



2022/IV

FOLIA PALLIATRICA

Mens agitat molem

FOLIA PALLIATRICA • 2022/IV

ISSN 2535-0463 (print)

ISSN 2603-3224 (online)

Главен редактор: проф. д-р Любима Д. Деспотова-Толева, дм

Редакционна колегия

проф. д-р Мария Серато-Бенвенуто (САЩ)
проф. д-р Ринтаро Мори (Япония)
проф. д-р Шломо Винкер (Израел)
проф. д-р Айсегюл Каптъноглу (Турция)
проф. д-р Анвар Хан (Обединено кралство)
проф. д-р Тони Шекерджиева-Новак (България)
доц. д-р Николай Йорданов, дм (България)
маг. фил. Лилия Тонева (България)

Коректор: маг. фил. Лилия Тонева

Дизайн и предпечат: Виктор Новак

© Всички права запазени. Нито една част от това издание не може да бъде репродуцирана (по електронен или механичен път) и разпространявана под каквато и да е форма без изричното писмено разрешение на главния редактор и Българското дружество по продължителни грижи и палиативна медицина.

Chief editor: Prof. Lyubima Despotova-Toleva MD PhD

Editorial board

Prof. Maria Serratto-Benvenuto MD PhD (USA)
Prof. Rintaro Mori MD PhD (Japan)
Prof. Shlomo Vinker MD, MHA (Israel)
Prof. Ayşegül Kaptanoğlu MD, PhD (Turkey)
Prof. Anwar Khan MD, PhD (UK)
Prof. Toni Schekerdzhieva-Nowak PhD (Bulgaria)
Associated Prof. Nikolay Yordanov MD, PhD (Bulgaria)
MA Liliya Toneva (Bulgaria)

Proofreader: MA. Liliya Toneva

Design, layout and pre-press: Wiktor Nowak MA

© All rights reserved. No part of this magazine may be reproduced (through electronic or other means) and distributed under any form without the explicit written consent of the Chief editor and the "Bulgarian Long-term and Palliative Care Society."

Съдържание

- Ивермектин в терапията на COVID-19 – за и против 3
Даринка Димитрова, Кремена Сарачева
Ivermectin in therapy of COVID-19 – pros and cons
Darinka Dimitrova, Kremena Saracheva
- Грижи за кожата и дерматологични проблеми при 8
палиативни пациенти
Лилия Зисова
Skin care and dermatological problems in
palliative patients
Liliya Zisova
- Грижи за кожата и дерматологични проблеми в 14
старческа възраст
Лилия Зисова
Skin care and dermatological problems in elderly
Liliya Zisova
- Несигурността като компонент на емпатичната 20
интерактивност в общата медицинска практика
Адолф Алакиди, Ванина Михайлова, Мариана Лъочкова
Uncertainty as a Component of the Empathic
Interactivity in General Medical Practice
Adolf Alakidi, Vanina Mihaylova, Mariana Lyochkova

Ивермектин в терапията на COVID-19 – за и против

Даринка Димитрова ¹, Кремена Сарачева ²

¹ Катедра по Фармакология и Клинична фармакология, Медицински факултет

² Катедра по Фармакология, Токсикология и Терапия, Фармацевтичен факултет
Медицински Университет Пловдив, бул. Васил Априлов, 15А, Пловдив, България

Ivermectin in therapy of COVID-19 – pros and cons

Darinka Dimitrova ¹, Kremena Saracheva ²

¹ Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology, Faculty of Medicine

² Department of Pharmacology, Toxicology and Therapy, Faculty of Pharmacy
Medical University Plovdiv, 15A Vasil April Blvd, Plovdiv, Bulgaria

Резюме

Ivermectin е създаден в края на миналия век като средство за лечение на паразитни инфекции. Впоследствие е установено, че е активен срещу редица РНК вируси, причиняващи заболявания при животни и хора. Данните, относно неговото място в терапията на Covid-19, са доста противоречиви, така както са противоречиви резултатите от експерименталните и клиничните изпитвания. Ivermectin инхибира репликацията на SARS-CoV-2 вируса, причинител на Covid-19. Основният аргумент срещу използването на ivermectin за лечение на Covid-19 в клиничната практика е невъзможността да се достигнат при хора плазмени концентрации, които

да съответстват на установените *in vitro* концентрации. Този момент може да бъде преодолян чрез създаване на форми за инхалаторно приложение, които позволяват локално депозиране на по-високи дози или чрез създаване на форми с удължено освобождаване. Прецизирането на дизайна на експерименталните и клинични проучвания би допринесло за реална оценка дали ivermectin има потенциал като лекарствено средство за профилактика и лечение на ранен стадий на Covid-19.

Ключови думи: Ивермектин, COVID-19, профилактика.

Abstract

Ivermectin was created at the end of the last century as a treatment for parasitic infections. It was subsequently found to be active against a number of RNA viruses causing disease in animals and humans. The data regarding its place in the therapy of Covid-19 are quite conflicting, as are the results of experimental and clinical trials.

Ivermectin inhibits the replication of the SARS-CoV-2 virus, the causative agent of Covid-19. The main argument against the use of ivermectin for the treatment of Covid-19 in clinical practice is the inability to achieve plasma concentrations in humans that match the established *in vitro* concentrations. This point can be overcome by

creating inhaler forms that allow local deposition of higher doses or by creating sustained release forms. Refining the design of experimental and clinical trials would contribute to a real assessment

of whether ivermectin has potential as a drug for the prevention and treatment of early stage Covid-19.

Key words: Ivermectin, COVID-19, profilaxis.

Според данни на СЗО Covid-19 пандемията е обхванала 187 страни и е причинила смъртта на около два милиона души (1, 2). Така наречената през 2019 „пневмония с неизвестна етиология“ може да има леко, умерено тежко или тежко протичане. Най-висока смъртност е наблюдавана при възрастни с диабет, сърдечно-съдови, имunosупресивни или онкологични заболявания (3). Това бързо и тежко протичащо заболяване с пандемичен характер изисква бързо терапевтично решение. Откриването на нови лекарствени молекули и тяхното въвеждане в клиничната практика е дълъг процес, за който са необходими години. Затова беше направена преоценка на лекарствени средства от различни фармакологични групи, с познат профил на безопасност, които могат да бъдат приложени в случая. Пример за това е ivermectin. Създаден е в края на 70-те години на миналия век като нов клас медикамент за лечение на паразитни инфекции. Първоначално е прилаган във ветеринарната медицина, а скоро след това и в хуманната (4). Ivermectin е широкоспектърно антивирусно средство, активно срещу РНК вирусите на грип А, жълта треска, денга и други (5).

Основният аргумент срещу използването на Ivermectin за лечение на COVID-19 в клиничната практика е невъзможността да се достигнат плазмени концентрации, които да съответстват на установените *in vitro* концентрации, ефективни срещу SARS-CoV-2, с тестваните до момента при хора дозови режими на медикамента.

Друг значим проблем освен недостижимите необходими IC₅₀ за Ivermectin в плазмата с одобрените и тестваните до момента дозови режими е фактът, че той инхибира действието на канали в клетката, които отговарят за осъществяването на нормални клетъчни процеси. Освен описаният вече импортин α/β транспорт през стената на клетъчното ядро медикаментът потиска, макар и със значително по-големи IC₅₀ (6-17 μM), и 3 важни АТФ-ази: сарко-ендоплазмена ретикулумна Ca²⁺-АТФ-аза (SERCA), Na⁺/K⁺-АТФ-аза и H⁺/K⁺-АТФ-аза. Тези разнопосочни ефекти на

ивермектин върху различни клетъчни канали създават предпоставки за разнообразни и непредвидими странични ефекти при прилагане на по-високи дози с цел достигане на противовирусен ефект (6). В проучване на Leon Caly концентрацията на ivermectin, която инхибира с 50% репликацията на SARS-CoV-2 *in vitro* е 2 μM . Във фармакокинетични и фармакодинамични проучвания обаче микромолярната концентрация, която достига ивермектин в кръвта дори при високи дози от 600 $\mu\text{g}/\text{kg}$ е едва 0.12-0.14 μM (7,8).

Във фаза I проучване на Guzzo et al. ivermectin е тестван при хора в дози до 2000 $\mu\text{g}/\text{kg}$ (от 333 до 2000 $\mu\text{g}/\text{kg}$ – 30 до 120 $\text{mg}/\text{дневна}$ доза) без да показва значими странични ефекти, макар че в проучването им не са били включвани бременни и кърмещи жени, хора с болести на централната и периферна нервна система, с артериална хипертония, астма или други белодробни болести, с болести на гастро-интестиналния тракт, със сърдечно-съдови, чернодробни или бъбречни болести, с алергии и злоупотреба с алкохол (9).

Ефективността на ivermectin е противоречива поради липсата на научно обосновани насоки за лечение и не се препоръчва като лечебно или профилактично средство за COVID-19 в много страни. Липсват убедителни доказателства в полза на предположението, че в субоптимални дози ivermectin редуцира вирусната репликация в началото на инфекцията, подпомага организма по-бързо да се организира и дава по-ефективен имунен отговор.

Сравняването на антивирусната активност на ivermectin и моноклоналните антитела *in vivo* при ранни симптоми на Covid-19 сочи, че дори във високи дози ivermectin (600 $\mu\text{g}/\text{kg}$ дневно в продължение на 7 дни) е значително по-слабо ефективен от casirivimab и imdevimab (10).

Ivermectin е обект на много клинични проучвания, резултатите от които са доста противоречиви. Резултатите от проучване, проведено в Hospital Clinic в Барселона, Испания (HCB/2020/0475) показват, че ivermectin в еднократна доза от 200 $\mu\text{g}/\text{kg}$ няма ефект при болните с тежко протичане на

Covid-19 и не ограничава разпространението на заболяването. Категорични изводи не могат да се направят, тъй като проучването сравнява еднакъв, но твърде малък брой, третирани с ivermectin и нетретирани пациенти (11). Само година след това друго клинично проучване на ClinicalTrials.gov (NCT04390022) доказва, че ivermectin помага на болни с леко или умерено тежко протичане на заболяването по-бързо да възстановят липсващото или намалено обоняние. Същото проучване отчита по-ниски титри на IgG, намален вирусен товар и редуция на кашлицата при ivermectin-третираните пациенти (12, 2).

Рандомизирано клинично проучване, сравняващо ефекта от едноседмично приложение на ivermectin самостоятелно и в комбинация с doxycycline, сравнени с плацебо, не установява разлики в повлияване на температурата, кашлицата и тонзилита на хоспитализирани пациенти. Същото изследване, обаче след пет-дневен курс с ivermectin установява значимо изчистване от SARS-CoV-2 и намален вирусен товар, а след седем-дневен курс значимо намелени стойности CRP и LDH, които са индикатори за тежестта на заболяването. То е в подкрепа на ранната терапия с ivermectin с цел по-бързото изчистване от вируса и предотвратяване на неговото разпространение (13). Ретроспективно кохортно проучване представя данни за по-ниска смъртност в ивермектиновата група в сравнение с пациенти на конвенционално лечение при тежка белодробна инфекция. При пациентите на механична вентилация не са отчетени разлики (14).

