

Міністерство охорони здоров'я України  
Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського

# **МЕДСЕСТРИНСТВО**

**УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ**

Ministry of Public Health of Ukraine  
Ternopil State Medical University  
named after I.Ya. Horbachevsky

# **NURSING**

**UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL**

**4/2008**

# МЕДСЕСТРИНСТВО

---

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

---

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

### Головний редактор

Чернишенко Т.І.

### Заступник головного редактора

Ковальчук Л.Я.

### Заступник головного редактора

Ястремська С.О.

Білик Л.С.

Брянцев О.М.

Галіяш Н.Б. – відповідальний редактор

Господарський І.Я.

Губенко І.Я.

Мазур П.Є.

Марценюк В.П.

Мисула І.Р.

Панченко М.С.

Ревчук Н.Б. – відповідальний секретар

Швидкий О.В.

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

Жиліна Г.Є. (Київ)

Івашко Г.М. (Київ)

Красножон Л.М. (Київ)

Мамикіна Л.С. (АР Крим)

Пірогова В.І. (Львів)

Сабадишин Р.О. (Рівне)

Угарьова З.С. (Донецьк)

Шатило В.Й. (Житомир)

Шегедин М.Б. (Львів)

Свідоцтво про державну реєстрацію  
КВ № 11751-622Р від 15.09.06 р.

### АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

**Журнал “Медсестринство”**

**ТДМУ імені І.Я. Горбачевського**

**Майдан Волі, 1**

**м. Тернопіль, 46001**

**УКРАЇНА**

**Тел.: (0352) 43-49-56**

**Факс: (0352) 52-80-09**

**<http://www.tdmu.edu.te.ua>**

Затверджено вченою радою  
Тернопільського державного медичного  
університету імені І.Я. Горбачевського  
(протокол №5 від 25. 11 .2008 р.)

© Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського

© Науково-практичний журнал “Медсестринство”

---

Редагування і коректура	Мельник Л.В.
Технічний редактор	Демчишин С.Т.
Комп'ютерне верстання	Пухальська О.І.
Оформлення обкладинки	Кушик П.С.

Підп. до друку 22.12.2008 Формат 60x84/8.  
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет№1  
Ум. друк. арк. 4,19. Обл.-вид.арк. 3,26  
Тираж 600. Зам. № 316.

Оригінал-макет підготовлено  
у відділі комп'ютерної верстки  
Тернопільського державного медичного  
університету імені І.Я. Горбачевського  
Надруковано в друкарні  
Тернопільського державного медичного  
університету імені І.Я. Горбачевського  
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

---

## ЗМІСТ

- Гейл Кастерлайн, Н.О. Ліщенко,  
І.В. Яворська*  
Південна Кароліна–Україна.  
Нові напрямки роботи та перспективи на  
майбутнє **4**
- Т.І. Чернишенко, І.Р. Мисула,  
Н.Б. Галіяш*  
Професійні профілі та рівні медичних  
працівників у хоспісах та будинках  
сестринського догляду (із досвіду  
Нідерландів) **7**
- І. Р. Мисула, В.Б. Коваль,  
С.О. Ястремська, Л.В. Левицька,  
В.Г. Левенець*  
Найсильніший ворог остеохондрозу – це **11**  
профілактика
- О.Є. Федорців, О.М. Шулгай,  
Т.О. Воронцова*  
Особливості підготовки медичних сестер  
– бакалаврів на кафедрі педіатрії **16**
- С.О. Ястремська, І.Я. Господарський,  
О.М. Прокопів*  
Реформа медичної освіти в Україні та стан  
підготовки медичних сестер **19**
- С.О. Коноваленко*  
Основні види ускладнень при пораненнях  
та їх профілактика **22**
- О.О. Склярєва*  
Перитонеальний діаліз як можливість  
соціальної реабілітації хворих в  
термінальній стадії хронічної ниркової  
недостатності **27**
- С.О. Ястремська*  
Роль медичної сестри в догляді і підтримці **30**  
ВІЛ-інфікованих пацієнтів
- Сучасні технології профілактики  
госпітальної інфекції – “Лізоформ” **33**

## CONTENTS

- Gayle Casterline, N.O. Lishchenko,  
I.V. Yavorska*  
From South Carolina to Ukraine.  
New trends in cooperation and future  
perspectives. **4**
- T. I. Chernyshenko, I.R Mysula,  
N.B. Haliyash*  
Professional profiles and levels of medical  
specialists in palliative care and nursing  
home from the experience of Netherlands **7**
- I.R. Mysyla, V.B. Koval, S.O. Yastremska,  
L.V. Levytska, V.H. Levenets*  
Prophylaxis is the strongest enemy of  
osteocondrosis **11**
- O.Ye. Fedortsiv, O.M. Shulhay,  
T.O. Vorontsova*  
Features of nurses-bachelors' training  
At the department of pediatrics **16**
- S.O. Yastremska, I.Ya. Hospodarsky,  
O.M. Prokopiv*  
Reforming of medical education in Ukraine  
and current state of nurses training **19**
- S.O. Konovalenko*  
Main types of complications during  
traumas and their prophylaxis **22**
- O.O. Sklyarova*  
Peritoneal dialysis as a possibility of social  
rehabilitation of patients in terminal stage  
of chronic renal insufficiency **27**
- S.O. Yastremska*  
The role of a nurse in HIV-patient  
treatment and care **30**
- Modern technologies of prevention of  
hospital infections – “lisoform” **33**

УДК 614.253.5:37(73)

**ПІВДЕННА КАРОЛІНА–УКРАЇНА.  
НОВІ НАПРЯМКИ РОБОТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ НА МАЙБУТНЄ**

**Гейл Кастерлайн, Н.О. Ліщенко, І.В. Яворська**

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
Медсестринська школа Мері Блек, штат Південна Кароліна (США)*

У статті висвітлюються нові аспекти розвитку взаємовідносин між Тернопільським державним медичним університетом та Медсестринською школою Мері Блек, штат Південна Кароліна (США).

**FROM SOUTH CAROLINA TO UKRAINE.  
NEW TRENDS IN COOPERATION AND FUTURE PERSPECTIVES.**

**Gayle Casterline, N.O. Lishchenko, I.V. Yavorska**

*Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky  
Mary Black Nursing School, South Carolina (USA)*

The article is dedicated to the new aspects of cooperation development between Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky and Mary Black Nursing School, South Carolina (USA).

**Introduction.**

Over the past three years, the Mary Black School of Nursing at the University of South Carolina Upstate has developed a close relationship with the Ternopil State Medical University (TSMU) School of Nursing in Ternopil, Ukraine. Professors and instructors have participated in exchanges, classes and teaching methods have been observed, deans and chancellors from both institutions have visited at length in each other's countries, enabling a friendship – on a personal, professional and institutional level – to flourish.

**Main part.**

While the relationship between the two universities is still young, Kr. Gayle Casterline, associate dean for the Mary Black School of Nursing, and Kr. Nataliya Lishchenko, formerly the director of the School of Nursing at TSMU, and now an instructor of nursing at USC Upstate, see great promise for the exchange of nursing ideas, theory,

**Вступ.** Протягом останніх трьох років Медсестринська школа Мері Блек Університету Південна Кароліна створює тісні взаємовідносини з Міжнародною медсестринською школою Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського. Професори та викладачі беруть участь у програмах обміну, вивчають нові методики ведення лекційних та практичних занять. Декани та директори обох закладів відвідують з офіційними візитами країни-учасниці програми обміну, зміцнюючи співпрацю на професійному та освітньому рівнях.

**Основна частина.** Оскільки взаємовідносини двох університетів ще на стадії становлення, пані Гейл Кастерлайн, заступник декана Медсестринської школи Мері Блек і пані Наталя Ліщенко, в минулому директор інституту медсестринства ТДМУ, а на даний момент викладач медсестринства школи Мері Блек, бачать великі перспективи обміну ідеями, теоретичним та практичним досвідом між двома закладами.

© Гейл Кастерлайн, Н.О. Ліщенко, І.В. Яворська, 2008

and practical experiences between the two institutions.

