от позы и положения тела, от движений и дыхания, устойчивая к нит- ратам. Характерно сочетание боли с гипергидрозом, резкой общей слабостью, бледностью кожных покровов, возбуждением, двигатель- ным беспокойством.

**Неотложная помощь.** Больного необходимо уложить на кушет- ку, постель с приподнятым головным концом. При подозрении на острый коронарный синдром применяют ацетилсалициловую кислоту 325 мг внутрь (для ускорения всасывания таблетку следует разже- вать) и нитроглицерин 0,5 мг под язык. При необходимости возможен прием до 3 таблеток нитроглицерина. Для купирования болевого син- дрома применяют наркотические анальгетики. Показана госпитализа- ция в отделение интенсивной терапии или кардиореанимацию.

**Инфаркт миокарда**

**Симптомы:** сильная сжимающая боль за грудиной или в облас- ти сердца нередко распространяющаяся на всю переднюю поверх- ность грудной клетки с иррадиацией в левую руку, лопатку, шею, нижнюю челюсть. Боль длительная (от 30 минут до суток и более), с возможными короткими светлыми промежутками, сопровождающая- ся чувством страха смерти и не устраняющаяся нитроглицерином. Часто возникают нарушения ритма, а также явления острой сердеч- ной и сосудистой недостаточности. Повышение температуры тела (через 8- 12 часов после начала болевого приступа). Возможна нети- пичная локализация боли (область эпигастрии, верхние конечности, нижнюю челюсть). При безболевой форме основным признаком яв- ляется внезапное развитие острой сердечной или сосудистой недоста- точности.

Характерны изменения ЭКГ (в отдельных случаях могут поя- виться лишь в последующие дни).

**Неотложная помощь**. Строгий постельный режим. В начале болевого приступа дать нитроглицерин ( таблетка под язык, спрей или аэрозоль). Ацетилсалициловая кислота 160-325 мг–разжевать.

Для купирования болевого синдрома применяют наркотические анальгетики. Ввести подкожно 1-2 мл 1% раствора морфина или про- медола вместе с 0,5 мл 0,1% раствора атропина и 1 мл 1% раствора димедрола (при тяжелом болевом синдроме внутривенно). При отсут- ствии эффекта инъекцию повторяют, кроме того, внутримышечно или внутривенно 2 мл 50% анальгина, подкожно 2 мл кордиамина. Оксигенотерапия.

При возникновении шока или явлении острой сердечной лево- желудочковой недостаточности наряду с перечисленными средствами внутривенно медленно вводят 0,5 мл 0,05% раствора строфантина, на 10 мл изотонического раствора. Кроме того, при шоке внутримышеч- но или лучше внутривенно медленно 1 мл 1% раствора мезатона с 2 мл кордиамина. После проведения всех указанных мероприятий и ос- лаблении болевого синдрома госпитализация спецтранспортом, лежа на носилках, в сопровождении врача, готового к оказанию помощи в пути.

**Острая сердечная недостаточность Сердечная астма**.

Сердечная астма является клиническим проявлением острой сердечной левожелудочковой недостаточности. Чаще всего наблюда- ется при инфаркте миокарда, атеросклерозе, гипертонической болез- ни, миокардите, аортальных и митральных пороках сердца, остром и хроническом нефрите.

**Симптомы:** приступы одышки (удушья), наступающие чаще в покое (ночью), вынужденное положение в постели – со спущенными ногами. Лицо бледное с синюшным оттенком, пульс учащен, иногда аритмичен. Артериальное давление может умеренно повышаться. То- ны сердца глухие, часто в нижних отделах обоих легких незвучные мелкопузырчатые хрипы, иногда лишь небольшое количество сухих хрипов на фоне жесткого дыхания. Нередко приступ сердечной астмы заканчивается отеком легких (помнить об астматическом безболевом варианте инфаркта миокарда).

**Неотложная помощь**. Обеспечить больному полусидячие или сидячие (со спущенными ногами) положение в кровати. Подкожно вводится 1-2 мл 1-2% раствора промедола и 1-2 мл 1% раствора ди- медрола. Внутривенно медленно вводят 0,5 мл 0,05% раствора стро- фантина с 10 мл 2,4% эуфиллина (эуфиллин противопоказан при ги- потонии). Ингаляции кислорода увлажненного 96% этиловым спир-

том. Грелки к ногам, наложение жгутов на нижние конечности на 30- 40 мин.

При сердечной астме на фоне гипертонии внутривенно 6-8 мл 0,5% раствора дибазола и внутримышечно 10 мл 25% магнезии, при явлении коллапса – внутривенно или внутримышечно 0,5 – 1 мл 1% раствора мезатона, при развитии отека легких – кровопускание 200- 300 мл (противопоказано при низком давлении и признаках коллап- са).