Механизъм на действие

Ivermectin действа като специфичен инхибитор на α/β -хетеродимера в ядрото на клетката, като инхибира репликацията на няколко РНК вируси. Caly и съавт. в свое проучване са доказали, че лекарството предотвратява репликацията и възпроизвеждането на SARS-CoV-2. В тяхното изследване ivermectin е добавен към клетки, заразени с РНК на SARS-CoV-2, и са анализирани чрез RT-PCR за наблюдение репликацията на РНК на SARS-CoV-2 за три дни. Тези клетки са сравнени с клетки в контролна група, които не са получили лечение с ivermectin. Установено е, че след 48 часа е имало ≈ 5000 -кратно намаление на вирусната РНК в третираните с ivermectin клетки в сравнение с контролните проби без да е докладвана токсичност (15).

Шиповият протеин върху вирусната обвивка се свързва с ACE-2 рецептор и навлиза в клетката чрез ендоцитоза, където импортин (IMP) $\alpha/\beta 1$ (IMP $\alpha/\beta 1$) се свързва с вирусния нуклеокапсиден протеин. Комплексът навлиза в ядрото през ядрения порен комплекс (NPC) и се отделя, намалявайки антивирусната реакция. В присъствието на ivermectin-протеините на SARS-CoV-2 не са в състояние да се свържат с IMP $\alpha/\beta 1$ хетеродимери, тъй като ivermectin ги дестабилизира. Съобщава се, че ivermectin ограничава свръхреагиращите вродени и клетъчни имунни отговори по време на възпалителния стадий на COVID-19 (5). Доказано е, че има мощни противовъзпалителни свойства чрез инхибиране както на производството на цитокини, така и на транскрипцията на мощния медиатор на възпалението, ядрения фактор- κB (NF- κB) (16). Следователно, теоретично, ivermectin може да облекчи симптомите на пациенти с COVID-19 както във фазата на репликация на вируса (през първите 7-10 дни от инфекцията) така и по-късно, в хипервъзпалителния стадий (15,5,17). Препоръките за употреба на ivermectin в ранния стадий на заболяването имат логична обосновка свързана с механизма му на действие (18).

Потенциалът на ивермектин като профилактика срещу Covid-19

Nector и съавт. проведоха проспективно обсервационно проучване, в което сравняват ivermectin и сагапен дадени ежедневно на здрави доброволци в продължение на 28 дни, сравнявайки ги със здрави контроли. От 229 участници в проучването, 131 са били лекувани с капки ivermectin от 0,2 mg, приемани перорално пет пъти на ден. След 28 дни нито един от участниците, получавали профилактика с ivermectin, не дава положителен тест за SARS-CoV-2, в сравнение с 11,2% от участниците в контролната група, които позитивират теста (19). В друго проведено проучване Preprint Matching Case-Control 374 на medRxiv, което анализира няколко лекарства, експериментално използвани като профилактика на COVID-19, показва 73% намаление на инфекциите с COVID-19 при здравни хора след две дози ivermectin (20). Клинично проучване в Обединеното кралство целящо да установи терапевтичната ефикасност на ivermectin, го определя като „евтина профилактика на Covid-19“ (21).

Както в клиничните, така и във фундаменталните научни изследвания липсват преобладаващи доказателства в подкрепа на ivermectin за клинична употреба. Ivermectin, обаче остава едно от лекарствата, използвани за лечение на COVID-19 и поради своя профил на безопасност. При хората най-честите нежелани реакции на ivermectin в перорални дози са умора (13%), главоболие (9%), сънливост (10%), сърбеж (12%) и световъртеж (9%) (22). Данните от мета-анализ на шест клинични проучвания, сравняващи стандартни (до 400 µg/kg) и високи дози ivermectin не установяват разлики в броя на индивидите съобщаващи нежелани лекарствени събития и в тяхната тежест. В пет от клиничните изпитвания симптомите са преходни, проявени в лека до умерена степен (23).

В страните от Латинска Америка е натрупан значителен клиничен опит с ivermectin. В Боливия са били дадени 350 000 дози ивермектин на здравните работници, с профилактична цел. В Перу с лечебна цел е бил използван и ivermectin, предназначен за ветеринарна употреба. Въпреки това, доказателствената стойност на направените проучвания там е ниска (24). Двойно сляпо, рандомизирано клинично проучване на ефекта на ivermectin в дози 6mg и 12 mg, два пъти седмично, представя убедителни доказателства за дозо-зависим инхибиторен ефект на ivermectin върху SARS-CoV-2. Проучването е проведено в Лаос, Нигерия описва намалено ниво на проинфламаторните цитокини като вероятна причина за благоприятното повлияване на артериалната хипоксия и коагулопатия. В този ред на разсъждения авторите препоръчват по-нататъшни изследвания на ivermectin като вероятно профилактично средство срещу вируса, причиняващ Covid-19 (25).

В обобщение можем да кажем, че от съществуващите до момента предклинични и клинични проучвания единствено доказан умерен ефект срещу SARS-CoV-2 вируса има само remdesivir. Сравняването на проучванията с *in vitro* експерименти е неточно, защото са правени по много различни методики. Някои клинични проучвания са ограничени до малки кохорти, отчита се склонност към

пристрастност при подбора, т.е. да се включват пациенти с относително добра прогноза. Много клинични проучвания са били изтеглени от големи списания поради методологични или етични проблеми, както и конфликт на интереси. Поради това към настоящия момент е малко вероятно ivermectin да бъде утвърден като средство за лечение на ковид (26).

Разработването на ivermectin с продължително действие или комбинирането му с други медикаменти, активни срещу SARS-CoV-2 може да даде възможност за приложение на по-ниски, нетоксични дози, които да бъдат по-ефективни от одобрените до момента. Формите за инхалаторно приложение също са интересна и полезна опция, защото осигуряват локално депозиране на по-високи дози при намален риск от системни нежелани лекарствени ефекти (27).

През 2015 година Нобеловата награда за физиология и медицина е присъдена на Youyou Tu „за открита от нея нова терапия за лечение на малария“ и William C. Campbell заедно с Satoshi Omura „за техните открития относно нова терапия срещу инфекции с кръгли червеи“, паразитни заболявания, обхващащи милиони хора в Африка. Нобеловата награда е за откриването на ivermectin и неговия прекурсор artemisinin, довело до голям тласък към премахване на глобалните инфекциозни болести на бедността (28). Ролята на ivermectin в лечението на паразитните заболявания е неоспорима, но мястото му в терапията на Covid-19 е все още дискутабилно. Сега, когато пандемията е отшумяла, може да се изработи по-прецизен дизайн и контрол на многоцентрови клинични проучвания, за да се оцени реално дали ivermectin има потенциал като средство за профилактика и лечение на Covid-19.

Acknowledgment

Настоящата работа е част от Национален проект KP-06-DK 1/6 29.03.2021 „COVID-19 HUB – Информация, иновации и внедряване на интегративни научни разработки“, Научен фонд към Министерство на образованието и науката.

Библиография

1. Morens DM, Daszak P, Taubenberger JK (2020). Escaping Pandora's Box – Another Novel Coronavirus. *N. Engl. J. Med.* 382, 1293–1295.
2. Chakraborty C, Sharma AR, Bhattacharya M, et al. (2021). The drug repurposing for Covid-19 clinical trials provide very effective therapeutic combinations: lessons learned from major clinical studies. *Frontiers in Pharmacology*, 12:704205.

3. Barbui T, Vannucchi AM, Alvarez-Larran A, et al. (2021). High Mortality Rate in COVID-19 Patients with Myeloproliferative Neoplasms after Abrupt Withdrawal of Ruxolitinib. *Leukemia* 35, 485–493.
4. Navarro M, Camprubí D, Requena-Méndez A (2020). Safety of high-dose ivermectin: a systematic review and meta-analysis. *J Antimicrobial Chemother.*, 75:827–834.
5. Heiday F, Gharebaghi R (2020). Ivermectin: a systematic review from antiviral effects to COVID-19 complementary regimen. *J Antibiot*, 73(9):593–602.
6. Pimenta P, Silva C, Noel F. (2020). Ivermectin is a nonselective inhibitor of mammalian P-type ATPases. *Naunyn-Schmied Arch Pharmacol.*, 381:147–152.
7. Smit M, Ochomo E, Waterhouse D, et al. (2019). Pharmacokinetics-pharmacodynamics of high-dose Ivermectin with dihydroartemisinin-piperazine on mosquito activity and QT-Prolongation (IVERMAL). *Clin Pharmacol Ther.*, 105(2):388–401.
8. Momekov G, Momekova D, (2020). Ivermectin as a potential COVID-19 treatment from the pharmacokinetic point of view: antiviral levels are not likely attainable with known dosing regimens, *Biotechnology & Biotechnological Equipment*, 34(1):469-474.
9. Guzzo C, Furtek C, Porras A, et al. (2002). Safety, tolerability, and pharmacokinetics of escalating high doses of Ivermectin in healthy adult subjects. *Journal of Clinical Pharmacology*, 42:1122-1133.
10. Schilling WHK, Jittamala P, Watson J, et al. (2022). Pharmacometric assessment of the in vivo antiviral activity of ivermectin in early symptomatic COVID-19. *MedRxiv*, <https://doi.org/10.1101/2022.07.15.22277570>
11. Camprubí D, Almuedo-Riera A, Martí-Soler H, et al. (2020). Lack of Efficacy of Standard Doses of Ivermectin in Severe COVID-19 Patients. *Plos one* 15, e0242184. doi:10.1371/journal.pone.0242184
12. Chaccour C, Casellas A, Blanco-Di Matteo A, et al. (2021). The Effect of Early Treatment with Ivermectin on Viral Load, Symptoms and Humoral Response in Patients with Non-severe COVID-19: A Pilot, Double-Blind, Placebo-Controlled, Randomized Clinical Trial. New York, USA: *EClinicalMedicine*, 100720.
13. Ahmed S, Karim MM, Ross AG, et al. (2020). A five day course of ivermectin for the treatment of COVID-19 may reduce the duration of illness. *Int J Infect Dis*, 103:214–216.
14. Khan MSI, Khan MSI, Debnath CR, et al. (2020). Ivermectin treatment may improve the prognosis of patients with COVID-19. *Arch Bronconeumol* 2020, 56:828–830.
15. Caly L, Druce JD, Catton MG, et al. (2020). The FDA-approved drug ivermectin inhibits the replication of SARS-CoV-2 in vitro. *Antivir Res.*, 178:104787.
16. Kory P, Meduri GU, Varon G, et al. (2021). Review of the emerging evidence demonstrating the efficacy of ivermectin in the prophylaxis and treatment of COVID-19. *Am J Ther.*, 28(3):e299–e318.
17. Wagstaff KM, Sivakumaran H, Haeton SM, et al. (2012). Ivermectin is a specific inhibitor of importin α/β -mediated nuclear import able to inhibit replication of HIV-1 and dengue virus. *Biochem J.*, 443(3):851–856.
18. Yavuz S, Unal S (2020). Antiviral treatment of COVID-19. *Turkish J Med Sci.*, 50:611–619.
19. Carvallo H, Hirsch R, Alkis P, Contreras V (2020). Study of the efficacy and safety of topical ivermectin+ iota-carrageenan in the prophylaxis against COVID-19 in health personnel. *J Biomed Res Clin Investig.*, 2(1). DOI: 10.31546/2633-8653.1007
20. Behera P, Patro BK, Singh AK, et al. (2020). Role of ivermectin in the prevention of COVID-19 infection among healthcare workers in India: a matched case-control study. *medRxiv*, doi: <https://doi.org/10.1101/2020.10.29.20222661>
21. Triggler CR, Bansal D, Ding H, et al. (2021). Comprehensive Review of Viral Characteristics, Transmission, Pathophysiology, Immune Response, and Management of SARS-CoV-2 and COVID-19 as a Basis for Controlling the Pandemic. *Front. Immunol.*, 12:631139.
22. Adenusi A, Oke A, Adenusi A (2003). Comparison of ivermectin and thiabendazole in the treatment of uncomplicated human *Strongyloides stercoralis* infection. *Afr J Biotech.*, 2(11):465–469.
23. Navarro M, Camprubí D, Requena-Méndez A, et al. (2020). Safety of high-dose ivermectin: a systematic review and meta-analysis. *J Antimicrob Chemother.*, 75:827–834.
24. Mega ER (2020). Latin America's embrace of an unproven COVID treatment is hindering drug trials. *Nature*, 586:481–482.
25. Babalola OE, Bode CO, Ajayi AA, et al. (2021). Ivermectin shows clinical benefits in mild to moderate COVID-19: a randomized controlled double-blind, dose-response study in Lagos. *QJM: International Journal of Medicine*, 780-788.
26. Rakedzon S, Neuberger A, Domb AJ, et al. (2021). From hydroxychloroquine to ivermectin: what are the anti-viral properties of anti-parasitic drugs to combat SARS-CoV-2? *Journal of Travel Medicine*, 1-9. <https://doi.org/10.1093/jtm/taab005>
27. Rajter JC, Sherman MS, Fatteh N, et al. (2020). Use of ivermectin is associated with lower mortality in hospitalized patients with coronavirus disease 2019: The Ivermectin in COVID Nineteen study. *Chest*, 159(1):85-92.
28. Tombo E, Khater EIM, Chen J-H, et al. (2015). Nobel prize for artemisinin and ivermectin discoveries: a great boost towards elimination of the global infectious diseases of poverty. *Infect Dis Poverty*, 4:58, doi: 10.1186/s40249-015-0091-8