They are fresh from a conference held June 5 and 6 in Ternopil at the School of Nursing – the Fourth Annual Ukrainian International Nursing Conference with the theme “Philosophy in Nursing” – at which Kr. Casterline presented on “The Philosophy of Caring Theory.” More than 150 delegates from 120 Ukrainian nursing schools, clinics and hospitals from all over the country attended. She was overwhelmed at the interest and enthusiasm that the nursing students, nurses and faculty had for her presentation.

“Presenting the philosophy of caring theory was an unveiling of new information – new words, phrases and names – but they knew what it was all about ... It addresses the heart and soul of nursing,” says Casterline. She says that after the presentation, she was asked dozens of questions by her Ukrainian nursing colleagues who felt Casterline and Watson had put into words the very thoughts they were having about their profession.

The theory, developed by Kr. Jean Watson, is used by clinical nurses and academic programs worldwide. It addresses the nurse’s ability to connect on a “transpersonal spirit-to-spirit level ... through the use of movements, gestures, facial expressions, procedures, information, touch, sound, verbal expressions and other scientific, technical, aesthetic, and human means of communication,” according to Kr. Watson’s Web site at the University of Colorado, where she is a distinguished professor of nursing.

“While nurses do need technical skills,” says Casterline, “they also need people skills because the core of nursing is about being able to connect with patients in a human way – connecting spirit-to-spirit – all of which enhances healing for the patient.”

Before and after the two-day conference, Casterline and Lishchenko visited adult and children’s hospitals, other nursing schools, physical therapy programs, and a breastfeeding expert. Casterline was excited to be with Lishchenko in her native country as she was able to give her the Ukrainian perspective on changes within that country’s health care system.

“The technical level of care is higher in the United States and the assessment skills are more intense,” says Lishchenko, “but big reform is underway in Ukraine as it moves away from the Soviet model.”

One important reform taking place within the Ukrainian nursing field is the establishment of a

Ще свіжі враження від конференції, яка проходила 5 та 6 червня в Тернополі Четверта щорічна міжнародна медсестринська Конференція на тему: “Філософія сестринської справи”, на якій Гейл Кастерлайн презентувала доповідь: “Теорії медсестринського догляду та їх роль у практичному медсестринстві США.” Більш ніж 150 представників з 120 українських медсестринських шкіл, лікарень та клінік відвідали даний захід.

“Представлення теорії сестринського догляду було, наче відкриттям чогось нового – нові висловлювання, фрази та імена, проте всі розуміли про що йдеться...” – зазначила пані Кастерлайн.

Теорія, розроблена пані Ватсон, широко використовується в навчальних програмах медсестер в усьому світі. Розрахована на здатність медсестри спілкуватись на міжособистісному духовному рівні шляхом використання жестів, міміки, дотику, звуків, вербальних виразів та інших наукових, технічних, естетичних засобів спілкування, відповідно до даних веб-сторінки пані Ватсон (Університет Колорадо), де вона отримала посаду професора медсестринства.

“Тоді, коли медсестри потребують практичних навичок, – зазначила пані Кастерлайн, – вони також потребують гуманних навичок, оскільки ядро медсестринства – це здатність спілкування на духовному рівні що покращує одужання пацієнта.”

Перед та після дводенної конференції, представники двох сторін відвідали шпиталі для дорослих та дітей, медсестринські школи та школу грудного вигодовування, ознайомилися з програмами фізіотерапії. Пані Кастерлайн мала змогу окреслити перспективи змін системи охорони здоров’я України.

Н. Ліщенко зазначила, що технічно в Сполучених Штатах рівень допомоги є значно вищий і практичні навички більші, проте Україну очікують великі зміни. Однією з важливих реформ, які відбуваються в українській медсестринській освіті, є впровадження магістерського ступеня в програмі 2008-2009 навчального року. Дана програма допоможе у підготовці нових викладачів, які матимуть медсестринську освіту та навчатимуть майбутніх медсестер, тому що тільки медична сестра може навчити студентів як стати хорошим спеціалістом.” Також Н. Ліщенко зауважує, що сьогодні в українській системі медсестри прирівнюються до помічника лікаря в Америці, “що просто виконує вказівки лікаря.” Проте після реформування системи вона сподівається

nursing master's degree program in the 2008-2009 academic year. The program will prepare a new generation of instructors and professors who are nurses to teach other nurses, because, says Lishchenko, "only a nurse can teach students how to become a good nurse." Lishchenko says that in the Ukrainian system now, nurses are the equivalent of a physician's assistant in America, "who simply follow a physician's orders." But after the reforms take hold within the system, she hopes to see the establishment of nursing as a separate independent professional unit within a hospital, similar to American hospitals.

A second important reform is the formation of the Ukrainian Nurses Association under the leadership of Ms. Tatyana Chernyshenko, who is a member of Ministry of Public Health of Ukraine and a true leader for all Ukrainian Nurses. Similar to the American model of the American Nurses Association, the Ukrainian Nurses Association will be able to lobby for better salary, access to better education, address the nursing shortage, and ultimately lead to an improvement in the status of nursing practice.

**Conclusion:**

"We've made a very important international connection," says Casterline, who adds that one of the Mary Black School of Nursing's long term goals is to direct attention to the "transcultural global focus of nursing here at USC Upstate." Krs. Casterline and Lishchenko have already made an important start and will be sharing their story in a presentation before the Southern Nursing Research Society conference to be held in Baltimore in February 2009. Additionally five USC Upstate nursing students have signed up for summer study in Ukraine in 2009.

побачити становлення медсестринства як окремого незалежного професійного підрозділу лікарні на зразок американських госпіталів.

Наступною важливою реформою є організація Асоціації медсестер України під керівництвом пані Тетяни Чернишенко, яка є членом Міністерства охорони здоров'я України та дійсним керівником медсестер України. Як і в американській моделі медсестринської асоціації, українська повинна вимагати вищих зарплат, кращої освіти, корегувати нестачу медсестер, що автоматично сприятиме покращенню сестринської практики.

**Висновки.** Одним з перспективних напрямків роботи медсестринської школи є тісне співробітництво між Україною та США в галузі медсестринства. Створюється дуже важливий міжнародний зв'язок. У подальшому планується поділитися досвідом співпраці на сестринському науковому з'їзді, що проходить у лютому 2009 року в Балтиморі. П'ятеро студентів URC Upstate виявили бажання з 2009 року навчатися в Україні.

## ПРОФЕСІЙНІ ПРОФІЛІ ТА РІВНІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ХОСПІСАХ ТА БУДИНКАХ СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ (ІЗ ДОСВІДУ НІДЕРЛАНДІВ)

Т.І. Чернишенко, І.Р. Мисула\*, Н.Б. Галіяш\*

*МОЗ України*

*\*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського,  
ННІ медсестринства*

---

У статті розкривається досвід системи охорони здоров'я Нідерландів в аспекті організації догляду за людьми похилого віку, а також висвітлюються професійні вимоги за медичним персоналом, що здійснює такий догляд.

---

## PROFESSIONAL PROFILES AND LEVELS OF MEDICAL SPECIALISTS IN PALLIATIVE CARE AND NURSING HOME FROM THE EXPERIENCE OF NETHERLANDS

T.I. Chernyshenko, I.R. Mysula\*, N.B. Haliyash\*

*MPH of Ukraine*

*\* Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky  
Institute of Nursing*

---

The article deals with the experience of public healthcare system of Netherlands in the aspect of elderly care. The professional requirements for medical specialists in palliative and elderly care are emphasized.

---

**Вступ.** В указі Президента України "Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України" і постанові Кабінету Міністрів України № 989 від 2000 р. "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я" одним із важливих пріоритетів є перебудова системи вищої школи з проблеми підготовки кадрів для сімейної медицини на різних етапах навчання [2, 3].

Зокрема, пріоритетними є підготовка кваліфікованих медсестер і медсестер-бакалаврів (з вищою медичною освітою) та розробка й запровадження моделі медсестри-сімейного лікаря, стандартів її роботи, створення інформаційно-навчальних центрів для медсестер, підвищення культури і якості медичного обслуговування населення [1].