После устранения приступа сердечной астмы госпитализация на носилках с приподнятой верхней половиной туловища (при низком АД в горизонтальном положении) в сопровождении врача.

**Отек легких**

Отек легких является проявлением острой сердечной левожелу- дочковой недостаточности, часто возникает на фоне сердечной астмы или инфаркта миокарда (кардиогенный отек легких). Токсический отек легких возникает при тяжелом течении острого отравления.

**Симптомы:** удушье с клокочущим дыханием и выделением значительного количества пенистой, иногда розовой мокроты. Поло- жение в постели вынужденное – сидя с опущенными ногами, цианоз лица и холодный пот. Пульс слабого наполнения, частый, АД в тяже- лых случаях снижается. Глухость тонов сердца, нередко ритм галопа. В легких выслушивается обильные влажные хрипы.

**Неотложная помощь**. Обеспечить полусидячее (с опущенными ногами) положение в постели. Подкожно вводится 1-2 мл 1-2% рас- твора промедола с 1-2 мл 1% раствора димедрола. Ингаляции кисло- рода, увлажненного парами 96% спирта. Внутривенно медленно вво- дят 0,5 –0,75 мл 0,05% раствора строфантина на 10 – 20 мл 40% глю- козы. Грелки к ногам, наложение жгутов на нижние конечности на 30-60 мин (пережимать только вены).

После устранения признаков отека легких госпитализация на носилках с приподнятой верхней половиной туловища (при явлении коллапса в горизонтальном положении) в сопровождении врача гото- вого казать помощь в пути.

**Острая правожелудочковая недостаточность**.

Возникает при эмфиземе легких, диффузном пневмосклерозе, тяжелой бронхиальной астме, первичной легочной гипертензии, эм- болии ветвей легочной артерии, спонтанном пневмотораксе и прине-

которых пороках сердца, сопровождающиеся перегрузкой левого же- лудочка.

**Симптомы:** полусидячее положение в постели, умеренная одышка, выраженный акроцианоз лица, шеи, конечностей, набухание шейных вен при вдохе и выдохе, выраженная надчревная пульсация, отеки на ногах, часто асцит и гидроторакс, увеличение и болезнен- ность печени. Пульс учащен, малого наполнения. На ЭКГ признаки преобладания правых предсердия и желудочка.

**Неотложная помощь:** строгий постельный режим, внутривенно медленно вводят 0,25 мл 0,05% раствора строфантина с 10 мл 2,4% эуфиллина (эуфиллин противопоказан при гипотонии). Наложение жгутов на нижние конечности на 30-40 мин (пережимать только ве- ны). Ингаляция кислородом с перерывами под контролем самочувст- вия больного.

Эвакуация в лечебное учреждение на специальном транспорте, лежа на носилках с поднятой верхней половиной туловища, в сопро- вождении врача или фельдшера.

**Острая сосудистая недостаточность Обморок**

Обморок - проявление острой сосудистой недостаточности с кратковременным нарушением кровоснабжения мозга. Встречается при психических травмах, резком болевом раздражении, при внезап- ном вставании после длительной гиподинамии, а также при остром инфекционном заболевании, интоксикациях, внутренних кровотече- ниях и др. Вазомоторный или простой обморок чаще наблюдается у лиц с сосудистой недостаточностью, при исключении и гипотонии и вестибулярных нарушений. Его возникновению способствует дли- тельное пребывание в вертикальном положении в душном, жарком помещении.

**Симптомы:** внезапное появление общей слабости, головокру- жения, тошноты, звона в ушах, потемнения в глазах. Потеря сознания (длительностью от нескольких секунд до нескольких минут) пульс слабый, в большинстве случаев брадикардия (60-40 ударов в минуту), АД снижено.

Обморок необходимо дифференцировать от эпилептических припадков (прикусывание языка, патологическая сонливость после приступа).

**Неотложная помощь:** уложить больного горизонтально с при- поднятыми ногами, либо усадить больного, опустив голову ниже ко-

лен. Обеспечить доступ свежего воздуха, расстегнуть воротник, пояс. Смочить виски небольшим количеством нашатырного спирта и рас- тирать их или дать вдохнуть больному с ваты, смоченной нашатыр- ным спиртом или уксусом. Опрыснуть лицо холодной водой, похло- пать по щекам. При затяжном обмороке следует растереть тело, об- ложить теплыми грелками. Если больной не приходит в сознание, то подкожно ввести 1 мл 20% кофеина или 2 мл кордиамина в/м. Госпи- тализации, как правило, не требуется. Однако необходимо наблюде- ние за больным после обморока в течение 10 мин.