Грижи за кожата и дерматологични проблеми при палиативни пациенти

Лилия Зисова

Катедра по дерматология и венерология, МУ - Пловдив

Skin care and dermatological problems in palliative patients

Liliya Zisova

Dept. of Dermatology and Venereology, MU - Plovdiv

Резюме

Палиативни грижи е област в здравеопазването, която е фокусирана върху намаляването и превенцията на страданието на пациентите при живото-ограничаващи заболявания. За разлика от хосписната грижа, палиативната медицина е подходяща за всички етапи на заболяването.

Заболяванията на кожата са често наблюдавани при палиативните пациенти.

Лечението на кожното заболяване може да доведе до повишаване на качеството на живот на палиативния пациент.

Добрите ежедневни грижи за кожата, биха могли съществено да повишат качеството на живот и самочувствието на пациентите.

Ключови думи: палиативни грижи, дерматологични проблеми при палиативни пациенти, грижи за кожата.

Abstract

Palliative care is a field in healthcare that focuses on the reduction and prevention of patient suffering when the patient has a life-limiting illness. Unlike hospice care, palliative medicine is appropriate for all stages of illness.

Skin diseases are often observed at palliative

patients.

Good daily skin care significantly improves patients' quality of life and self-esteem.

Key words: palliative care, dermatological problems in palliative patients, skin care.

Палиативни грижи (от латински: *palliare*, покриване) е област в здравеопазването, която е фокусирана върху намаляването и превенцията на страданието на пациентите.

Терминът "палиативни грижи" се използва, за да се опишат грижите, които се прилагат при пациенти с *напреднали, живото-ограничаващи заболявания с различна етиология*.

За разлика от хосписната грижа, палиативната медицина е *подходяща за всички етапи на заболяването*.

Съгласно съвременното определение продължителните и палиативните грижи са насочени към постигане на възможно най-доброто качество на живот при хора с хронични, нелечими заболявания и техните семейства, от

момента на поставяне на диагнозата на живота им.

Палиативните грижи представляват комплексни грижи за пациенти, чието заболяване не се повлиява от методите на лечебната медицина /терминално болни пациенти/.

Палиативните грижи, съгласно определението на СЗО, са активни медицински грижи и действия, които утвърждават живота като подкрепят болния и неговото семейство в техните планове за бъдещето, включително техните надежди за излекуване и удължаване на живота, а също така и в надеждата за спокойствие и запазване на достойнството през време на боледуването и настъпването на смъртта.

Палиативните грижи **подобряват качеството на живот, симптомите и тежестта на редица заболявания**, ограничаващи живота, а в някои случаи, **удължават и преживяемостта**.

Елементите на палиативните грижи включват, освен грижи за физическите симптоми и психосоциални, културни и духовни грижи.

Целта на палиативните грижи е да се постигне **най-добро качество на живот и комфорт** на пациента за толкова дълго, колкото е възможно.

Палиативните грижи имат **двойна цел**: Да облекчат симптомите, изпитвани от пациентите в терминален стадий и да осигурят емоционална и практическа подкрепа на семействата им.

Кожни проблеми

Използването на палиативни грижи при пациенти с тежки дерматологични заболявания остава относително непроучено, но ограничените налични данни показват неудовлетворителни грижи и нисък процент на палиативно лечение.

Кожните заболявания при палиативни пациенти могат да се дължат на различни причини. Най-често това са кахексия, недोхранване, анемия, метаболитни промени, нарушена подвижност, неврологични разстройства, лекарствена терапия, опортюнистични инфекции, както и усложнения на злокачествени заболявания и тяхното третиране.

Заболяванията на кожата могат да повлияят на **качеството на живот**, чрез причиняване на болка, сърбеж, емоционален стрес и

дискомфорт. Те влияят и на **социалните взаимоотношения** на пациента.

Пациентите на палиативни грижи са предразположени **предимно към развитие на декубитални язви, кожни инфекции и дерматити**.

Тези пациенти са предимно възрастни хора и при тях тези оплаквания се съчетават с възрастовите промени по кожата и някои заболявания, които се срещат по-често сред общата популация в тази възраст.

Според проучване в San Francisco, California през 2008г от Hansra N. и Berger T, честотата на кожните увреждания е била – декубитални улкуси (37%), кожни инфекции (26%), дерматит (17%) и кожни заболявания, свързани със системно заболяване, или лечение на системно заболяване (7%). Повечето от тези състояния не са правилно документирани от клинични специалисти по първична или палиативна терапия. Една трета от всички пациенти, приети по време на периода на проучването са имали кожно състояние, изискващо медицинско внимание.

Neloska L, Damevska K в свое проучване през 2017 г. класифицират кожните лезии при палиативни пациенти в седем категории: инфекции, кожни тумори, дерматити, хронични рани, нарушения на ноктите и косата, пруритус и други неклассифицирани състояния. Най-често срещаното кожно заболяване е дерматит (18,3%), последван от нарушения на ноктите и косата (17,5%).

Декубиталните язви са честа диагноза при палиативните пациенти. Повечето съобщения в литературата описват **декубитални язви от залежаване и травматични рани**.

Грижите за кожата през последните дни от живота при повечето пациенти трябва да се съсредоточи върху облекчаване на болката, причинена от увреждане на кожата. Например използването на различни устройства може да подобри превенцията на декубиталните язви, които са често наблюдавани. Целите на палиативните грижи при наличие на рани включват намаляване на болката, мириса, ексудацията, кръвенето и инфекцията.

Грижещия се персонал трябва да събере информация, доколкото е възможно и да направи пълна оценка на състоянието на кожата на пациента. Това, което се търси са костни издатини с лоша циркулация и области, които са в червено, или са се появили мехури .

Раната е нарушение на целостта на епидермиса, дермата и подлежащите тъкани в резултат от травма. Хроничната рана е рана,

която остава незараснала за повече от 6 седмици и е повлияна от множество фактори. Някои хронични рани показват устойчивост на всички процедури, насочени към тях. Примери за често срещани хронични рани в палиативните грижи са рани от залежаване, или злокачествени новообразувания. Процента на раните от залежаване при палиативни пациенти варира от 13-47%.

При мъже на палиативни грижи често се срещат малки язви на задните части на скротума. Перинеалните херпес язви са чести при имунокомпрометирани пациенти.

Често наблюдавани са вирусни и гъбични инфекции на кожата – soor, кандидозно интертриго, herpes zoster, herpes simplex, onychomycosis, tinea pedis.

Дерматит, ксероза и сърбеж са често се поставяни диагнози при пациенти на палиативни грижи.

Повечето пациенти на палиативни грижи имат по няколко хронични заболявания, за които приемат много лекарства и оттук *голямата склонност към алергични, или токсични кожни обриви.* Често тези реакции продължават месеци наред.

Венозният застои в областта на краката е предразполагащ фактор за развитието на редица кожни промени по-напреднала възраст като: трайно виолетово-кафяво оцветяване на кожата около глезените и по подбедриците, спонтанни точковидни кръвоизливи, или по-големи петна – т.нар. пурпура, екземи, незарастващи язви, склеротично уплътнение и срастване на кожата с подлежащите тъкани на подбедрицата.

Доброкачествени образувания – много често по кожата на палиативните пациенти се откриват доброкачествени образувания като себорейни кератози, папиломи, и т.н.

За пациентите в терминален стадий, злокачествените новообразувания на кожата, с придружаващия ги дискомфорт и промяна във външния вид, могат да бъдат допълнително инвалидизиращи.

По кожата могат да се наблюдават и *метастази* от рак на вътрешните органи.

По кожата могат да се наблюдават и *метастази* от рак на вътрешните органи.