**Основна частина.** Сучасні тенденції менеджменту європейських систем охорони здоров'я

визначаються об'єктивними соціально-економічними і демографічними чинниками, а саме: зниженням народжуваності, з одного боку, і зростанням осіб пенсійного віку, з іншого. Особливо актуальними ці проблеми постають в Україні, де наразі здійснюються системні реформи практично у всіх галузях народного господарства, у тому числі й у сфері медичного обслуговування населення. Зокрема, це стосується структурної і функціональної реорганізації первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), де ключовими фігурами постають лікар і медична сестра загальної практики сімейної медицини [4].

У період реформування системи охорони здоров'я України вибір найбільш оптимальної моделі її організації є відповідальним завданням, що стоїть як перед фахівцями в питаннях організації й управління системи охорони здоров'я, так і перед фахівцями органів практичної охорони здоров'я. У цих умовах дуже важливо мати достатній обсяг інформації про досвід

організації й функціонування систем охорони здоров'я в країнах, де ефективність діючої системи охорони здоров'я очевидна як у вирішенні соціальних завдань із зміцнення й підтримки здоров'я нації, так і в реалізації гуманістичних принципів медичної й соціальної підтримки найужденніших членів суспільства. У цьому плані досвід Нідерландів у створенні чітко продуманої й добре налагодженої системи охорони здоров'я населення представляє для України величезний науковий і практичний інтерес [5].

Саме для ознайомлення із організацією підготовки кадрів для сімейної медицини та вивчення системи та рівнів догляду за людьми похилого віку королівство Нідерланди 7-12 квітня 2008 року відвідала українська делегація у складі представників МОЗ України – голови департаменту кадрової політики М.В. Банчука, його заступника проф. О.П. Волосовця, головного спеціаліста МОЗ Т.І. Чернишенко, ректора ТДМУ, член-кор. АМН України, проф. Л.Я. Ковальчука, першого проректора, проф. І.Р. Мисули, асистента кафедри загального догляду за хворими Н.Б. Галіяш. Також Україну представляли ректори Одеського та Кримського ДМУ, президент національної асоціації медичних сестер України, координатори проекту в регіонах.

У королівстві Нідерланди догляд за людьми похилого віку здійснюється у таких закладах:

- денні центри догляду за людьми похилого віку, які проживають у сільській місцевості;
- будинки догляду за людьми похилого віку;
- будинки медсестринського догляду;
- хоспіси.

Ці заклади відрізняються рівнем догляду, який надається їх підопічним. Зазначені заклади забезпечують догляд не тільки тим, хто перебуває у них постійно, але й обслуговують людей похилого віку, які проживають поблизу. У денних центрах догляду за людьми похилого віку, які проживають у сільській місцевості та будинках догляду за людьми похилого віку, перебувають люди старше 60 років, які потребують догляду з фізичних чи інших причин. У будинках сестринського догляду та хоспісах можуть перебувати люди молодше 60 років, але які потребують більш інтенсивного, власне медичного, догляду.

Головне у зазначених закладах – це дружнє середовище, щоб людина відчувала себе безпечно.

Лікування та догляд у таких будинках, перш за все, забезпечують "незалежність у залежності"

– дозволяють людям, які є залежними від сторонньої допомоги, зберігати максимально можливу незалежність як у виконанні щоденних навиків гігієни та самообслуговування, так і в прийнятті рішень.

Факторами, які дозволяють це забезпечити, є:

- Підтримка автономності та гідності клієнта:
  - позитивне професійне ставлення медперсоналу;
  - невідривна робота персоналу і зі здоровими людьми похилого віку;
  - підвищення кваліфікації персоналу шляхом безперервної освіти та професійних тренінгів.
- Інформаційне забезпечення.
- Культурна підтримка.

Власне, від особливостей та рівня надаваних послуг і обумовлюються вимоги до медперсоналу, який тут працює.

Особливістю послуг, що надаються в будинках сестринського догляду, є те, що ці послуги мають різну спрямованість:

- По-перше, це є реабілітація людей похилого віку після оперативних втручань, важкого захворювання тощо. Такі клієнти перебувають тут протягом, як правило, нетривалого періоду, і після покращення стану, повернення навичок самообслуговування повертаються додому.

- По-друге, це є забезпечення денного догляду за людьми, які внаслідок певних захворювань не можуть залишатися наодинці вдома, коли їх опікуни йдуть на роботу.

- Ще одна важлива спрямованість будинків сестринського догляду – забезпечувати догляд за пацієнтами із хронічними психічними розладами.

- І, безумовно, догляд за пацієнтами з хронічними фізичними захворюваннями, які потребують постійного професійного медичного догляду.

Залежно від складності послуг, що надаються, розрізняють три рівні догляду:

– Низький рівень догляду включає в себе забезпечення допомоги в побуті та асистенція у виконанні навиків гігієни та самообслуговування. Його забезпечують *care workers* – доглядальники, волонтери, молодші медсестри (рівня 2 чи 3). Медсестра вищого рівня тут може виступати у ролі консультанта.

– Середній рівень догляду полягає не лише в наданні допомоги у виконанні навиків гігієни та самообслуговування клієнтам в ускладнених умовах (наприклад, годування пацієнта з високим ризиком аспірації), але й у виконанні власне мед-



сестринських втручань (роздача ліків, ін'єкції тощо). Його можуть надавати молодші медсестри (рівня 2 чи 3), волонтери, медсестри (рівня 3 чи 4).

– Догляд високого рівня обумовлює виконання складних медсестринських втручань (наприклад проведення оксигенотерапії), які потребують хорошої професійної підготовки та забезпечуються роботою медсестер 5 рівня.

Власне від цих рівнів догляду і залежать професійні профелі (ролі та обов'язки) середніх медичних працівників. Так, у Нідерландах існує 5 рівнів медсестер:

1-й рівень – це власне не медсестра, а соціальний робітник, в обов'язки якого входить допомога клієнту в побуті;

2-й рівень – це медсестра, яка надає базовий догляд (гігієна, годування, перевдягання, перестилання ліжка тощо);

3-й рівень – це вже "справжня" медсестра, яка забезпечує виконання медсестринських маніпуляцій;

4-й рівень – це медсестра-бакалавр, яка має право виконувати медсестринські маніпуляції у тяжкохворих та працювати у відділеннях інтенсивної терапії чи на дому;

5-й рівень – це медсестра-магістр, в обов'язки якої входить ведення неускладнених хворих певних категорій (з призначенням лікування) як, наприклад, хворі на цукровий діабет, ВІЛ/СНІД, хронічні обструктивні захворювання легень.

Оскільки сьогодні в Україні відбувається становлення сімейної медицини як основної меделі первинної медико-санітарної допомоги, а медсестра може і має право бути ключовою фігурою цієї системи, то ж вивчення досвіду Нідерландів є надзвичайно важливим. І на основі вивченого ми пропонуємо на розгляд таку систему рівнів середніх медпрацівників для впровадження в практику сімейної медицини.

Оскільки цільовими категоріями населення в межах ПМСД є:

- діти та підлітки;
- люди з хронічними захворюваннями;
- пацієнти з психічними розладами;
- люди похилого віку;
- особи з наркотичною чи алкогольною залежністю, то МЕДСЕСТРА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ повинна мати навички роботи саме з цими групами населення.

У межах кожної з цільових груп населення медсестри повинні виконувати такі професійні обов'язки (ролі):

- Надання комплексного догляду, спрямованого на пацієнта/ клієнта.

- Пропаганда здорового способу життя (санітарно-просвітницька, виховна робота, попередження захворювань, сприяння активному довголіттю тощо).

- Планування / програмування догляду як індивідуального, так і на рівні громад.

- Тренерство / забезпечення навчання колег, підлеглих, соціальних робітників, волонтерів.

- Соціальна та психо-емоційна підтримка (well-being благополуччя).

- Розвиток власної професії (професіоналізація).  
Догляд за людьми похилого віку є невід'ємною складовою сімейного медсестринства.

#### **Місце роботи медсестри сімейної медицини:**

- Амбулаторія сімейного лікаря.
- Будинки догляду за людьми похилого віку (інтернати, пансіонати), лікарні сестринського догляду, амбулаторні відділення.