**Коллапс**

Коллапс - тяжелое проявление острой сосудистой недостаточно- сти с резким понижением АД и расстройством периферического кро- вообращения.

Наблюдается чаще всего при массивной кровопотере (в том чис- ле при внутреннем кровотечении), при инфаркте миокарда, тяжелой аритмии, остром инфекционном заболевании (пневмонии, сепсисе, брюшном тифе и др.), интоксикации (отравлении), при резко выра- женных аллергических реакциях и после применения некоторых ле- карственных средств, обладающих гипотензивным действием.

**Симптомы:** общее тяжелое состояние, заостренные черты лица, резкая бледность кожи с цианотичным оттенком, ввалившиеся туск- лые глаза, адинамия с безучастностью к окружающему, холодный пот, похолодание конечностей. Пульс частый, малый, АД резко сни- жено (иногда может неопределяться).

**Неотложная помощь:** полный покой, положение лежа, с при- поднятым ногами. Остановка наружного кровотечения. Внутримы- шечно или внутривенно 1 мл 1% раствора мезатона и 2 мл кордиами- на. Инъекции кордиамина и атропина повторно каждые 2-3 часа. При сочетании с сердечной недостаточностью, кроме того, в/в медленно 0,25-0,5 мл 0,05% строфантина (или 0,5-1 мл 0,06% коргликона) на 10-20 мл 40% глюкозы или физиологического раствора.

Проводят мероприятия по лечению основного заболевания. Гос- питализация на санитарной машине, лежа на носилках в сопровожде- нии врача, готового к оказанию помощи в пути.

**Шок кардиогенный**

Шок кардиогенный-особая форма коллапса, обозначаемая, как кардиогенный шок, лишь условно относится к острой сердечной не- достаточности. Развивается обычно в первые часы острого трансму-

рального инфаркта миокарда. Началу шока предшествует выражен- ный болевой синдром. Изредка может возникнуть как осложнение миокардита.

**Симптомы:** заостренные черты лица, бледность кожи с циано- тичным, иногда сероватым оттенком, адинамия, заторможенность сознания, безучастность к окружающему, липкий холодный пот, по- холодание конечностей. Пульс частый, малый, иногда не прощупыва- ется, АД резко снижено (систолическое АД 80 мм рт.ст. и ниже), иногда не определяется, олигурия (анурия).

При тяжелом шоке может наступить потеря сознания и развить- ся острая сердечная недостаточность и отеком легких.

**Неотложная помощь**: при легкой форме шока – п/к или в/в 1 мл 2% промедола и 0,5 мл 0,1% атропина и 1 мл 1% димедрола, в/м 2 мл кордиамина и 1 мл 1% мезатона. Если боль не устраняется, то 2 мл 50% анальгина в/в. Ингаляция кислорода.

При тяжелой форме шока указанные средства вводят в/в и, кро- ме того, в/в медленно 0,5 мл 0,05% строфантина на 10-20 мл 0,9% изотонического раствора. При аритмическом коллапсе - см. помощь при аритмиях.

После проведения указанных мероприятий необходима экстрен- ная госпитализация в стационар.

**Гипертонический криз**

Различают гипертонические кризы 2 типов. Первый тип кризов наблюдается чаще при ранних стадиях гипертонической болезни. На- чало медленное, продолжительность не более 2х часов. Второй тип кризов возникает в более поздних стадиях гипертонической болезни. Развивается постепенно, продолжается от нескольких часов до не- сколькихдней.

**Симптомы. Криз I типа** – резкая головная боль, головокруже- ние, чувство жара, потливость, сердцебиение, похолодание и дрожь в конечностях. Общее возбуждение и беспокойство. Гиперемия лица, сменяющаяся бледностью. Пульс учащен и напряжен, АД значитель- но повышено, преимущественно систолическое.

**Криз II типа** – головная боль, тяжесть в голове, головокруже- ние, звон в ушах, оглушенность, нередко тошнота и рвота. Могут быть сжимающие боли в области сердца, одышка, преходящие амне- зия, парестезии, гемипарез, вялость и адинамия. Гиперемия лица с синюшным оттенком. Пульс обычно не учащен, АД значительно по- вышено, как систолическое, так идиастолическое.

При кризах обоих типов часто наблюдается субфебрилитет, умеренный лейкоцитоз, незначительные изменения в моче. Гиперто- нические кризы могут осложняться инсультом, инфарктом миокарда, отеком легких.