Злокачествената рана се появява когато тумора засяга епитела и се развива на повърхността на кожата. Раната може да бъде язвена, или пролиферативна, което означава, че се образуват, или разязвени кратери, или повдигнати подобно на карфиол нодули. Опиатите, често използвани в края на живота,

облекчават до известна степен и кожния дискомфорт.

Орални проблеми

Оралните проблеми могат да намалят приема на течности и храна, поради болка, променен вкус, или нарушения на гълтането.

Рисковите фактори за устни проблеми са: слабост, суха уста, химиотерапия, местно облъчване, дехидрация, инфекция.

Лъчево-индуциран орален мукозит

Лъчево-индуцираният орален мукозит протича в няколко стадия. Още след първите няколко процедури (след няколко дни) от започване на лъчетерапията в оралната лигавица започват промени. В първите дни пациентите могат да нямат оплаквания или да имат незначителни оплаквания, като парене, чувство на изгаряне или повишена чувствителност. Промените стават видими след първата седмица и по-демонстративни към 14 ден. В началото се наблюдава еритем, като впоследствие се разгръща демонстративна клинична картина: множество и широки ерозии на лигавицата, вторични обривни елементи като отпадащи епителни маси, язви, афтоподобни лезии, фисури и рагади по усните, некротични участъци.

Субективно пациентите имат болки, понякога пораженията са много тежки и оплакванията са значителни. Промените при лъчевия мукозит персистират дълго (месеци), като пациентите субективно съобщават за подобрение след третия месец и поизразено след шестия месец от приключване на лъчетерапията. Тези патологични промени довеждат до нарушаване в храненето и преглъщането (дисфагия).

Палиативните грижи остава важна област в дерматологията, предвид обслужването на по-възрастните пациенти, симптоматичните пациенти, пациентите с булзни дерматози, пациентите със синдром на Стивънс – Джонсън /токсична епидермална некролиза/, пациентите с карциноми на кожата, напреднал меланом и имunosупресирани пациенти в *дерматологичните клиники.*

Пациентите съобщават за загуба на вкусовите усещания.

Препоръчват се запарка от лайка; специализирани води за уста, съдържащи хлорхексидин 0,12%, хидратиращи орални гелове и др. За облекчаване болковата симптоматика при хранене се назначават намазване на оралната лигавица преди

хранене с гел на Lidocain. В по-тежки случаи - антибиотици

Кандидозата обикновено се представя като прилепналите бели плаки, но може да присъства и като еритема, или ангуларен хейлит. Лечението е с антимикотици.

Злокачествени язви често са свързани с анаеробни бактерии, които произвеждат зловонна миризма; Те отговарят обикновено на метронидазол.

Кожни изяви свързани с лечението на системно заболяване също могат да бъдат наблюдавани - кожна иритация, химиотерапия свързани алопеции, пострадиационна хиперпигментация, пострадиационна кожна склероза и др.

Кожни прояви при вътрешни заболявания – Много кожни заболявания дават отражение върху кожата и протичат с кожни манифестации от различен тип, освен с обща симптоматика типична за съответното заболяване. Тук спадат кожни прояви при болести на обмяната, на ендокринните органи, на кръвта, на сърдечно-съдовата, на ендокринната система, на дихателната система, черния дроб, панкреаса, бъбреците.

Кожните прояви могат да са и главният симптом, както напр. захарния диабет, при системни заболявания и злокачествените тумори. Тяхното познаване може да доведе до ранна диагностика и съответно ранно адекватно лечение на съответното вътрешно заболяване.

Дерматотоксичност Свързаните с лечението на карциноми кожни токсичности са чести и понякога тревожни. Кожната токсичност е страничен ефект на антинеопластичните терапии, особено химиотерапия и таргетни терапии.

Кожните токсичности, свързани с тези терапии могат да включват реакции от страна на кожата, косата и ноктите.

Страничните ефекти от химиотерапията са вторични ефекти от лечението и могат да се проявят веднага или по-късно. Тези, които се проявяват веднага, могат да се проявят по време или веднага след химиотерапия. Късните странични ефекти се появяват след като лечението е започнало и могат да продължат и след окончателното му приключване.

Най-често разпространените кожни промени вследствие на химиотерапия са: **ксероза, акнеiformен обрив, палмароплантарна еритродизестезия (кожна реакция ръка-крак), алопеция, онихолиза и ониходистрофия, възпаление**

на устната лигавица, хиперпигментации, фоточувствителност, флашове /временен еритем на лицето и шията/.

Лъчетерапията е локален онкотерапевтичен метод, който използва йонизиращо лъчение. Образуват се свободни радикали в туморните клетки, които директно действат върху тях и причиняват структурни промени, отговорни за клетъчната смърт.

Йонизиращото лъчение на лъчетерапията може да предизвика **промени в кожата и да причини лезии в третираната зона, наречени радиодерматит или радиоиндуциран дерматит.**

Специално разработени за увредена кожа дермо-козметични продукти могат да помогнат за овладяването на кожните промени вследствие на химиотерапия и лъчетерапия и да повишат качеството на живот, така че пациентите да понасят по-добре лечението си.

Грижи за кожата

Добрите ежедневни грижи за кожата, съществено повишават качеството на живот и самочувствието на пациентите.

Пациентите на палиативни грижи са обикновено възрастни пациенти и при тях, освен терапия на дерматологичното заболяване е необходима и цялостна грижа за кожата.

Правилната оценка на свойствата на кожата и индивидуалния подход при използването на овлажнителни, или омекотители е неразделен компонент в поддържане на сенилната кожа за предотвратяване на ксероза и сърбеж.

Когато кожата е атрофична, с риск от нараняване, поддържането и чиста и суха е от първостепенно значение.

Сухата кожа е един от основните симптоми на стареещата кожа и често се наблюдава при палиативни пациенти, което се обяснява с намалената потна и мастна секреция. Сухотата на кожата води до повишена склонност към дразнене и последващо възпаление.

Сухата кожа съпътства много общи заболявания- като диабет, хронична бъбречна и чернодробна недостатъчност. Приема на някои медикаменти също могат да доведат до суха кожа /напр. лечението с понижаващи холестерола медикаменти и др./

Специално внимание заслужава *ежедневният тоалет и къпането*, което трябва да включва емолиентни кремове, сапуни и измиващи гелове без алкално съдържани и олио за баня в случаите на силна кожна сухота.

Емолиентите са основно средство при суха кожа. Те овлажняват и омазняват кожата, като поддържат балансирано рН на кожата. Успокояват сърбежа и възпалението, овлажняват кожата. Не съдържат алергени.

Те трябва да се прилагат ежедневно – един, или два- три пъти, в зависимост от нуждите на пациента. Обикновено, препоръката е да се използват емолиенти веднага след къпане. Те трябва да се използват обилно и често.

Емолиентите имат разностранно действие

- При старееща кожа – редуцират фините бръчки /регенериращо действие/.
- При кожа със слаба поносимост към стандартната козметика /не съдържат алергени/.
- При повърхностни наранявания /регенериращо действие/.
- При слънчево изгаряне /противовъзпалително действие/.

Сапуните изсушават кожата. По-подходящо при много суха кожа и екземе е използването на масла за баня вместо сапун, които омекотяват кожата.

При много суха, лющеща се кожа могат да се използват препаратин с нисък процент урея – 3%, 5%, 10%.

Много от етеричните масла могат да направят така, че кожата да изглежда по- здрава – те я хидратират, подхранват, стимулират регенерацията на клетките, заличават пигментните петна, спуканите капилляри, фините линии и бръчки.

Мацерацията намалява способността на кожата да издържа на налягане, или триене. Инконтиненцията на урината, или фекалиите правят кожната мацерация по-честа. Пикочната инконтиненция намалява нейната бариера и увеличава рН. Фекалната инконтиненция допринася за увреждане на кожата и дразнят кожата

Методите на защита на кожата включват защитен крем, или хидроколоидни превръзки, покриваща костните издатини. Въпреки това, превръзките могат да причинят болка и увреждане на кожата при отстраняването им.

Грижи за устната кухина – Оралните

проблеми на пациентите могат да бъдат сведени до минимум чрез измиване на зъбите с флуоридна паста за зъби и ежедневно наблюдение на устната лигавица. Оралните проблеми могат да намалят приема на течности и храна, вследствие болката, променения вкус, или нарушеното гълтане. Наличието на гъбична инфекция - soor, създава допълнителен дискомфорт.

Добрите ежедневни хигиенни грижи за кожата, са от изключителна важност във всеки един етап от палиативните грижи за пациентите!

Всички описани промени и заболявания се диагностицират и лекуват от дерматолог. От изключителна важност е навреме да бъде поставена правилна диагноза и да бъде дадено правилното лечение.

Заклучение

Кожните заболявания са често срещан и клинично значим проблем за палиативните пациенти. Те причиняват допълнителен дискомфорт. При тези пациенти лечението на кожното заболяване може да доведе до повишаване на качеството на живот.

Ограничените данни за кожните заболявания при палиативни пациенти, предполагат необходимостта от провеждане на по-пълни кожни прегледи. Необходимо е и проучване в по-голям мащаб на заболяванията на кожата при пациентите на палиативни грижи.

Включването на дерматолозите в мултидисциплинарни екипи за палиативно лечение се оказва полезно при лечението на тези пациенти.

Присъствени и on line курсове по палиативна медицина, биха могли лесно да бъдат адаптирани за дерматолози. По този начин ще се подобрят клиничните резултати при пациентите на палиативни грижи.

Благодарности

Проект ОМНИА № BG05M2OP001-2.016-0007.

Библиография

1. Златков Н.Б., Андреев В.Х. Кожни прояви при вътрешни болести. Волкохим, София, 1994.
2. Anderson F, Downing G, Hill J, Casorso L, Lerch N: Palliative performance scale (PPS): A new tool. J Palliat Care 1996;12:5–11.
3. Barnabe C, Daeninck P: Beauty is only skin deep: Prevalence of dermatologic disease on a palliative care unit. J Pain Symptom Manage 2005;29:419–422.
4. Chren M, Lasek R, Sahay A, Sands L: Measurement properties of Skindex-16: A brief quality of life measure for patients with skin diseases. J Cutan Med 2007;26:19–22.