- Вважаємо, що слід законодавчо закріпити необхідність проходження спеціальних курсів підвищення кваліфікації для роботи на цих посадах.

#### **Рівні догляду в сімейному / громадському медсестринстві**

1. Низький рівень догляду:
  - Професійні обов'язки / ролі
    - o Забезпечення соціальної підтримки та захисту
    - o Представлення одиноких та немічних людей в урядових організаціях
    - o Допомога у щоденному житті (прибирання, куховаріння, покупки тощо)
    - o Забезпечення базового догляду (гігієна, пересування, годування тощо)
  - Дві професії:
    - o Соціальний робітник
    - o Молодша медсестра із догляду – взяти на підготовку в медучилища та коледжі
2. Другий рівень:
  - Професійні обов'язки / ролі :
    - o Обстеження, планування та забезпечення комплексного медсестринського догляду, спрямованого на пацієнта / клієнта
    - o Навчання працівників нижчого рівня
    - o Інформування про ускладнені випадки, спеціальні потреби
  - Дипломована медсестра, яка проходить нетривалий курс спеціалізації на сімейну медицину
3. Третій рівень:
  - Професійні обов'язки / ролі

о Планування та контроль комплексного медсестринського догляду, спрямованого на пацієнта / клієнта

о Планування / програмування догляду на рівні громад

о Пропаганда здорового способу життя (санітарно-просвітницька, виховна робота, попередження захворювань, сприяння активному довголіттю тощо)

о Тренерство / забезпечення навчання колег, підлеглих, соціальних робітників, волонтерів

о Соціальна та психо-емоційна підтримка (well-being благополуччя)

о Розвиток власної професії (професіоналізація)

• Медсестра-бакалавр

4. Майбутнє – Четвертий рівень – Практикуюча медсестра

о Nurse-led clinics – медсестринські клініки

о Медсестринський догляд з можливістю медикаментозого контролю певних категорій хворих (СОРК, ВІЛ-інфіковані, діабетики, пацієнти з психічними розладами)

о Клінічне керівництво (якість медсестринського догляду)

о Науково-дослідницька діяльність та освіта

• Медсестра-магістр

**Висновки.** 1. Для розвитку медсестринської професії дуже важливим є вивчення міжнародного досвіду і запозичення з практики інших країн раціональні зерна для впровадження у власну систему охорони здоров'я.

2. Створення чітких рівнів медсестер із розумним розподілом професійних обов'язків сприятиме підвищенню відповідальності кожного працівника на певній посаді, ефективному використанню кадрових ресурсів та зменшенню вартості медичних послуг.

3. Для приваблення більшої кількості молодих людей в медсестринство необхідні два важливих фактори – хороша зарплата та можливість кар'єрного росту. Введення рівнів із різними освітніми вимогами та, відповідно, оплатою праці даватиме нові професійні можливості для українських медсестер.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Борисенко О.В. Проблемні питання підготовки фахівців сімейної медицини // Медична освіта. – 2007. – №1. – С. 16-19.

2. Постанова Кабінету Міністрів України 20.06.2000 року № 989 "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в системі охорони здоров'я".

3. Указ Президента України "Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України".

4. Лисенко Г.І., Бразалій Л.П., Губенко І.Я., Дроботенко В.А. Співпраця сімейного лікаря та медичної сестри в умовах реформування первинної медико-санітарної допомоги // Сімейна медицина. – 2008. – № 2. – С. 41-44.

5. Пасенюк Т.А., Аряєв Н.Л. Роль проектів "MATRA" у реформуванні первинної медико-санітарної допомоги в Україні // Медсестринство. – 2007. – № 2. – С. 6-12.

## НАЙСИЛЬНІШИЙ ВОРОГ ОСТЕОХОНДРОЗУ – ЦЕ ПРОФІЛАКТИКА

**І. Р. Мисула, В.Б. Коваль, С.О. Ястремська,  
Л.В. Левицька, В.Г. Левенець**

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

У статті висвітлені особливості профілактики остеохондрозу.

Кожна частина людського тіла, що не перебуває в русі, зазнає за законами природи дегенерації та атрофії, а це, в свою чергу, сприяє різним патологічним відхиленням в організмі, захворюванням. З іншого боку, якщо надмірно навантажити хребет, то він відповість втомою і болем.

## PROPHYLAXIS IS THE STRONGEST ENEMY OF OSTEOCHONDROSIS I.R. Mysyla, V.B. Koval, S.O. Yastremska, L.V. Levytska, V.H. Levenets

*Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky*

The peculiarities of prophylaxis of osteochondrosis are shown in the article.

According to the laws of nature each part of the human body, which is not movable, is undergone to degeneration and atrophy, but it, in its turn, promotes different pathological conditions in the organism, diseases. On the other hand, the spine will react with the fatigue and pain in case of excessive physical strains on it.

**Вступ.** Людина настільки здорова й молода, наскільки гнучкий її хребет, твердять йоги. Такій людині ніколи не загрожує біль в спині, і ми можемо не тільки позаздрити їй, але й повчитися не хворіти і не старіти [2, 3].

У дорослої людини хребет складається з 24 вільних хребців: 7 шийних, 12 грудних та 5 поперекових. До складу хребта також входять крижова кістка та копчик. Грудні хребці з'єднуються з ребрами і разом з грудниною утворюють грудну клітку. Хребет в нормі має вигини: шийний та поперековий лордоз (вигин вперед) і грудний та крижовий кіфози (вигин назад). У нормі радіус кривизни вигину хребта повинен бути 2-5 см. Саме завдяки цим вигинам здійснюється одна з основних функцій хребта – амортизаційна, що захищає спинний мозок та внутрішні органи від струшувань та пошкоджень при ходьбі, бігу, стрибках [1, 4-6].

Тіла сусідніх хребців з'єднуються міжхребцевими дисками. Диск складається з фіброзного

кільця, в центрі якого є драглисте ядро. Міжхребцеві диски виконують функцію біологічного амортизатора та забезпечують рухомість хребта.

Вся ця "архітектурна споруда" кріпиться передньою та задньою поздовжніми, поперечними, міжкостистими та надостистою зв'язками. Поверхневі та глибокі м'язи спини утримують хребет у вертикальному положенні, при їх скороченні людина здійснює різноманітні рухи [5, 6].

**Основна частина.** Одна з основних причин захворювань хребта – неправильний спосіб життя. Найперший ворог людського організму – гіподинамія, відсутність руху.

Малорухливість визначена самим стилем сучасного міського життя: ми по кілька, а то й кілька надцять годин сидимо, лише зрідка змінюючи позу, на роботі, за кермом автомобіля або пультом комп'ютера, довге перебування тіла в фізіологічно незручних положеннях хірургів за операційним столом; вдома жінок чекає одноманітне тупцювання на кухні, чоловіків – знову ж сидіння, на цей раз перед телевізором. При цьому кровопостачання тіл хребців та міжхребцевих дисків зменшується майже в 30 разів.

Для багатьох людей, на жаль, ранкова зарядка, п'ятихвилинна фізкультпауза на службі, вечірня прогулянка – це щось на зразок фантазії, вже не кажучи про теніс, лижі, волейбол. Кожна частина людського тіла, що не перебуває в русі, зазнає згідно із законами природи дегенерації та атрофії, а це, в свою чергу, сприяє різним патологічним відхиленням в організмі, захворюванням. З іншого боку, якщо надавати надмірні фізичні навантаження на хребет, то він відповість втому і болем.

І в першому, і в другому випадках відбувається ураження міжхребцевих дисків: деформація, зменшення висоти, можливе навіть їх розшарування. Початковим проявом остеохондрозу є спазм м'язів в паравертебральній ділянці. При натисканні на ці ділянки виникає біль, людина починає відчувати напругу, втому у певних відділах хребта. У подальшому зменшуються міжхребцеві отвори, звідки виходять кровеносні судини та нерви, що викликає затискання судин та патологічне подразнення нервів: виникає так званий корінцевий синдром – відчуття болю у м'язах, за ходом нерва, затерпання кінцівок, людину може морозити. Організм відповідає на біль рефлекторним спазмом – обмежується рухливість ушкодженого відділу хребта. При м'язовому спазмі в ушкодженій ділянці сповільнюється кровообіг, накопичуються недоокислені продукти обміну, що посилює м'язові зміни, тобто утворюється замкнуте коло.