**Неотложная помощь**. Постельный режим, психический и физиче- ский покой. Для купирования неосложненного гипертонического криза используют пероральные антигипертензивные препараты (клофелин под язык 0,075-0,150 мг, пропранолол 10-40 мг, каптоприл под язык 25 мг, нифедипин 30 мг, лабетолол 12,2 или 25 мг). При от- сутствии эффекта в/м 10 мл 25% магнезии или 2-4 мл 2% папаверина. Горчичник на затылок, горячие ножные ванны. Кроме того, при уме- ренно выраженных нарушений мозга или коронарного кровообраще- ния – в/в медленно 5-10 мл 2,4% эуфиллина. Лечение осложненного гипертонического криза проводится в стационаре. Госпитализация на санитарной машине, лежа на носилках, в сопровождении фельдшера или врача.

**Аритмии**

Пароксизмальная тахикардия, пароксизмальная мерцательная аритмия, синдром Морганьи-Эдемса-Стокса чаще всего являются проявлением порока сердца, инфаркта миокарда, кардиосклероза, миокардита, гипертонического криза, инсульта и некоторых других состояний.

**Симптомы пароксизмальной тахикардии**: внезапно насту- пающее резкое сердцебиение, чувство стеснения в груди, неприятные ощущения (иногда боль) в области сердца, общая слабость. Бледность кожи, набухание и пульсации яремных вен, иногда тошнота и рвота. Пульс ритмичный, с трудом подсчитывается, от 100 до 160 и более ударов в минуту, систолическое артериальное давление снижено, диастолическое – несколько повышено. ЭКГ позволяет различить наджелудочковую и желудочковую форму тахикардии.

**Неотложная помощь**. Постельный режим. С целью повышения тонуса блуждающего нерва, надавливание на правый каротидный си- нус или глазные яблоки (осторожно). Больной при этом должен ле- жать. Кроме того, предложите больному произвести глубокий вдох и сильно натужиться с закрытым ртом и зажатым носом или попытать- ся вызвать рвоту. Эти мероприятия могут замедлить сердечный ритм только при наджелудочковых формах пароксизмальной тахикардии. При желудочковых формах они совершенно не эффективны, а при инфаркте миокарда даже опасны. При отсутствии эффекта отрефлек-

торных воздействий внутримышечно вводят 5 мл 10% новокаинамида (при необходимости повторно через 4-6 часов), внутрь однократно 6- 10 г хлористого калия в 100 мл воды, ингаляция кислорода.

Госпитализация на санитарной машине, лежа на носилках, в со- провождении фельдшера или врача.

**Симптомы пароксизма мерцательной аритмии:** субъектив- ные ощущения те же. Пульс частый, аритмичный (нерегулярный), не- редко дефицит пульса. При аускультации – неравномерность ритма сердечных сокращений и различная звучность тонов. На ЭКГ отсут- ствие зубца P, появление волн f, неравномерный интервал R-R.

**Неотложная помощь.** Постельный режим. Внутривенно мед- ленным введением 0,5 мл 0,05% строфантина на 10-20 мл 40% глюко- зы или физрастворе, внутрь однократно 6-10 г хлористого калия в 100 мл воды, ингаляции кислорода. При отсутствии внутримышечно вво- дят 5 мл 10% новокаинамида (при необходимости повторно через 4-6 часов).

Госпитализация на санитарной машине, лежа на носилках, в со- провождении фельдшера или врача.

**Симптомы синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса**: периодиче- ские внезапно возникающие приступы с кратковременной потерей сознания, мышечными судорогами (при продолжительности обморо- ка более 15-20 сек) и чрезвычайно редкимпульсом.

В отличие от эпилепсии мышечные судороги не сопровождают- ся прикусыванием языка, в послеприступном периоде отсутствует па- тологическая сонливость. На ЭКГ после приступа часто остаются признаки предсердно-желудочковойпроводимости.

**Неотложная помощь**. В тяжелых случаях, когда затягивается обморочное состояние, проводится искусственный массаж сердца и искусственное дыхание «рот в рот». Одновременно п/к или в/м вво- дят 0,5 – 1 мл 0,1% раствора атропина, а при отсутствии эффекта п/к 1 мл 5%эфедрина.

Госпитализация на санитарной машине, лежа на носилках, в со- провождении врача. В пути следования изадрин под язык (по 1 табл. через каждые 2 часа).

**Бронхиальная астма**

**Симптомы:** внезапно возникший приступ удушья с затруднен- ным и удлиненным выдохом, слышимое на расстоянии шумное сви- стящее дыхание, вынужденное положение сидя. Характерен цианоз. При аускультации отмечаются рассеянные сухие свистящие и жуж-

жащие хрипы преимущественно в фазе выдоха, в конце приступа час- то выделяется вязкая слизистая мокрота. В анализе крови нередко оп- ределяется эозинофилия.