5. Cherny NI, Sapir R, Catane R, et al. Symptom prevalence and severity among ambulatory cancer patients attending an integrated oncology-palliative care day hospital Proceedings of ASCO 1999, 18(abstract 2247), 582a.
6. Cuddigan J, Berlowitz D, Ayello E: Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence and implications for the future: An Executive Summary of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Monograph. *Adv Skin Wound Care* 2001;14:208–215
7. De Conno F, Ventafridda V, Saita L. Skin problems in advanced and terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1991;6:247–256.
8. Dolinger R: Pressure sores and optimum skin care. *J Palliat Care* 1990;6:50–54.
9. Eisenberger A, Zeleznik J. Pressure ulcer prevention and treatment in hospices: A qualitative analysis. *J Pall Care* 2003;19:9–14.
10. El-Jawahri A, Traeger L, Greer JA, et al. Effect of inpatient palliative care during hematopoietic stem-cell transplant on psychological distress 6 months after transplant: results of a randomized clinical trial. *J Clin Oncol*. 2017; 35(32):3714–3721.
11. El-Jawahri A, LeBlanc T, VanDusen H, et al. Effect of inpatient palliative care on quality of life 2 weeks after hematopoietic stem cell transplantation. *JAMA*. 2016;316(20):2094.
12. Gannon C, McNamara P. A retrospective observation of corticosteroid use at the end of life in a hospice. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:328–334.
13. Guggisberg E, Terumalai K, Carron J, Rapin C: New perspectives in the treatment of decubitus ulcers. *J Palliat Care* 1992;8:5–10.
14. Hansra NK1, Berger TG, O'Sullivan P, Chittenden EH. Skin findings in palliative care patients. *J Palliat Med*. 2008 Jul;11(6):834-7. doi: 10.1089/jpm.2008.0009.
15. Hafi Bushurul NA, Uvais NA, Palliative Dermatology/Indian J Palliat Care. 2018 Jul-Sep; 24(3): 385–386.
16. Harlow D, Poyner T, Finlay A, Dykes P: Impaired quality of life of adults with skin disease in primary care. *Br J Dermatol* 2000;143:979–982.
17. Jayaprakasam A, Darvay A, Osborne G, McGibbon D: Comparison of assessments of severity and quality of life in cutaneous disease. *Clin Exp Dermatol* 2002;27:306–308.
18. Kalb R, Grossman M: Chronic perianal herpes simplex in immunocompromised hosts. *Am J Med* 1986;80:486–490.
19. McDonald A, Lesage P: Palliative management of pressure ulcers and malignant wounds in patients with advanced illness. *J Palliat Med* 2006;9:285–295.
20. Neloska L1, Damevska K2, Kuzmanova A1, Pavleska L1, Kostov M3, Zovic BP1. Dermatological diseases in palliative care patients: a prospective study of 271 patients. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2017 Jun;15(6):621-627
21. Nikkels A, Pierard G: Perineal herpes simplex infection in bedridden geriatric patients. *Am J Clin Dermatol* 2007;8:79–83.
22. Norman R, Endo J, *Clinical Cases in Geriatric Dermatology*, Springer-Verlag London 2013
23. Pereira J, Watanabe S, Wolch G. A retrospective review of the frequency of infections and patterns of antibiotic utilization on a palliative care unit. *J Pain Symptom Manage* 1998;16:372–381.
24. Regnard C, Allport S, Stephenson L. Mouth care, skin care, and lymphoedema. *BMJ* 1997;315: 1002–1005.
25. Shah M, Coates M: An assessment of the quality of life in older patients with skin disease. *Br J Dermatol* 2006;154:150–153.
26. Seymour, J. E.; D. Clark, M. Winslow „Morphine use in cancer pain: from 'last resort' to 'gold standard'. Poster presentation at the Third Research Forum of the European Association of Palliative Care“. *Palliative Medicine* 2004;18 (4): 378.
27. Vitetta L, Kenner D, Sali A. Bacterial infections in terminally ill hospice patients. *J Pain Symptom Manage* 2000;20:326–334
28. Virik K, Glare P: Validation of the palliative performance scale for inpatients admitted to a palliative care unit in Sydney, Australia. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:455–457.
29. Zisova L, Chokoeva A. Cutaneous manifestation in internal diseases I in P.Bamidis, L.Deapotova-Toleva *Paliative Care Science and Education* 195-210, 2017 (ISBN 978-960-243-706-3)
30. Zisova L, Chokoeva A. Cutaneous manifestation in internal diseases I in P.Bamidis, L.Deapotova-Toleva *Paliative Care Science and Education* 210-215, 2017 (ISBN 978-960-243-706-3)

Грижи за кожата и дерматологични проблеми в старческа възраст

Лилия Зисова

Катедра по дерматология и венерология, МУ, Пловдив

Skin care and dermatological problems in elderly

Liliya Zisova

Dept. of Dermatology and Venereology, MU - Plovdiv

Резюме

Старенето е естествен физиологичен процес на организма, при който настъпва забавяне на обмяната на веществата в организма.

Постепенно кожата атрофира, настъпва загуба на обем – редуциране на мастната тъкан, мускули, костна тъкан.

Всички функции на кожата са променени и намаляват прогресивно с възрастта.

Съществува 2 вида стареене на кожата:

възрастово стареене и фотостареене.

Хигиенните и козметични грижи за кожата в напреднала възраст са по-специфични.

Две трети от всички лица в напреднала възраст имат оплаквания, свързани с кожата. Често наблюдавани са хронични кожни инфекции и неоплазми.

Ключови думи: старческа възраст, стареене, грижи за кожата.

Abstract

Aging is a natural physiological process of the body during which the body's metabolism slows down. The skin in old age changes significantly. Gradually occur atrophy of the skin and loss of volume – reduction of adipose tissue, muscle, bone tissue. All skin functions are slowing down in a progressive way. There are two types of skin

aging: natural time aging and photoaging.

Skin hygiene and care are specific in advanced age. Two thirds of all elder people have complains regarding their skin comfort. Chronic skin infections and neoplasms are often observed.

Key words: Elderly, aging, skin care.

Промени на кожата при стареене

Старенето е естествен физиологичен процес на организма, при който настъпва

забавяне на обмяната на веществата в организма.

Физиологичните процеси в кожата също се забавят и намаляват.

Кожата в старческа възраст се променя

значително.

Постепенно настъпват:

- Атрофия на епидермиса
- Промени и намаляване на еластичните, колагенни влакна и хиалуроновата киселина в дермата. Фибробластите забавят своето делене.
 - Подкожната мастна тъкан в хиподермата изтънява.
 - Настъпва загуба на обеми - редуциране на мастната тъкан, мускули, костна тъкан.
 - Намалява секрецията на потните и мастните жлези.
 - Смутено е изграждането на защитната водно-липидна обвивка /мантия/ Намалява бариерната защитна функция на епидермиса.
 - Настъпват сухота на кожата, намален тургор и еластичност.
 - Промени в пигментацията. Снапредване на възрастта броят и активността на меланоцитите намалява. В кожата меланоцитите започват да се разпределят неравномерно – появяват се хипер и хипопигментации. Намаляват и меланоцитите в космения фоликул, косата посивява.
 - Промени в терморегулационната и абсорбиционната функция на кожата.
 - Промени в съдовете и инервацията на кожата.
 - Косата се разрежда, косъмът изтънява и побелява.
 - Ноктите стават тънки и чупливи.
 - Отслабва имунната защита.
 - Намалява продукцията на витамин Д.

Клинични промени

Старческата кожа има типичен вид. Кожата изтънява, вследствие на атрофията на епидермиса, дермата и хиподермата. Прозират повърхностните кръвоносни съдове.

Намаляват тургурът, еластичността и лъскавината. Намалява съдържанието на вода в дермата, което е основната причина за отпускането и появата на бръчки.

Кожата става суха, с груб релеф, фино залющена. Започва да прилича на пергамент и се осейва с неправилни пигментация – пигментни петна, особено по изложените на слънце участъци – лице, деколте, ръце и такива с напълно обезцветяване на кожата.

Кожата на възрастният индивид има повишена загуба на вода, залющване, сърбеж, неравномерна пигментация, лесна ранимост, бавна епителизация, възможност за инфекции.

Всички функции на кожата са променени и

намаляват прогресивно с възрастта!

Практиката показва, че две трети от всички лица в напреднала възраст имат оплаквания, свързани с кожата.

В по-късна възраст, асоциираната с кожата лимфна тъкан намалява продукцията на антитела и други фактори на имунната защита, което обуславя склонността към **хронични кожни инфекции и неоплазми**.

Видове стареене на кожата

Причините за стареене на кожата са: вътрешни (с течение на времето) и външни (слънчева експозиция).

Съществува 2 вида стареене на кожата:

- * Възрастово стареене /хронологично стареене/ на кожата
- * Фотостареене на кожата – под действие на УВЛ.

Възрастово стареене

Възрастовото стареене на кожата е физиологичен процес. Настъпва с течение на времето. Фибробластите забавят своето делене, а от там еластина и колагена значително намаляват. Това води до отпускане на кожата, до появата на бръчки.

Естрогените стимулират производството на колаген от фибробластите. Понижените нива на естроген са свързани със загубата на колаген и увеличават броя на бръчките.

Отпуснат контур и загуба на V образната форма на лицето са типични за възрастовото стареене.

С времето всяка структура на лицето се променя – костите изтъняват, мазнините се преразпределят и се стопяват, мускулите отслабват, а кожата губи своята еластичност – „Лицето увисва!“ „Бузите са като на булдог!“ постепенно V-образната форма на лицето се превръща в квадратна.

Фотостареене

УВ лъчи променят колагена и еластина. Колагенът и еластинът подържат кожата свежа и млада. УВ експозицията води до повишаване на ензима еластаза. Появяват се неутрофилни инфилтрати, настъпва дезорганизация на еластиновите влакна на дермата.

УВ светлина е най-важната причина за фотостареене, води до увреждане ДНК на клетката. УВ увреждане се осъществява в

голяма част и чрез образувалите се свободните радикали.

Прекомерното излагане на слънце е причина номер едно за ранното състаряване и увреждане на кожата.

Именно за това фотоекспонираните зони – кожата на ръцете, лицето и шията се състарява по-бързо от други области. Тези области обикновено са открити и изложени най-много на пряка слънчева светлина.

При прекомерно излагане на ултравиолетови лъчи кожата става по-тънка, появяват се бръчки, петънца.

Често се виждат преждевременно състарени жени, които прекарват много време на плажа, или край басейна.

Зрелите и фотосъстарените кожи имат удебелен кератинов слой, те са бедни на естествени липиди, сухи и имат минимални естествени овлажняващи фактори.

Други фактори – генетични фактори, външни фактори, съпътващи вътрешни заболявания, стрес, неправилно хранене, прием на недостатъчно количество вода, недостатъчно сън, тютюнопушене – кожата не изглежда здрава, има жълтеникав оттенък, става по-суха.

Хигиенни и козметични грижи за кожата в напреднала възраст

Хигиенните и козметични грижи за кожата в напреднала възраст са по-специфични. Задължително е да се използват щадящи и меки хигиенни и козметични продукти.

С остаряването на кожата хидролипидния филм и защитната киселинна мантия стават оскъдни, което води до рН дисбаланс и по-голяма загуба на вода. Това може да направи застаряващата кожа по-чувствителна към силно алкални продукти, като сапун.

Препоръчително е да се използват:

– Сапуни и измиващи гелове без алкално съдържание, олио за баня – в случаите на силна кожна сухота, мицеларни води за суха и чувствителна кожа.