Клінічні прояви остеохондрозу залежать від локалізації процесу. Якщо вражається шийний відділ хребта, можуть турбувати ниючий, стискаючий, пекучий біль в задньому та бокових відділах ший, потилиці, плечах, лопатках; скутість рухів при поворотах голови, вночі нерідко затерпають руки.

Якщо вражений грудний відділ хребта, ймовірний біль в міжлопатковій ділянці, ділянці серця і за грудниною, тоді здається, що болить саме серце. Коли хворобливі зміни зосереджені у поперековому відділі хребта, з'являється біль в попереку, ногах.

**СТАТИКО-ДИНАМІЧНІ ВПРАВИ ДЛЯ ХРЕБТА**  
Кожну вправу повторювати 4-5 разів.



Рис. 1

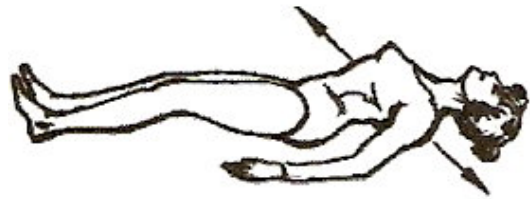


Рис. 2

Лежачи на спині з витягнутими ногами (рис. 1, 2). На глибокому вдиху вигнути догори шию і груди. Затримавши в легенях повітря, похитати спиною з боку на бік 2-6 разів. Зробити вільний видих, втягуючи живіт.

*Вправа активує циркуляцію крові в організмі; зміцнює м'язи спини і тонізує важкодоступні для іншого впливу відділи хребта; має зігрівальну дію на м'язи ший, потилиці, верхньої частини спини.*

Лежачи на спині (рис. 3). Впертися п'ятами та верхньою частиною спини в підлогу. Зробити вдих, прогнутися в попереку. Затримавши повітря, похитати спиною з боку на бік 2-6 разів, з кожним рухом намагаючись увібрати в легені ще трохи повітря. Втягуючи живіт, зробити сильний видих.

*Ефективна при захворюваннях сідничного нерва; усуває біль у спині; викликає зігрівальний ефект і має стимулювальний вплив на поперекову ділянку, сідниці.*



Рис. 3



Рис. 4

Лежачи на спині (рис.4). Потилицею, ліктями та п'ятами впертися в підлогу. Зробивши глибокий вдих, трохи підняти тулуб та вигнути вгору живіт та тулуб. Затримати дихання і похитати тулубом

з боку на бік 2-6 разів. Втягуючи живіт, зробити сильний видих. Утримати втягнуту в себе передню стінку живота 3- 5 с.

Усуває або значно зменшує біль у ділянці шиї, спини, ніг; виправляє сутулість і зміцнює м'язи спини.



Рис. 5

Лежачи на спині долоні підкласти під ягодиці (рис. 5). Зігнути ноги, підтягуючи ступні до ягодиць. Зробити глибокий вдих, затримати дихання з одночасним розведенням колінів в сторони до максимальної величини. Утримати їх в цьому положенні 1-2 с. 2-6 рази похитати колінами в напрямку до підлоги в один та інший бік. З силою видихнути повітря, притискаючи коліна до грудей, після цього поставити ступні на підлогу.

Позбавляє болю в спині; активізує кровообіг і рух енергії печінки, селезінки, шлунка, кишок, жіночих статевих органів, промежини.



Рис. 6



Рис. 7

Лежачи на спині, підтягнути зімкнуті ступні до сідниць, розвести коліна в сторони. Руки вздовж тулуба, дещо розведені (рис. 6, 7). Повний вдих, прогнутися в попереку. Впираючись потилицею,

ліктями та ступнями ніг в підлогу, підняти таз. Затримавши дихання на вдиху, виконати 2-6 похитувань корпусом з боку на бік. Втягуючи живіт, зробити сильний видих.

Масажує органи черевної порожнини; усуває біль у спині; зміцнює поперекові м'язи, міжхребцеві зв'язки; зміцнює м'язи задньої частини стегон, бокові м'язи тулуба та живота; сприяє лікуванню жіночих хвороб.

Лежачи на правому боці, зігнути ноги. Праву ногу відвести назад, лівою рукою зловити за ступню. Ступню лівої ноги поставити на коліно правої, а коліном лівої ноги торкнутися підлоги. Правою рукою взятися за коліно лівої ноги (рис.8). При глибокому вдиху одночасно повернути шийні та грудні хребці у протилежні сторони. Затримавши дихання на вдиху, 2-6 разів прогнутися в хребті. Втягуючи живіт, зробити видих.

Стимулює притік крові до внутрішніх органів; активно впливає на шийні хребці, сухожилля, кровоносні судини, нервові закінчення, гортань.



Рис. 8



Рис. 9

Лежачи на животі, випрямити ноги, руки вздовж тулуба, кисті в кулак (рис. 9, 10). На глибокому вдиху прогнутися в спині, відірвати від підлоги ноги. Руки відвести за спину. Затримати вдих і зробити 2-6 рухів-поворотів вправо-вліво, торкаючись у кожному випадку плечем підлоги. Втягуючи живіт, зробити видих.

Посилює циркуляцію крові в хребті; покращує рухомість хребта; активізує всі м'язові групи спини, сідниць, стегон.



Рис. 10



Рис. 11

Лежачи на животі, впертися ліктями в підлогу, кисті рук на потилиці, ноги зігнути в колінах (рис.11, 12). На глибокому вдиху відкинути голову назад, напружити м'язи живота, підняти живіт від підлоги та сильно прогнутись в попереку. Затримавши дихання на вдиху, виконати 2-6 рухів головою з боку на бік. Втягуючи живіт, зробити видих.

Зміцнює м'язи живота і спини; підвищує рухомість хребта в шийному та поперековому відділах; усуває біль у поперековій ділянці.



Рис. 12

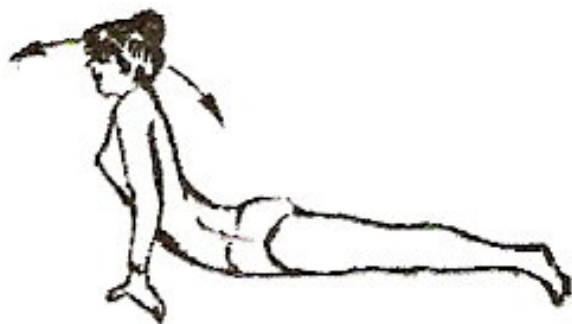


Рис. 13

Лежачи на животі, впертися руками в підлогу на рівні талії (мал. 13). На глибокому вдиху випрямити руки, прогнути спину, відкинути голову назад. Затримавши дихання на вдиху, зробити 2-6 похитувань корпусом і головою вперед-назад. Після повного видиху розвернути тулуб і шийку праворуч, намагаючись побачити п'ятку лівої ноги. Після глибокого вдиху та затримки дихання виконати 2-6 похитувань корпусом вліво. Зробити повний видих, продовжуючи дивитись на п'ятку лівої ноги. Виконати це так само, але з похитуванням корпусу вправо.

Зміцнює м'язи спини, бокових ділянок тулуба; нормалізує циркуляцію крові в ділянці шийки, спини, бокових ділянок тулуба; посилює приплив крові до внутрішніх органів.

Сісти на п'яти, нахилити тулуб вперед, витягнувши руки вперед, торкнутися підборіддям підлоги (рис.14). На глибокому вдиху відвести голову назад, затримати дихання та виконати 2-6 похитувань верхньою частиною тулуба та головою. Втягуючи живіт, зробити видих.

Зміцнює м'язи шийки, потилиці, плечових суглобів, викликає приплив крові до цих ділянок.