**Неотложная помощь**. Посадить больного, обеспечить опору для рук. Терапия начинается с ингаляций аэрозоля β2 адреностимуля- торов (сальбутамол 2 вдоха через 5 мин. не более 4 раз, беротек 1-2 ингаляции). Подкожно ввести 0,5 – 0,75 мл 0,1% адреналина (эффект наступает через 5-10 мин), препарат противопоказан при сердечной астме, выраженной коронарной недостаточности и гипертонической болезни, или 1 мл 5% эфедрина (эффект слабый, наступает через 20- 30 мин) в сочетании с атропином 0,1% раствор 0,5 – 1 мл подкожно. Горячая ванна для рук и ног. При отсутствии эффекта внутривенно медленно 10 мл 2,4% эуфиллина на 10 мл 5% раствора глюкозы в те- чение 5 мин. Ингаляция кислорода. При резком возбуждении и неэф- фективности вышеуказанных средств – в/м 1 мл 1% димедрола и в/в медленно 5-10 мл 0,5%новокаина.

Госпитализация при впервые возникшем приступе бронхиаль- ной астмы, учащении использования или снижения эффективности бронходилятаторов на санитарной машине, лежа на носилках, в со- провождении врача или фельдшера.

При тяжелейшем астматическом состоянии, осложнившемся ас- фиксией, срочная интубации или трахеостомия с последующим отса- сыванием секрета из бронхов и переводом больного на управляемое искусственное дыхание.

**Тромбоэмоблия легочной артерии**

Тромбоэмболия возникает обычно на фоне существующих забо- леваний сердца и сосудов (декомпенсированный порок сердца или кардиосклероз с внутрисердечными тромбами, инфаркт миокарда, флеботромбоз и тромбофлебит вен нижних конечностей и геморрои- дальных вен). Может наступать в послеоперационном периоде (осо- бенно после операции на органах брюшной полости и малого таза и при вставании больных длительно находившихся на постельном ре- жиме).

**Симптомы:** внезапная резкая боль в груди без типичной лока- лизации и иррадиации, цианоз с набуханием шейных вен, одышка (удушье), тахикардия, выраженная гипотония с коллаптоидным со- стоянием (вплоть до потери сознания), иногда кровохаркание. В лег- ких могут появиться притупление перкутрного звука, ослаблениеды-

хания, мелкопузырчатые хрипы, свидетельствующие о развитии ин- фаркта легкого.

На ЭКГ нередко признаки острого перенапряжения правых от- делов сердца или преходящей блокады правой ножки пучка Гиса.

**Неотложная помощь.** Строгий постельный режим. Сердечно- легочная реанимация при потере сознания, остановке кровообраще- ния или дыхания. Оксигенотерапия. Купирование болевого синдрома. Подкожно вводится 2 мл 2% промедола или 1 мл 1% морфина вместе

с0,5мл0,1%атропина,атакжекордиамин(2мл)ипапаверин(2%2

мл), в/м 2 мл 50% анальгина и 1 мл 1% димедрола. Внутривенно мед-

ленным вводится 0,5 мл 0,05% строфантина с 10 мл 2,4% эуфиллина на 10 мл 40% глюкозы или физрастворе (эуфиллин противопоказан при значительной гипотонии). Ингаляция кислорода.

Если болевой синдром сопровождается коллапсом, в/м 1 мл 1% мезатона, подкожно или в/м 2 мл кордиамина через каждые 2-3 часа.

После выведения больного из состояния коллапса или острой легочной сердечной недостаточности госпитализация на санитарной машине, лежа на носилках, в сопровождении врача или фельдшера.

**Почечная эклампсия**

Почечная эклампсия встречается обычно у больных острым нефритом, а также при нефропатии беременных.

**Симптомы:** внезапно наступающие и приступообразно повто- ряющиеся несколько раз в сутки судороги, припадки с потерей созна- ния, выделением пены изо рта, цианозом лица, непроизвольной дефе- кацией и мочеиспусканием. После приступа наступает адинамия и сонливость. Характерна бледность и отечность лица, отеки на конеч- ностях и пояснице, пульс напряжен, умеренная брадикардия, артери- альное давление значительно повышено. Количество мочи уменьше- но (до 500-600 мл в сутки), удельный вес мочи повышен или нор- мальный, при микроскопии патологические изменения свойственные нефриту, содержание остаточного азота в крови не повышено.

**Неотложная помощь**. Во время припадка в целях предупреж- дения прикусывания языка и облегчения дыхания между задними ко- ренными зубами необходимо вставить роторасширитель или каран- даш. Физическое ограничение движений для предупреждения повре- ждений тела. Сразу после окончания припадка в/м 1-2 мл 2,5% ами- назина с 8 мл 0,5% дибазола и одновременно в другую ягодицу 15-20 мл 25% магнезии. В случае, если судорожные приступы повторяются и артериальное давление и артериальное давление держится высоком,

производится кровопускание 300-400 мл с последующим в/в введени- ем 30-40 мл 40% глюкозы.