– Емолиентни кремове – подхранват кожата, омекотяват я и възстановява нейната бариера. Основни съставки на емолиентите са омега 3, 6, 9 мастни киселини.

– Много от етеричните масла могат да направят така, че кожата да изглежда по-здрава – те я подхранват, стимулират регенерацията на клетките, заличават пигментните петна,

фините линии и бръчки.

– Продуктите с алфа-хидрокси киселини, ретинол, хиалуронова кис, стабилизирани витамини С – омекотяват и изглаждат кожата, намаляват видимите бръчки и стимулират синтеза на колаген и еластин в дермата, просветляват тена при редовна употреба, предпазват кожата от неправилни вроговявания.

– Хидратиращи кремове.

– При много суха кожа могат да се използват и препарати с нисък процент урея – 3%, 5%.

– Употребата на фотозащитни кремове е задължително при наличието на предракови промени по кожата и предпазва от преждевременно стареене – поява на бръчки и неправилни пигментации.

– Правилно хранене и начин на живот – диета с повече антиоксиданти, повече прием на вода, без алкохол и тютюнопушене.

– Правилен двигателен режим и достатъчно сън.

– Употреба на медикаменти за и след менопауза – те са натурална алтернатива на хормонозаместителната терапия – фитоестрогени и растителни екстракти и витамини, които заедно съдействат за бързо и максимално повлияване на всички симптоми при пременопауза и менопауза – безсъние, горещи вълни, вагинална сухота, промени в настроението, напълняване, загуба на либидо.

Дерматологични проблеми в старческа възраст

Специалният характер на кожните заболявания в старческа възраст се определя от много фактори – екзогенни и ендогенни.

По-важните от тях са: въздействие на слънчева и йонизираща радиация, увреждания от фактори на външната среда, както и от професионални такива, локални канцерогенни вещества, начина на живот и хранене.

Роля играят наличие на хронични вътрешни заболявания, увреждания от продължителна употреба на лекарства, наличие на психологични проблеми.

Някои кожни заболявания протичат по различен начин и изглеждат различно в тази възраст.

Други кожни прояви, могат да бъдат израз на вътрешно заболяване, или развиващо се раково заболяване, което налага повишено внимание от страна на лекуващия лекар и назначаване на съответните изследвания.

У старите хора във висок процент се срещат:

- Себорейни брадавици, себорейни кератози /т. нар. "старчески брадавици"/
- Сърбеж /неасоцииран с кожни, или други заболявания/
 - Телеангиектазии
 - Застоен дерматит на долните крайници при разширени вени, язви на подбедрицата след прекаран тромбофлебит, екзема.
 - Сенилна пурпура. Много лекарства засилват склонността към спонтанни кръвоизливи около малките съдове в кожата.
 - Гъбични инфекции на кожата и ноктите – хронични форми.
 - Херпес зостер
 - Сенилно лентиго и актинични кератози /неправилни вроговявания по кожата/ – вследствие уврежданията от слънчевите лъчи.
 - Прекаncerози
 - Немеланомен кожен рак и малигнен меланом.

Други

Лекарствени обриви при възрастни лица

Повечето възрастни хора имат по няколко хронични заболявания за които *приемат много лекарства* и оттук голямата склонност към алергични, или токсични кожни обриви, в сравнение с лица в по-млада възраст. Често тези реакции продължават месеци наред.

У възрастни лица по-често се наблюдават тежки и най-тежки форми на лекарствените обриви, които изискват болнично лечение.

В проучване на *DP Thapa, AK Jha et al, 2012* се определя характерната картина и честотата на дерматозите при дерматологични пациенти на възраст 60 г и повече години за период от 1 г. (април 2010 – април 2011) в Непал.

Честотата на гериатричните пациенти е около 5,1%. Съотношението мъже към жени е 50%.

Най-чести кожни дерматози са: *екзема 35,8%, гъбична инфекция 13,6%, вирусна инфекция 7%, последвани от сърбеж 7,3%, краста и фотодерматит по 4,5%, възпалително папулосквамозно разстройство 3,3%, бактериални инфекции 2,1%, ихтиоза по 2,1%, везикулобулозни лезии 1,8%, тумори и пигментни нарушения 0,6%*.

Други (кератодермия, калус, уртикария, диабетна язва, синдром на парене на краката, розацея, лекарствени обриви – амоксицилин,

сенилно акне, прурито нодуларис, пелагра, актиничен хейлит) – 15,8%.

Малко пациенти са имали повече от една дерматоза, която представлява <1%. Установено е, че фотодерматитът е статистически значим. Най-честите дерматози са екзема при жени, следвана от фотодерматити. При мъжете -вирусните и гъбичните инфекции са по-чести.

Интервенции

Кожата при възрастни лица е деликатна и следователно, дерматологичната интервенция е важна част от грижата за пациентите в случай на кожни проблеми. По-старите хора имат по-крехка и тънка кожа, с която трябва да се третира правилно.

Където има рана, превръзката трябва да бъде избрана и прилагана внимателно, както за лечение на състоянието, така и за избягване на увреждане, когато става въпрос за премахване на превръзката, поради риск от разкъсване на кожата, което може да бъде често срещан проблем при възрастните хора.

Колкото по-тънка и по-суха е кожата на възрастните хора и има бариерни промени, толкова е по-висока чувствителността към екзема.

Кожни заболявания и коморбидности

Някои кожни заболявания изискват мултидисциплинарен подход. Коморбидност означава наличие на няколко хронични заболявания, свързани помежду си с общ патогенетичен механизъм. Общопрактикуващият лекар трябва да знае, че при някои кожни заболявания трябва да се следи и за висцерални прояви.

В старческа възраст често се наблюдават **преканцерози** и **карциноми** на кожата.

Прекаncerози

Най-често срещаната прекаncerоза при възрастни е *актиничната кератоза*. Наблюдава се по откритите части на тялото. Значение за появата и има получената кумулативна доза УВЛ.

При възрастни хора *себорейните брадавици* често се срещат. Понякога са множествени.

Други често наблюдавани прекаncerози са: *keratoacanthoma, cornu cutaneum u lentigo maligna*.

Пигментните невуси трябва да бъдат проследявани!

Lentigo maligna/Melanosis circumscripta

Dubreueh/ е често срещана преканцероза.

Други преканцерози са: *leucoplakia*, *болест на Paget*, *актиничен хейлит*, *абразивен хейлит*.

Кожните тумори представляват около 11% от всички злокачествени новообразувания и честотата им се увеличава ежегодно.

Ролята на общопрактикуващите лекари (GPs) в откриването на рака на кожата се увеличава. Скрининга за рак на кожата понастоящем включва и участието на общопрактикуващите лекари. Злокачествените кожни тумори са слабо разпознати от общопрактикуващите лекари, а себорейните кератози често са погрешно диагностицирани.

Кумулативният ефект на ултравиолетовите лъчи е със злокачествен потенциал и може да предизвика рак на кожата в напреднала възраст.

Злокачествени тумори

Най-често се наблюдават *carcinoma baso-cellulare*, *carcinoma spinocellulare*, *melanoma malignum*, *mycosis fungoides*, *метастатични тумори на кожата*.

Профилактика

От голямо значение са

- Избягване продължително излагане на слънце
- Използване на фотозащитни средства
- Контрол на преканцерозните лезии

Благодарности

Проект ОМНИА № BG05M2OP001-2.016-0007.

Библиография

1. Златков Н, Янкова Р, Добрев Х, Чудомирова К, Зисова Л, Ботев И. Дерматология и венерология (учебник за студенти по медицина и стоматология), МИ "Райков" Пловдив, 2010 год.
2. Amr Zaki, MD, Yaser AboElela Hamed, MD, Abd Elraoof ElMohsan, MD, Sawsan Khalifa, MD Psychological comorbidities associated with skin diseases The Gulf Journal of Dermatology and Venereology Volume 18, No.2, October 2011:17-20.
3. Ahmadi K1, Prickaerts E2, Smeets JGE1,3, Joosten VHMJ2,4, Kelleners-Smeets NWJ2,4, Dinant GJ1,5. Current approach of skin lesions suspected of malignancy in general practice in the Netherlands: a quantitative overview. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018 Feb;32(2):236-241.
4. Badertscher N1, Tandjung R1, Senn O1, Kofmehl R2, Held U2, Rosemann T1, Hofbauer GF3, Wensing M4, Rossi PO1, Braun RP3. A multifaceted intervention: no increase in general practitioners' competence to diagnose skin cancer (minSKIN) - randomized controlled trial. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015 Aug;29(8):1493-9.
5. Badertscher N1, Braun RP, Held U, Kofmehl R, Senn O, Hofbauer GF, Rossi PO, Wensing M, Rosemann T, Tandjung R. Diagnostic competence of Swiss general practitioners in skin cancer. Swiss Med Wkly. 2013 Jul 29;143:w13834. doi: 10.4414/smw.2013.13834. eCollection 2013.
6. Badertscher N1, Senn O, Rossi PO, Wensing M, Rosemann T, Tandjung R. Skin cancer in primary care: frequency, need to further education and subjective diagnostic certainty. A cross sectional survey among general practitioners in Canton of Zurich. Praxis (Bern 1994). 2013 Oct 30;102(22):1353-9.
7. Baeta IG1, Bittencourt FV2, Gontijo B2, Goulart EM2. Comorbidities and cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. An Bras Dermatol. 2014 Sep-Oct;89(5):735-44.
8. Barel A, Paye M, Howard I. Maibach Handbook of Cosmetic Science and Technology Informa Healthcare USA New York, 2009 Inc. ISBN-13: 978-1-4200-6963-1 ISBN-10: 1-4200-6963-2
9. Bedlow AJ1, Cliff S, Melia J, Moss SM, Seyan R, Harland CC. Impact of skin cancer education on general practitioners' diagnostic skills. Clin Exp Dermatol. 2000 Mar;25(2):115-8
10. Bieber T. Personalized management of atopic dermatitis: beyond emollients and topical steroids. In: Bieber T, Nestle F, eds. Personalized Treatment Options in Dermatology. Berlin: Springer Verlag, 2015; 61–76.
11. Buckley D1, McMonagle C. Melanoma in primary care. The role of the general practitioner. Ir J Med Sci. 2014 Sep;183(3):363-8.
12. Cvitanović H, Knezević E, Kuljanac I, Jancić E. Skin disease in a geriatric patients group in outpatient dermatologic clinic Karlovac, Croatia. Coll Antropol 2010; 34(Suppl 2): 247-51.
13. Grange F1, Woronoff AS, Bera R, Colomb M, Lavole B, Fournier E, Arnold F, Barbe C. Efficacy of a general practitioner training campaign for early detection of melanoma in France. Br J Dermatol. 2014 Jan;170(1):123-9.
14. Gupta AK, R Bluhm Seborrheic dermatitis JEADV 2018, 32, 518-529
15. Duarte GV, Oliveira MF, Follador I, Silva TS, Carvalho EM Filho. Diagnosis and underdiagnosis of comorbidities in psoriasis