Рис. 14



Рис. 15

Сісти на підлогу на одну ногу, другу витягнути назад, випрямленими руками впертися в підлогу (рис.15, 16). На вдиху підняти руки вгору, прогнутися в попереку. Затримати дихання та зробити 2-6 похитувань головою та тулубом впе-

ред-назад. Опускаючи руки до підлоги, зробити сильний видих. Змінити положення ніг та повторити вправу.



Рис. 16

Стати в колінно-ліктьове положення, торкаючись лобом підлоги (рис. 17). Після вдиху затримати дихання і зробити тазом 2-6 похитувань з боку на бік. Втягуючи живіт, зробити видих. Вправу повторити 5-10 разів.

*Запобігає опущенню внутрішніх органів, виникненню грижі, геморою; стимулює приплив*

*Активізує циркуляцію крові в ділянці спини; запобігає виникненню болю в спині; зміцнює суглоби хребта, м'язи спини і таза.*



Рис. 17

*крові до голови, ефективна при нервовому виснаженні; сприяє поглибленню дихання.*

**Висновок.** Найсильніший ворог остеохондрозу – це профілактика. Більше рухайтесь, пам'ятайте: немає таких ліків, які зроблять міжхребцеві диски, м'язи, зв'язки вашого хребта сильними, витривалими й еластичними. Усе це можуть дати тільки фізичні навантаження для рухомості хребта і формування м'язового корсету спини.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Боголюбов В. М., Пономаренко Г. Н. Общая физиотерапия. – М. - СПб.: СЛП, 1997. - 480 с.
2. Немедикаментозні методи лікування та реабілітації / За ред. В.П. Лисенюка. - К., 1999. - 49 с.
3. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М: АОЗТ "Антидор", 1997. - Т. 1. - 224 с.
4. Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника /О. Г. Коган, Н.Р. Шмидт,

А.А. Толстокоров и др. – Новосибирск: Наука, 1983. – 350 с.

5. Functional assessment in rehabilitation medicine / Ed. C.V. Granger, G.E. Gresham. - Baltimore, МК: Williams & Wilkins, 1984. – P. 14-15.

6. Post-stroke rehabilitation: Clinical practice guideline, №16/G. E. Gresham, P.W. Kuncan, W.B. Stason et al. - Rockville, МК: J.S. Department of Health and Human Services, 1995. – 248 p.

УДК 378.32:614.253.52

## ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-БАКАЛАВРІВ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ

О.Є. Федорців, О.М. Шульгай, Т.О. Воронцова

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

У статті висвітлено особливості підготовки медичних сестер-бакалаврів на кафедрі педіатрії Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.

## FEATURES OF NURSES-BACHELORS' TRAINING AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRICS

O.Ye. Fedortsiv, O.M. Shulhay, T.O. Vorontsova

*Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky*

The problems of nurses-bachelors' training at the department of paediatrics of Ternopil State Medical University by I.Ya Horbachevsky are shown in the article.

**Вступ.** Вивчення міжнародного досвіду з питань розвитку медсестринства засвідчує, що рівень підготовки сестринських кадрів впливає на якість та доступність надання медичної допомоги населенню, ефективність використання ресурсів в галузі охорони здоров'я, а також сприяє профілактиці великої кількості захворювань. Підготовка і післядипломна освіта медичних сестер не завжди відповідає рівню європейських стандартів. В багатьох регіонах України в лікувально-профілактичних закладах існує дисбаланс між лікарями і середнім медичним персоналом, спостерігається відтік кваліфікованих сестринських кадрів в інші галузі народного господарства, що збільшує навантаження на середній медичний персонал і породжує невдоволеність медичного персоналу та викликає соціальну напругу. Тому метою реформування підготовки медичних сестер-бакалаврів є формування спеціаліста охорони здоров'я такого рівня, який був би здатний надати висококваліфіковану медичну допомогу всім людям, що її потребують, бути конкурентоздатним на національному та міжнародному ринках праці.

**Основна частина.** На кафедрі педіатрії, згідно з навчальними програмами медичних сестер зі

спеціальності 6.120101 «Сестринська справа-бакалавр», проводиться навчання за декількома дисциплінами: «Ріст і розвиток людини», «Медсестринська етика та деонтологія», «Клінічне медсестринство в педіатрії», «Громадське здоров'я і громадське медсестринство». За цими дисциплінами складені робочі програми, методичні вказівки для проведення практичних занять, підготовлені лекції з мультимедійними презентаціями. На кафедрі, згідно з існуючою навчальною методикою «єдиного дня», тривалість практичного заняття у медичних сестер-бакалаврів складає 7 год (робота з тематичними хворими на практичній частині, обговорення змісту теми та розбір тематичних хворих на семінарській частині), в кінці кожного заняття проводиться контрольне опитування. Найчастіше контрольне опитування передбачає вирішення тестових завдань або відповіді на письмові питання згідно з темою заняття. Підготовка медсестер-бакалаврів за дисциплінами «Клінічне медсестринство в педіатрії», «Громадське здоров'я та громадське медсестринство», «Ріст і розвиток людини» передбачає навчання за широким спектром тем в межах певного напрямку. Це дає можливість студентам за декілька років обрати професію відповідно до ситуації на ринку праці та індивідуальних потреб.

© О.Є. Федорців, О.М. Шульгай, Т.О. Воронцова, 2008



Простежується стійка тенденція збільшення частки бакалаврів, які відразу продовжують навчання за освітніми програмами магістра або спеціаліста.

Медсестринська модель формування медсестри-бакалавра передбачає такі основні вимоги: 1) надання медсестринської допомоги і нагляду; 2) здійснення медсестринського процесу щодо кожного пацієнта індивідуально залежно від його патології. Медсестринський процес при цьому включає в себе такі кроки: оцінка загального стану пацієнта, планування, проведення і оцінку сестринських втручань. Саме відповідно до кроків медсестринського процесу медсестра-бакалавр на практичній частині заняття оглядає пацієнта, проводить пальпацію, перкусію, аускультацию, встановлює медсестринський діагноз, а також планує основні етапи лікування і догляду конкретного тематичного хворого (із включенням основних медсестринських обов'язків та виконання призначень лікаря).

Оскільки дотримання принципів доказової медицини в діагностиці, лікуванні і профілактиці захворювань є найважливішим напрямком підвищення якості надання медичної допомоги населенню, то у впровадженні їх в практику охорони здоров'я беруть участь не лише лікарі, але й медсестри-бакалаври. Від рівня їх підготовки і якості подальшої роботи певною мірою залежить кінцевий результат лікувально-профілактичної допомоги, тому вивчення протоколів надання медичної допомоги на заняттях з «Клінічного медсестринства в педіатрії» є обов'язковим елементом навчання медичних сестер-бакалаврів на нашій кафедрі.

На практичних заняттях значна увага приділяється «медична сестра-дитина-батьки» чи «медична сестра-дорослий пацієнт» із врахуванням особливостей медсестринської етики та деонтології, розставляються основні акценти у взаєминах «медична сестра-лікар», тобто взаємини у медичному колективі. Дуже велике значення має особистість викладача, його взаємини з пацієнтами, ставлення до студентів і бажання донести до них свої знання і вміння.

У 2007 році випущено нову програму з дисципліни «Ріст і розвиток людини», яка інтегрується з такими дисциплінами, як основи профілактичної медицини, гігієни, фізіології, педіатрії, геронтології, закладає основи вивчення студентами медсестринства в хірургії, акушерстві, гінекології, офтальмології, педіатрії, психіатрії. Ця програма

передбачає кредитно-модульне вивчення даної дисципліни відповідно до вимог Болонського процесу. Підсумком вивчення даної дисципліни є диференційований залік за основними питаннями, які висвітлені у міністерській програмі.

Досить цікавою для навчання і обговорення в межах практичного чи лекційного заняття є тематика з дисципліни «Громадське здоров'я та громадське медсестринство». Навчальна програма з даної дисципліни передбачає висвітлення основних завдань громадської медичної сестри-бакалавра в справі збереження, зміцнення і відновлення громадського здоров'я, шляхи їх виконання, первинної та вторинної профілактики найбільш поширених патологічних станів у дітей і дорослих, питання контрацепції, планування сім'ї та запобігання небажаної вагітності. Червоною ниткою через всі заняття проходить головна ідея дисципліни – медицина повинна бути, перш за все, профілактичною, а лікарі і держава повинні слугувати збереженню і зміцненню здоров'я як кожної людини окремо, так і населення в цілому.