Госпитализация на санитарной машине, лежа на носилках, в со- провождении врача или фельдшера. Беременных женщин с почечной эклапсией направляют в родильное отделение больницы или роддом.

**Острая почечная недостаточность (ОПН)**

Острая почечная недостаточность возникает чаще всего при раз- личных тяжелых гипотонических состояниях, в том числе при кар- диогенном шоке, остром отравлении, резком обезвоживании, при пе- реливании несовместимой крови, после больших кровопотерь, тяже- лых операций, при синдроме сдавления (размозжения) и сепсисе.

**Симптомы:** основной признак – анурия или олигурия сменяю- щаяся в благоприятных случаях через 5-7 дней постепенно нарас- тающей полиурией. В стадии анурии боли в пояснице, упорная тош- нота и рвота, сонливость и спутанность сознания, постепенное повы- шение артериального давления. Отеков нет.

Анурия или олигурия с низким удельным весом мочи и патоло- гическими изменениями в ней. Повышение содержания остаточного азота и калия в крови. Изменения на ЭКГ, указывающие на гиперка- лиемию.

**Неотложная помощь.** В первую очередь проводятся мероприя- тия, направленные на лечение основного заболевания, вызвавшего ОПН. Кроме того, в/в 40 мл 40% глюкозы, в/м 2 мл кордиамина, п/к 2 мл 20% камфорного масла и 1 мл 10% кофеина.

Госпитализация на санитарной машине, лежа на носилках, в со- провождении врача или фельдшера.

**Гемолитический криз**

Гемолитический криз наблюдается чаще всего после приема не- которых медикаментов (сульфаниламидов, аспирина и др.), при воз- действии гемолитических ядов (змеиного, грибного и др.), после пе- реливания несовместимой крови, при лейкозах, коллагенозах, сепси- се, а также при врожденных гемолитических анемиях.

**Симптомы:** озноб с последующим повышением температуры, общая разбитость, головная боль, тошнота, рвота, иногда схваткооб- разная боль в животе и пояснице, одышка, тахикардия. Через не- сколько часов после начала гемолитического криза появляется уме- ренная желтушность кожи и слизистых, в тяжелых случаях – резкое

снижение АД и развитие коллапса (гемолитический шок или анурия с острой почечной недостаточностью).

В периферической крови – резкая анемия, выраженный ретику- лоцитоз (при врожденной анемии, кроме того, часто микросфероци- тоз и снижение осмотической резистентности эритроцитов). В случа- ях внутрисосудистого гемолиза моча темного цвета (шоколадного, темно-вишневого) в ней свободный гемоглобин (иногда гемосиде- рин). В кале много стеркобилина.

**Неотложная помощь.** Подкожно 1 мл 2% промедола с 1 мл 1% димедрола, в/в 10 мл 10% хлористого кальция (или глюконата каль- ция) и 40-60 мл 40% глюкозы с 5 мл 5% аскорбиновой кислоты, в/м 2 мл кордиамина, а в случае резкой гипотонии – 1 мл 1% мезатона.

Госпитализация на санитарной машине, лежа на носилках, в со- провождении врача или фельдшера.

**Острая надпочечниковая недостаточность**

Острая надпочечниковая недостаточность возникает чаще всего при обострении болезни Аддисона, после тяжелых оперативных вмеша- тельств и при внезапной отмене больших доз глюкокортикоидов, иногда при травмах (с кровоизлиянием в надпочечники) и острых инфекционных заболеваниях.

**Симптомы:** быстрое развитие адинамии и коматозного состоя- ния. Резчайшая общая слабость, часто тошнота, рвота, метеоризм, понос, боли в животе, спутанность и потеря сознания. Бледность кожных покровов (при аддисоновой болезни часто темно-коричневая пигментация), иногда двигательное возбуждение и судороги. Пульс частый и малый, АД резко снижено.

В крови пониженное содержание натрия и сахара, повышение остаточного азота, часто эозинофилия.

**Неотложная помощь:** строгий постельный режим. Подкожно 2 мл20%камфорногомаслаи1мл10%кофеина,в/м125мггидрокор-

тизона,2млкордиаминаи1мл1%мезатона,в/в40мл40%глюкозы

и 10 мл 10% изотонического раствора.

Госпитализация на санитарной машине, лежа на носилках, в со- провождении врача или фельдшера.

**Тиреотоксический криз**

Тиретоксический криз возникает у больных баздовой болезнью после тиреоидэктомии, различных хирургических вмешательств, травм и т.д.