- patients - need for a multidisciplinary approach. *An Bras Dermatol.* 2016 Nov-Dec;91(6):743-747.
16. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Clinical implications of aging skin: Cutaneous disorders in the elderly. *Amer J Clin Dermatol* 2009; 10: 73-86.
 17. Fleischer ABJ. Pruritus in the elderly. *Adv Dermatol* 1995; 10: 41-60.
 18. Havlik NL, Fitzpatrick TB, Kligman AM et al. Geriatric dermatology. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K et al eds.
 19. Fitzpatrick's *Dermatology in General Medicine*, 5th edn. New York: McGraw-Hill, 1999: 1707-24
 20. Lacava V1, Salesi N, Ferrone L, Veri A, Lembo R, Masi MC, Rocchi M, Rondinelli R, Parisi E, Grieco T, Balzani A, Clerico R, Innocenzi D, Bottoni U, Calvieri S. [Importance of dermatologic screening within the frame work of a general cancer prevention program]. *Minerva Med.* 2001 Apr;92(2):85-8.
 21. Liao YH, Chen KH, Tseng MP, Sun CC. Pattern of skin diseases in a geriatric patient group in Taiwan: a 7-year survey from the outpatient clinic of a university medical center. *Dermatology* 2001; 203(4): 308-13.
 22. Sachs DL, Marghoob AA, Halpern A. Skin cancer in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2001; 17: 739-68.
 23. Tanei R., Hasegawa Y Atopic dermatitis in older adults: A viewpoint from geriatric dermatology *Geriatr Gerontol Int* 2016; 16 (Suppl. 1): 75–86
 24. Thapa DP, Jha AK, Kharel C, Shrestha S Dermatological problems in geriatric patients: a hospital based study *Nepal Med Coll J* 2012; 14(3): 193-195
 25. Waller JM, Maibach HI. Age and skin structure and function, a quantitative approach (i): blood flow, pH, thickness, and ultrasound echogenicity. *Skin Res Technol* 2005; 11: 221-35.
 26. Zisova L, Chokoeva A. Cutaneous manifestacion in internal diseases I in P.Bamidis, L.Deapotova-Toleva *Paliative Care Science and Education* 195-210, 2017 (ISBN 978-960-243-706-3)
 27. Zisova L, Chokoeva A. Cutaneous manifestacion in internal diseases I in P.Bamidis, L.Deapotova-Toleva *Paliative Care Science and Education* 210-215, 2017 (ISBN 978-960-243-706-3)

Несигурността като компонент на емпатичната интерактивност в общата медицинска практика

Адолф Алакиди ¹, Ванина Михайлова ^{2,3}, Мариана Лъчкова ³

¹ Катедра Епидемиология и Хигиена, МФ, МУ-София

² Катедра Кинезитерапия, ФОЗ, МУ-София; Катедра Управление на здравните грижи, ФОЗ, МУ-Пловдив

³ Катедра Управление на здравните грижи, ФОЗ, МУ-Пловдив

Резюме

Несигурността и непредвидимостта са ключови характеристики в здравното обслужване, източник на предизвикателства за медицинските професионалисти, пациенти и мениджъри. Въз основа на аналитико-синтетичен подход на проследени научноизследователски източници се констатира сравнително оскъдно засягане, вкл. уклон към толериране на проблема за несигурността в общата медицинска практика. В настоящето изложение се акцентира върху появата на несигурността като неотменим и незаобиколим конструкт в системата на емпатичната интерактивност медик-пациент. Разграничени са когнитивна, емоционална и социална емпатия, предпоставка за осъществяване на конструктивни комуникативни взаимоотношения.

Величината и степените на несигурност са особено осезаеми в сферата на неселектираното пациентско обкръжение, характеризиращо Общата медицина като специалност (Weckbeker K. по Bulbak R, 2023). Неглижирани са евентуална безпомощност и некомпетентност на лекаря. Феноменът *несигурност* е обособен като съзиждащ елемент и властелин на емпатичното пространство, но и залог за доверие и предпоставка за рационалното му управление в общата медицинска практика, включително системата на първичната извънболнична медицинска помощ.

Ключови думи: *обща медицинска практика, неселектирано пациентско обкръжение, несигурност, доверие.*

Uncertainty as a Component of the Empathic Interactivity in General Medical Practice

Adolf Alakidi ¹, Vanina Mihaylova ^{2,3}, Mariana Lyochkova ³

¹ Department of Epidemiology and Hygiene, Faculty of Medicine, Medical University - Sofia

² Department of Physiotherapy, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia;

³ Department of Healthcare Management, Faculty of Public Health, Medical University - Plovdiv

Abstract

Uncertainty and unpredictability are key characteristics in healthcare, a source of challenges for medical professionals, patients and managers. Based on an analytical-synthetic approach of traced research sources, relatively scarce coverage is found, including a tendency towards tolerating the problem of uncertainty in general medical practice. The present paper focuses on the emergence of uncertainty as an irreversible and unavoidable construct in the system of empathic interactivity between the physician and the patient. Cognitive, emotional and social empathy are differentiated - prerequisites for constructive communicative relationships.

The magnitude and degrees of uncertainty are especially perceivable in the sphere of the unselected patient environment that characterizes General Medicine as a specialty (Weckbeker K. in Bulbak R, 2023). Neglected are the physician's possible helplessness and incompetence. The phenomenon of uncertainty is singled out as a constitutive element and ruler of the empathic space, but also a pledge of trust and a prerequisite for its rational management in general medical practice, including the primary outpatient care system.

Keywords: *general medical practice, unselected patient environment, uncertainty, trust.*

Емпатичната интерактивност се ражда и интерпретира в обсега на комуникацията лекар-пациент и е предпоставка за възникване на обратна връзка, в чийто център се появява и нерядко вражда **несигурността**. Тя не е единствено и само резултат на едностранен и стабилен информационен процес, тъй като двамата основни участника (медик-болен) предварително я селектират според своите собствени виждания, и преработват активно преди да отреагират вербално и невербално.

Емпатията е способността на човека за съпреживяване емоцията, чувствата и мислите на събеседника; касае се за реакция, отъждествено откликване на емоциите на друга личност. Тя е част от емоционалната интелигентност.

Разграничават се два основни компонента – когнитивна и емоционална емпатия: когнитивната изразява възможност да се открие в мисловен порядък какво изживява другия; емоционалната емпатия позволява да се изясни какво чувства другия (1).

Theodor Lips (1902) обозначава емпатията като интерпсихичен процес. Той проследява тезата за *човешка принуда* към двигателно подражание и води до желанието да помогнеш на другия (по Körner J, 1998).

Badea L. и Pană NA., (2010) определят емпатията като способност, която е решаваща за успеха във всички сфери на живота. Индивидите и преди всичко мениджърите с особено проявени емпатични способности имат по-добри персонални взаимоотношения и могат по-успешно да мотивират себе си и останалите; те учат по-бързо и се радват на

по-голямо доверие.

Съвременни автори разглеждат три форми на емпатия: емоционална (афективна) - способността за тъждественост/ съпреживяване на чувствата на други лица (съчувствие); обозначава се още като емоционална сензитивност; *когнитивна (познавателна)* – съпоставима с "Theory of mind", т.е. възможността да се осъзнават не само чувствата, но и мислите и намеренията на други лица и въз основа на това да се извеждат заключения относно тяхното поведение, вкл. да се вижда света през очите на другите. *Познавателната* емпатия е съответствие на две съзнания, което отразява, възпроизвежда психологическо усещане за динамиката на мисълта на събеседника; *социална емпатия* – касае разбирането относно комплексни социални ситуации на лица от различни култури, характерови особености и ценности, и е предпоставка за осъществяване на конструктивни комуникативни отношения (4, 5, 6, 7).

Derksen F. et al (2015) отбелязват, че медиците и основно общопрактикуващите лекари/ОПЛ имат изявен практически опит в сферата на емпатичната интерактивност. Независимо от това е малко известно за професионалните им възгледи относно мнението и прилагането ѝ в ежедневната дейност. Описани са предпоставки, бариери и оптимални възможности за осъществяването им. Емпатията се окачествява като ефективен елемент в медицинската консултация. В резултат на проведени 30 интервюта е открито прилагането на вербални и

невербални техники. Повечето от използваните невербални комуникативни техники се свеждат основно до: заинтересовано лицево изражение, осъществяване на контакт очи в очи и внимателно, заинтересовано изслушване, вкл. утвърдително кимане. Някои изразяват значението на физическия контакт като допир с ръка по рамото на пациента, прегръдка или предлагане на носна кърпа, когато пациентът плаче и пр. Използвани са и редица способности на вербални прояви, като например релаксираща интонация, паузи, употреба на турнуси; изясняват се и допълват въпроси с оглед съгласуване и рефлектиране спрямо мислите и чувствата на пациента. Споменават се предишни консултации или събития от живота на болния. Към организационните бариери се отнасят например твърде обстойната регистрация на не толкова важни неща в сравнение с реалните проблеми на пациента, както и обемистата писмена работа, вглеждането в компютъра, а не в пациента и т.н.

Анализирани са позитивните ефекти на емпатията за ОПЛ и пациента като предпоставка за принос към диагностиката и терапията, вкл. ефективна организация на цялостната дейност. Изхожда се от перспективата, че **лекарят** е преди всичко **експерт** на заболяването, но пациентът е експерт на собственото си страдание (9).

За определяне на способността за емпатия като ключова компетенция и нейното измерване посредством синтетичен метод, съставен от 20 други инструмента, е предложението от Nathan Spreng и съавт. (2009) въпросник "Toronto Empathy Questionnaire". Счита се като първа стъпка към нова дефиниция на емпатията в смисъла на придобиване и трениране на емпатична способност. Съобразно с това схващане емпатията може да се изследва в пет направления: коректно отключване на невербални послания; преживяване еднакви с други индивиди емоции; спохождане на подобни мисли и спомени; възникване на сходни физиологични реакции (пулсова честота, скованост, потиснатост, влажни длани, и пр.); коректно отключване на подпомагачи или подкрепящи импулси за противодействие.

Многобройните и нееднозначни по своя смисъл дефиниции на емпатията като конструкт, в чийто недра постепенно се поражда и се въздига компонентът **несигурност**, предполагат съставянето на валидизирани модели, изходна база за извеждане на действени и надеждни измервания на емпатията. Предложени са психологически подходи и

тестове за изследване, измежду които като специфични за приложение в палиативната медицина се откроява т. нар. "Interpersonal Reactivity Index" на Марк Давис (1983), състоящ се от четири скали, определящи способността за: а) вграждане като актьор във фиктивни ситуации и адекватното им отреагиране —> *fantasy scale*; б) разбиране на гледната точка на друга личност, т.е. да се възприема светът „с негови очи“ —> *perspective thinking* (когнитивна емпатия); в) симпатия към другите, и способността, да се вгражда в неговите чувства —> *empathy concern* (емоционална емпатия); г) персонална/личностна уязвимост на лица, попаднали в емоционално натоварващи ситуации и *неблагополучия* —> *personal distress* (по 12).