Для оцінювання навчальних досягнень медичних сестер-бакалаврів 4 курсу на кафедрі створено банк тестових завдань з дисципліни «Клінічне медсестринство в педіатрії», за якими вони вперше складала комплексний тестовий іспит у Центрі тестування під час зимової сесії. Для цього були використані багатовибіркові тестові завдання, що складаються з умови та списку варіантів відповідей, з яких екзаменовані мусять вибрати найправильнішу відповідь. Даний формат є найбільш уживаним у більшості міжнародних національних тестових системах, тому що забезпечує достатню діагностичну спроможність і найменшу тестову невалідність. Екзамен проводився з використанням єдиних уніфікованих бланків відповідей, обробка бланків відповідей проходила у Центрі тестування. Необхідно сказати, що результати тестування були досить високими, тестові завдання не викликали у студентів труднощів з їх вирішенням. На державному практично орієнтованому випускному іспиті медсестри-бакалаври показали досить високі знання із вивчених дисциплін, чим підтвердили доцільність проведеного навчання і вибраної професії.

**Висновки.** Отже, для отримання кращої якості підготовки та підвищення професійного рівня медичних сестер-бакалаврів є приведення навчального процесу медичних сестер-бакалаврів відповідно до вимог Болонського процесу. Обо-

в'язковими для вивчення медичних сестер-бакалаврів є основи доказової медицини як оптимальний варіант медичної діяльності. А як один із най-

сучасніших джерел отримання знань необхідне більш широке використання у навчальному процесі комп'ютерної мережі Інтернет.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Ковальчук Л.Я. Впровадження нової методики навчального процесу у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського // Медична освіта. – 2007. – №2. – С.16-21.

2. Впровадження принципів доказової медицини у навчальний процес на кафедрі педіатрії ФПО /

Н.В. Банадига, Л.М. Слободян, Н.Я. Ходорчук та ін. // Медична освіта. – 2005. – №4. – С. 19-22.

3. Артемчук Л.М. Принципи створення тестових завдань // Медична освіта. – 2003. – № 2. – С. 67-68.

УДК 614.253.52:378

## РЕФОРМА МЕДИЧНОЇ ОСВИТИ В УКРАЇНІ ТА СТАН ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

С.О. Ястремська, І.Я. Господарський, О.М. Прокопів

*Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського, ННІ медсестринства*

Існує думка, що робота медсестри – доля тих, у кого не вистачило сили, часу й засобів продовжити медичну освіту після коледжу в університеті й одержати диплом лікаря. Однак настільки поверхнева думка повністю суперечить уявленню про професію, що склалася в західній системі охорони здоров'я та до усвідомлення якої поступово приходимо й ми.

У статті обрнтовано актуальність введення кредитно-модульно-рейтингової системи медсестринської освіти у зв'язку із входженням України в Болонський процес.

## REFORMING OF MEDICAL EDUCATION IN UKRAINE AND CURRENT STATE OF NURSES TRAINING

S.O. Yastremska, I.Ya. Hospodarsky, O.M. Prokopiv

*Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky, Institute of Nursing*

There is an opinion that working as a nurse is the destiny of those who did not have enough time and opportunity to study medicine at the University and obtain a Medical Doctor's diploma. However, this view about nursing work is totally different in the western health care system, which we are trying to understand and implement in our country.

The article deals with the importance of introduction of credit-module-rating system into nursing education of Ukraine as the part of joining to Bologna process.

**Вступ.** Вже близько восьми років європейське освітнє товариство живе під знаком так званого Болонського процесу. У Болонській декларації зазначені 6 основних завдань, вирішення яких, як передбачається, буде сприяти єднанню Європи в галузі освіти. Це введення загальнозрозумілих, порівняльних кваліфікацій в галузі вищої освіти, перехід на двоступеневу систему вищої освіти (бакалаврат – магістратура), введення кредитів і відбиття навчальної програми в додатку до диплома, зразок якого розроблено ЮНЕСКО, підвищення мобільності студентів, викладачів і адміністративно-управлінського персоналу, забезпечення необхідної якості вищої освіти, забезпечення автономності вузів і т.д. [3, 4].

З 1998 по 2008 рік у рамках Болонського процесу в Україні відбулося багато різномірних зустрічей, робочих нарад, конференцій тощо. Предметом обговорення на них стала Концепція реформи вітчизняної медичної освіти. Документ чітко визначає мету реформування медичної освіти як відповідність вимогам практичної охорони здоров'я, підвищення якості підготовки медичних кадрів шляхом впровадження ефективної системи організації навчального процесу, а також гармонізацію вітчизняної медичної освіти з вимогами Євросоюзу [5].

**Основна частина.** Проведений численними науковцями аналіз системи підготовки медичних сестер в Україні з країнами Європи, США та Канади показує, що за деякими показниками

© С.О. Ястремська, І.Я. Господарський, О.М. Прокопів, 2008

існує ряд подібностей і водночас – розбіжностей [1, 2].

Так, наприклад, майже у всіх країнах Європи, зокрема і в Росії, термін підготовки дипломованої медичної сестри становить 3 роки навчання, тоді як в Україні до 2006 року становив – тільки 2 роки. Такий термін базової медсестринської освіти (АНК – ступінь) зберігається у США та Канаді.

У більшості західних країн не існує поняття середньої фахової освіти. Фактично вся післяшкільна освіта вважається вищою – “третьою” (tertiary) на противагу середній (secondary). Наприклад, освіта, яку здобуває в медичному коледжі медсестра, звичайно вважається вищою. До початку 90-х у нашій країні професію медсестри можна було здобути тільки в медичних училищах, які сприймалися не інакше, як перша сходинка на шляху до інституту, до отримання почесного “лікарського” звання. Але на сьогодні підготовка молодих фахівців кардинально відрізняється від стилю навчання старої школи.

Сьогодні багато медичних училищ, що раніше займалися підготовкою молодшого персоналу для лікарень і поліклінік, реформовані в коледжі, найуспішніший студенти яких здобувають базову вищу освіту з сестринської справи. При деяких вузах з’явилися спеціалізовані факультети й навіть засновані інститути медсестринства.

Нові віяння не минули й ряди педагогів. Донедавна лекції й практичні заняття для майбутніх фахівців з милосердя проводили тільки наставники-лікарі. Сьогодні ж, як і в більшості країн Європи й Америки, навчання студентів починають довіряти досвідченим медсестрам. Адже тільки вони знають багато секретів сестринської справи, про які лікарі навіть не здогадуються.

Порівняльна характеристика засвідчує відмінності і у навчальних планах України (2002 року) з іншими країнами, які полягали в тому, що під час підготовки медичних сестер в країнах Європи більше значення приділяється вивченню психіатрії (перша допомога хворим з психічними захворюваннями, медсестринство в психіатрії та наркології, гострі психічні захворювання), медицині фізичної інвалідності та догляду, вивченню методології та написанню наукової роботи з вивчення оцінки і контролю болю, охороні здоров’я людей працездатного віку, менеджменту (менеджмент в сестринській справі, організація господарювання, економіка господарювання),

медсестринству в гематології, медсестринству в ендокринології, сексології.

Основною умовою здійснення практичної підготовки студентів у країнах Європи є її безперервність та послідовність проведення після отримання необхідного обсягу теоретичних знань, умінь та навичок відповідно до різних освітньо-кваліфікаційних рівнів.