**Симптомы:** на фоне признаков базедовой болезни резко усили- ваются явления тиреотоксикоза и присоединяется острая сосудистая недостаточность – резкое возбуждение, спутанность сознания, гипе- ремия лица, повышение температура, резкая тахикардия (мерцатель- ная аритмия), часто диспепсические расстройства (понос, рвота) с обезвоживанием. В ближайшие дни возбуждение сменяется сонливо- стью, резкой адинамией и развитием коматозного состояния. В крови резко повышено содержание белковосвязанногойода.

**Неотложная помощь:** п/к 1 мл 2% промедола, в/м 2 мл кордиа- мина, в/в 20-40 мл 40% глюкозы (при частой рвоте вместе с 10 мл 10% изотонического раствора). Ингаляциякислорода.

Экстренная госпитализация на санитарной машине, лежа на но- силках, в сопровождении врача или фельдшера.

**Диабетическая кома**

**Симптомы:** характерно постепенное развитие в течение 2-3 дней. Появлению комы предшествуют недомогание, слабость, сни- жение аппетита, головная боль, диспепсические расстройства, сонли- вость. Во время комы – состояние прострации, запах ацетона изо рта, сухость кожи, слизистых оболочек и языка, гипотония глазных яблок и снижение мышечного тонуса. Дыхание редкое и глубокое (типа Куссмауля). Пульс учащенный малый, АД значительно снижено (в тяжелых случаях коллаптоидное состояние). Температура тела суб- фебрильная или нормальная. Выраженная гипергликемия и глюкозу- рия. В моче большое количество кетоновых тел. Лейкоцитоз и повы- шенное содержание остаточного азота в крови.

**Неотложная помощь**. Экспресс–анализ гликемии и любой пор- ции мочи на кетоновые тела. Инсулин короткого действия 20 Ед в/м. 0,9% раствор хлорида натрия, в/в капельно со скоростью 1 л в час. Экстренная госпитализация на санитарной машине, лежа на носил- ках, в сопровождении врача или фельдшера.

**Гипогликемическая кома**

Возникает обычно у больных с сахарным диабетом или при пе- редозировке инсулина, или при недостаточном приеме с пищей угле- водов после инъекции инсулина, а также после интенсивной мышеч- ной работы, изредка развивается при опухоли поджелудочной железы (инсуломе).

**Симптомы**: при остром развитии комы – внезапное возбужде- ние,азатемпотерясознания,бред,дрожаниеконечностей,иногда

судороги. Кожа покрыта обильным потом (теплым). Пульс учащен, артериальное давление снижено.

При подостром развитии потере сознания предшествует чувство голода, слабость, потливость, головокружение, сонливость, судороги, подергивание мышц. Содержание сахара в крови снижено, иногда это снижение может быть относительным (по сравнению с предшест- вующей гипергликимией).

**Неотложная помощь.** Необходим прием быстроусвояемых уг- леводов (4-5 кусочков сахара растворить в чае), мед или варенье 1-1,5 ст. ложки, 200 мл сладкого фруктового сока,4-5 больших таблеток глюкозы. При потере сознания нельзя вливать в полость рта сладкие растворы ( опасность асфиксии!). Внутривенно струйно 20-100 мл 40% глюкозы, до полного восстановления сознания. Если сознание не восстанавливается после в/в введения 100 мл 40% глюкозы- начать в/в капельно введение 5-10 % глюкозы и госпитализировать. Госпи- тализация на санитарной машине, лежа на носилках, в сопровожде- нии врача илифельдшера.

**Печеночная кома**

Выраженная форма обычно наблюдается при эндогенной (соб- ственно печеночной) недостаточности у больных острым и хрониче- ским гепатитом, циррозом, раком печени, а также при отравлении ядовитыми грибами, дихлорэтаном и др. Умеренно выраженная форма печеночной комы встречается при медленно текущем циррозе печени у больных с портальной гипертензией, а также при различных шоковых состояниях и резких электролитныхрасстройствах.

**Симптомы:**

1. стадия (прекома) резкая общая слабость, сонливость днем и бессонницаночью.
2. стадия – значительное нарушение сознания с дезориентацией во времени и пространстве, моторное возбуждение исудороги.
3. стадия – глубокая кома, сознание и рефлексы отсутствуют или резко снижены, дыхание глубокое ишумное.

Довольно часто отмечаются желтушность кожи и слизистых, увеличение печени и селезенки, своеобразный «сладковатый» запах изо рта, диспепсические расстройства, признаки повышенной крово- точивости кожи и слизистых, наклонность к брадикардии, снижение АД. Нередко повышение температуры тела. Резко нарушены функции печени.