В рамките на актуалните емпирични проучвания към средата на 60-те години с нарастващ темп на преден план се появява комуникационният феномен между лекар-пациент, заемащ централно място сред научните изследвания в тази сфера (13, 14, 15).

Компетенциите на пациента, лишен от постоянния контрол, наблюдения и управление от страна на лекуващия специалист, са доминиращо центрирани и следва да се използват и провокират от лекаря.

Поддържането на съпричастност води до удовлетвореност, съотв. по-добри резултати и възстановяване на пациентите. Извежда се необходимостта от обучение на здравните специалисти за придобиване на комуникативни умения (16, 17).

Относно съществените предпоставки на взаимоотношението лекар-пациент в литературата се налага дълготраен консенсус (18, 19). Открояват се **три** предпоставки: създаване и установяване на оптимален интерперсонален контекст; обмен на информация; вземане на медицинско решение.

Взаимоотношенията лекар-пациент се възприемат като способ за сценично **виртуално възпроизвеждане на съвкупните модели на човешките релации** на пациентите и познанията на лекаря за конфликтното състояние и психодинамиката на болния. Емпатията е повече от отговор на изпитваното физическо или душевно страдание; тя се явява като мотив за **пресътворяване** личността на другия.

Съществен принос в тази сфера е открит в дисертационен труд на Ch. Rebensburg (2009), посветен на емпатичната интерактивност в амбулаторния прием на общопрактикуващите лекари при диагностиката на соматични заболявания и психологични състояния.

Факторът **несигурност** не може да бъде елиминиран от медицинската практика. Стои открит въпросът – как да се отнасят лекарите към него и как би следвало да реагират спрямо пациентите си, както и при почти неотменното му присъствие. Weckbecker K. (2023) заема позиция в посока на *толерантност* (по Bulbak R, 2023). Изхожда се от позицията, че несигурността е неотменна част от дейността в общата медицинска практика. Величината на несигурността зависи и от самия пациент. В сравнение със специализираната медицинска помощ, ОПЛ функционира в сферата на **неселектирано пациентско обкръжение** и този факт дефинира Общата медицина като специалност.

Разликите спрямо другите специалности са в **степените** на несигурност. Така напр. кардиологът работи със селектирани пациенти; от тази позиция той може на намали риска от инфаркт, но не и да изключи настъпването му. Онкологът борави с данни за леталитета, които при определени туморни локализации са различни, но за *съответния пациент* те винаги са равни на 100%. Тази особеност на несигурността е твърде характерна за общата медицина, но е проблем за медицината като цяло.

Относно въпросът, къде основно е локализиран проблемът за несигурността – в диагнозата, терапията или прогнозата, отговорът за пациента е ситуиран винаги в **прогнозата**. Така например при установяване на предсърдно мъждеене, отговорът на кардиолога би бил евент. 6% вероятност за мозъчен инсулт. Но не е известно, дали конкретният болен ще попадне в 94% или 6%. Може да се обсъждат само вероятности, но не и гаранции.

Обособено е **тризвучие**: осъзнаване на несигурността, приемане/акцентиране и комуникиране. Основополагащо е пациентът да е транспарантен, осъзнат, осветлен за нея, но в позитивния смисъл. Така например лекарят заключава: *„съгласно моето виждане понастоящем, съм доста сигурен, че може да се касае за възпаление на пикочния мехур. Но вероятностният резултат в следващите дни е състоянието да Ви се подобри. Ако не се случи, моля посетете ме отново.“* В общата медицина почти винаги е налице съобразяване с нещо, което съответства на определена диагноза, но може да касае и *нещо друго*. Задава се и въпросът, дали несигурността не е свързана с известна доза безпомощност или некомпетентност.

Пациентите би трябвало да знаят, че лекарите не са безгрешни. В случая следва да се назначат допълнителни изследвания, вкл. с антитуморни маркери. Отговорът на д-р Weckbecker гласи: *„сигурен съм в несигурността си“*.

За редуциране на несигурността определено допринасят търпеливото и внимателно снемане на анамнезата, обективния физикален преглед, с оглед вероятността за прецизиране и уточняване на претестовото състояние на организма, следвано от целеви тестове. Препоръчва се несигурността да не се прикрива, а да се обясни и формулира като част от лекарската дейност. Тя следва да се осъзнава и приема и като съставна част на комуникацията. Налице е комплексен подход: осъзнаване на несигурността и споделянето ѝ с пациента; приемането ѝ, и комуникация по проблема. Или: *„Медицината не е точна наука“*. Необходимо е и доколкото е възможно ОПЛ максимално да осмисли, евентуално да се дистанцира от несигурността, да се консултира с колеги и проведе следдипломно обучение с цел усъвършенстване.

Изследвания демонстрират, че несигурността провокира безпокойство, тревога и страх, както и уязвимост и отбягване вземането на решения. Стресът в резултат на несигурността се разпознава като обичаен пътеводител на бърнаут в здравното обслужване (20,21).

В обсега на палиативната медицина емпатичната интерактивност се явява ключов компонент за овладяване на психоемоционалните реакции при управление на прогностично-негативната истина. Обменът на негативна информация е съществен и сложен по своята същност интервенционен подход в общуването лекар-пациент. Процесът на предоставяне на прогностично негативна информация изисква не само комуникативни компетенции, но и дозирана реакция спрямо потребностите и емоционалното състояние на болния, както и адекватно съотнасяне към собствените чувства и представи от страна на медика. Следва да се има предвид и въвличането на дилемната ситуация за вдъхване надежда там, където тя вече не съществува (23).

Заключение

Вграждането на ключови послания в рамките на взаимоотношението общопрактикуващ лекар-пациент е комплексен

и същевременно отворен динамичен процес, изискващ адаптиране и обогатяване с параметри от верски, етнически и социален характер, както и неотменното присъствие на фактори от психологическо, духовно и биоетично естество. В така обособеното интерактивно пространство се откроява феноменът с две лица: **Несигурността** – властелин на комуникацията от една страна, и и не толкова противоречив и двойствен от друга, а конструиран и предопределен като залог за **доверие** в сложната емпатична система общопрактикуващ/фамилен лекар–неселектиран пациент на ниво обща медицинска практика.

Библиография

- Ekman P. Emotional and conversational nonverbal signals. In Language, knowledge, and representation: Proceedings of the sixth international colloquium on cognitive science (ICCS-99) 2004 (pp. 39-50). Springer Netherlands.
- Körner J. Einfühlung: Über Empathie. In Forum der Psychoanalyse 1998 Mar 1 (Vol. 14, No. 1, pp. 1-17). Springer Berlin/Heidelberg.
- Badea L, Pană NA. The Role of Empathy in Developing the Leader's Emotional Intelligence. Theoretical & Applied Economics. 2010 Feb 1;17(2).
- Bratitsis T, Ziannas P. From early childhood to special education: Interactive digital storytelling as a coaching approach for fostering social empathy. Procedia Computer Science. 2015 Jan 1;67:231-40.
- Segal EA. Social empathy: A model built on empathy, contextual understanding, and social responsibility that promotes social justice. Journal of social service research. 2011 Apr 26;37(3):266-77.
- Lawrence EJ, Shaw P, Baker D, Baron-Cohen S, David AS. Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. Psychological medicine. 2004 Jul;34(5):911-20.
- Leslie AM. Theory of Mind" as a Mechanism of Selective Attention. Trends in Cognitive Sciences. 2004;12(8):528-33.
- Derksen F, Bensing J, Kuiper S, van Meerendonk M, & Lagro-Janssen A. Empathy: what does it mean for GPs? A qualitative study. Family practice, 2015, 32(1):94-100.
- O'Riordan M, Dahinden A, Aktürk Z, Ortiz JMB, Dagdeviren N, Elwyn G, ... & Thesen J. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. Quality in Primary Care, 2011,19(3), 175.
- Spreng RN, McKinnon MC, Mar RA, Levine B. The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. Journal of personality assessment. 2009 Jan 1;91(1):62-71.
- Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. Journal of personality and social psychology. 1983 Jan;44(1):113.
- Mihaylova V, Liochkova M, Bivolarski I, Tarnovska M, Shopov D, & Alakidi A. Towards Activation Of The Empathic Resources During Terminal Care—An Art And/Or A Necessity?. Journal of IMAB—Annual Proceeding Scientific Papers, 2021, 27(1): 3593-3597.
- Rogers CR. A theory of therapy, personality and interpersonal relationship as developed in the client centred framework. In Koch S (Ed) Psychology: a study of science, Vol III. Mc Graw Hill, New York, 1959.
- Truax CB. A scale for the measurement of accurate empathy. Psychiatric Institute Bulletin 1: 12, 1961.
- Wilmer HA. The doctor-patient relationship and the issues of pity, sympathy and empathy. British Journal of Medical Psychology. 1968 Sep;41(3):243-8.
- Geranova, Zh., T. Dimitrov, The manifestation of empathy and its development during the training of healthcare specialists, International journal Knowledge, Skopje, 2019,30(3): 959-962.
- Geranova J, Dimitrov T, Dimitrov Ev. Necessity of communication skills training of medical nurses as a post graduate education, Medical sciences KNOWLEDGE IN PRACTIS, Skopje, 2017, 20(4): 1879-1881.
- Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. The Journal of the American Board of Family Practice. 2002 Jan 1;15(1):25-38.
- Reynolds WJ, Scott B. Empathy and quality of care. British Journal of General Practice. 2002;52:9-13; Tarrant C et al. Qualitative study of the meaning of personal care in general practice. BMJ 2003, 326:1310.
- Begin AS, Hidrue M, Lehrhoff S, Del Carmen MG, Armstrong K, & Wasfy JH. Factors associated with physician tolerance of uncertainty: an observational study. Journal of general internal medicine, 2022,37(6):1415-1421.
- Kitova-John M, Tsigarovski G, Kitov B. Risk factors for the development of burnout syndrome by medical specialists. General Medicine. 2020; 22(3): 73-79.
- Bublak R. Offene Kommunikation schafft Vertrauen. MMW - Fortschritte der Medizin 165, 14–15 (2023).
- Rebensburg Ch. Gefühlsbezogene und Psychosomatischer Erkrankungen. Disseratation zur Erlangung des Grades Doctor der Medizin, 2009.
- Михайлова-Алакиди В, Лъчкова М. Негативната информация при комуникацията с пациента – подходи за управление. сп."Социална медицина",3/2012: 27-34.