**Неотложная помощь:** в/в 60-80 мл 10-20% глюкозы с 5 мл 5% аскорбиновой кислотой и 2 мл 5% vit. В1, в/м vit В12 и 1-2 мл 1% ви- касола. При психическом возбуждении – п/к 1мл 1% промедола с 1 мл 1% димедрола. При сосудистой недостаточности, кроме того, п/к 2 мл кордиамина и 1 мл 1%мезатона.

Госпитализация на санитарной машине, лежа на носилках, в со- провождении врача или фельдшера.

**Уремическая кома**

Наблюдается обычно у больных с хроническим нефритом или хроническим пиелонефритом в конечной стадии заболевания.

**Симптомы:** развивается постепенно, коме предшествуют резкая слабость, головная боль, мучительная тошнота и рвота, бессонница, сменяющаяся сонливостью и прострацией, исхудание, бледность, су- хость и шелушение эпителии кожи, следы расчесов. Запах мочи изо рта и от кожи, часто повторная рвота с примесью крови. Пастозность лица, нарушение дыхания (учащенное или типа Чейна-Стокса, или типа Куссмауля), фибриллярные подергивания мышц, АД значитель- но повышено, нередко шум трения перикарда, температура тела сни- жена. Анемия, выраженный лейкоцитоз и резкое повышение уровня остаточного азота в крови. Суточный диурез и удельный вес мочи снижены, в моче патологические изменения.

**Неотложная помощь.** Внутривенно 40 мл 40% глюкозы (при резком повышении артериального давления 6 мл 0,5% дибазола), в/м

2 мл кордиамина, ингаляция кислорода. Кроме того, при упорной рвоте в/м 1 мл 2,5% аминазина, в/в по 10 мл изотонического раствора и хлористого кальция. При резком возбуждении 1 мл 1% димедрола и 1 мл 1% промедола подкожно.

Госпитализация на санитарной машине, лежа на носилках, в со- провождении врача или фельдшера.

**Анафилактический шок**

**Симптомы:** возникает внезапно и бурно после поступления в организм антигена. Проявляется резкой бледностью, цианозом, обильным потом, быстрым и значительным падением давления, часто с потерей сознания, а иногда и с явлением аллергического отека лег- ких (удушье, клокочущее дыхание, пенистая розовая мокрота).

**Неотложная помощь.** Немедленная отмена лекарственного средства, вызвавшего аллергию, при нетяжелых аллергических реак- циях, протекающих без отчетливой гипотонии, в/в медленно 2-3 мл

1% димедрола в сочетании с 10 мл 10% хлористого кальция и 2-4 мл 5% аскорбиновой кислоты. При анафилактическом шоке и тяжелой аллергической реакции с выраженной гипотензией п/к , в/м или в/в 0,5-1 мл 1% мезатона или п/к 0,5 мл 0,1% адреналина (обколоть место

инъекции раствором 0,5 мл 0,1% адреналина в 5 мл 0,5% новокаина). Холод на место инъекции. Приподнять ножной конец. Наладить внутривенную инфузию 400 мл физраствора. Ингаляция кислорода. Приготовить глюкокортикоиды (90 мг преднизолона или 120 мг гид- рокортизона) для введения при недостаточной эффективности от вве- дения мезатона и адреналина. Укутать больного одеялами. При ост- ром отеке гортани в/в вводить глюкокортикоиды, при угрозе асфик- сии – трахеотомия.

Госпитализация на санитарной машине, лежа на носилках, в со- провождении врача или фельдшера.

**Пищевые токсикоинфекции.** Возникают в связи с употребле- нием в пищу различных продуктов, инфицированных бактериями и ихтоксинами.

**Симптомы:** инкубационный период от 2 до 12-14 часов. Острое начало, общее недомогание, тошнота, рвота, боли в животе различно- го характера, понос. Температура тела до 38-39ºС. В тяжелых случаях

– резкое обезвоживание и потеря солей, сухость, цианотичность и снижение тургора кожи, заостренные черты лица, слабый и частый пульс, резкое снижение АД, уменьшение мочеотделения, снижение температуры тела до 35-35,5ºС.

**Неотложная помощь.** В легких и среднетяжелых случаях, при отсутствии подозрений на инфаркт миокарда и острый аппендицит, промывание желудка (зондовое или беззондовое). При тяжелом со- стоянии, сопровождающимся резким обезвоживанием, если задержи- вается госпитализация в инфекционное отделение – в/в струйно 400 мл физраствора. Солевой раствор вводить подогретым до 37 - 38ºС до

1 л/час, либо реополиглюкин. Сердечно-сосудистые препараты на- значают лишь после выведения из состояния резкого обезвоживания организма.

Госпитализация на санитарной машине, лежа на носилках, в со- провождении врача или фельдшера.