В українських навчальних планах підготовки спеціалістів зі спеціальності 5.110100 “Сестринська справа” практики (виробнича і переддипломна) були виділені окремо та відповідно до графіка навчального процесу проводились в літній період, наприкінці весняного семестру до або після сесії. В країнах ЄС, відповідно до кредитної модульної системи, практична підготовка здійснюється безпосередньо під час практичних занять з клінічних дисциплін, під час самостійної роботи в клініках. Практичне навчання чергується з заняттями у навчальному закладі декілька рази на рік. Практична підготовка проводиться під керівництвом викладача-інструктора, який часто є співробітником клініки. Програма практики узгоджується між навчальним закладом та клінічною базою. Практичні навички та вміння, що набувалися під час попереднього навчання, поглиблюються в лікарнях. Практичне навчання біля ліжка хворого підкріплюється регулярним теоретичним інструктажем на семінарах, які проводяться безпосередньо в клініках під керівництвом провідних спеціалістів (головних лікарів).

З метою забезпечення приведення підготовки медичних сестер до основних принципів Болонської декларації та наближенню медичної (фармацевтичної) освіти до рівня міжнародних стандартів здійснено заходи щодо реформування системи підготовки медичних сестер (молодших медичних спеціалістів та бакалаврів):

- встановлено термін підготовки дипломованої медичної сестри – 3 роки навчання на базі повної загальної середньої освіти, що відповідає загальноприйнятим термінам підготовки медичних сестер в країнах Європи;

- внесено зміни до підготовки медичних сестер-бакалаврів зі спеціальності 6.110102 “Сестринська справа” (рівень бакалавра), встановлено термін навчання – 1 рік (за денною формою). На відміну від молодших фахівців, власники дипломів бакалавра одержують більш високу кваліфікацію, а значить – право працювати на посадах старшої медсестри відділення, головної медич-

ної сестри лікувально-профілактичної установи, помічника сімейного лікаря, асистента стоматолога й навіть викладача сестринської справи;

- розроблено стандарти освіти з магістратури зі спеціальності "Сестринська справа", що забезпечить подальший розвиток ступеневої медсестринської освіти в Україні та дозволить залучати медичних сестер-магістрів до викладання у вищих медичних навчальних закладах.

**Висновок.** Медсестринська справа – самостійна професія, яка має достатній потенціал, щоб вирішувати проблеми і задовольняти потреби окремих людей та суспільства в цілому, які виникли

або можуть виникнути у зв'язку зі змінами здоров'я. З розвитком суспільства зростає попит на медсестринські послуги, визначаються сфери охорони здоров'я, де потрібною є не лише увага, а й компетенція та високопрофесійна опіка медичних сестер. Збільшення терміну підготовки дипломованої медичної сестри в Україні до 3-х років є потребою часу та умовою успішної інтеграції української медичної школи до європейського освітнього простору, що матиме наслідком реформування не тільки медсестринської освіти, а й медсестринської практики, підвищиться якість медичних освітніх послуг.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Болонський процес у фактах і документах / Упорядники М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, В.Д. Шинкарук, В.В. Грубінко, І.І. Бабин. – Київ-Тернопіль: Вид-во ТДПУ ім. В.Гнатюка, 2003. – 52 с.

2. Журавський В.С., Згуровський М.З. Болонський процес: головні принципи входження в Європейський простір вищої освіти. – К.: ІВЦ Видавництво "Політехніка", 2003. – 200 с.

3. Кремень В.Г. Болонський процес: сближение, а не унификация // Зеркало недели. – № 48(473). – 13-19 декабря 2003.

4. Лукичев Г.А. Интеграция и эффективность – цели реформ в высшем образовании стран Европы // Научный вестник Московского государственного технического университета гражданской авиации. – 2000. – № 26. – С. 13-18.

5. Степко М.Ф., Болюбаш Я. Я., Шинкарук В. Д., Грубінко В. В., Бабин І. І. Основні засади розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу (документи і матеріали 2003 - 2004 рр.) / За ред. В.Г. Кременя. – Київ-Тернопіль: Вид-во ТДПУ, 2004. – 147 с.

УДК 616-001.4-06]-084

## ОСНОВНІ ВИДИ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ПОРАНЕННЯХ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА

С.О. Коноваленко

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

У статті розглядаються основні види ускладнень при пораненнях.

## MAIN TYPES OF COMPLICATIONS DURING TRAUMAS AND THEIR PROPHYLAXIS

S.O. Konovalenko

*Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky*

This article reviews main types of complications during traumas.

**Вступ.** На сьогодні велике значення надається питанню надання невідкладної медичної допомоги середніми медичними працівниками при пораненнях. Основними видами ускладнень, які можуть виникнути під час поранення, є кровотеча, інфікування, інтоксикація, пневмоторакс, гемоторакс, травматичний шок.

Найпоширенішим і найнебезпечнішим ускладненням є кровотеча. Кров становить близько 7—8 % маси тіла, тобто 5,2 кг, якщо маса складає 65 кг. При кровотечах втрата 10 % крові допустима, 30 % — небезпечна, 50 % — смертельна.

**Основна частина.** Під кровотечею розуміють витікання крові з пошкоджених кровоносних судин, що може бути первинним (виникає відразу ж після ураження) і вторинним (з'являється через деякий час після травмування). Залежно від типу ушкоджених судин розрізняють артеріальну, венозну, капілярну та паренхіматозну кровотечі. Артеріальна кровотеча — найбільш небезпечна, бо виникає під час ушкодження артерій; адже за короткий час може витекти значна кількість крові, втрата 2 л її уже може призвести до смерті. Ознакою артеріальної кровотечі є яскраво-червоне забарвлення крові, витікання пульсуючим струменем або фонтаником. Так само небезпечна венозна кровотеча, її характерною ознакою є більш темне забарвлення

крові, відсутність пульсуючого струменя чи фонтаника. Найчастіше ці два види кровотечі виникають у місцях пошкодження магістральних кровоносних судин, які розташовані близько до поверхні тіла. Капілярна кровотеча — наслідок пошкодження дрібних кровоносних судин (капілярів) шкіри, підшкірної клітковини чи м'язів. Кровоточить уся поверхня рани. Паренхіматозна кровотеча — виникає в разі пошкодження внутрішніх органів (печінки, нирок, легенів) і завжди небезпечна для життя. Інколи вона має місце під час закритих травм внутрішніх органів і її важко визначити. Залежно від місця витікання крові розрізняють зовнішню і внутрішню кровотечі. Під час зовнішньої кровотечі кров витікає крізь рани в шкірних покривах, слизових оболонках на поверхню тіла. Під час внутрішньої кровотечі, або крововиливу, кров виливається в тканини органів чи порожнини. Виливаючись у тканини, кров насичує їх, утворюючи припухлість, що називається інфільтратом, чи синцем. Якщо ж кров насичує тканини нерівномірно і внаслідок цього вони розсуваються, утворюючи заповнену кров'ю порожнину, виникає гематома.

**Перша медична допомога середнім медичним персоналом при кровотечах**

Залежно від виду кровотечі та наявних засобів здійснюють тимчасову або остаточну зупинку кровотечі. Тимчасова зупинка кровотечі має на меті попередити небезпечну для життя крово-

© С.О. Коноваленко, 2008

втрату, виграти час для транспортування хворого і підготовки його до операції. Вона може бути здійснена кількома способами:

- підняттям травмованої кінцівки вгору;
- накладанням стискальної пов'язки;
- максимальним згинанням у суглобах травмованої кінцівки;
- притискуванням судини пальцем вище місця ушкодження;
- накладанням джгута або закрутки.

Найшвидший спосіб тимчасової зупинки кровотечі — притискування судини пальцем. Його використовують під час пошкодження артерій. Артерії притискують пальцями до розташованих поруч кісток у місцях, де вони проходять близько до поверхні тіла. Після пальцевого притискування артерій потрібно накласти джгут (де це можливо) і стерильну пов'язку. В разі поранення голови з пошкодженням сонної артерії накладають тугу пов'язку, під яку підкладають міцний валик, зроблений з бинта та марлі. Найкращий спосіб зупинки артеріальної кровотечі — гумовий джгут. Його накладають на стегно, гомілку, плече або передпліччя вище місця поранення, але недалеко від самої рани, на одяг чи прошарок з бинта чи серветок, щоб не защемити шкіру, з такою силою, щоб зупинити кровотечу, але не травмувати нервові стовбури кінцівок. Тому затягування припиняють, як тільки спостерігається припинення виливання крові. Якщо джгут накладений недостатньо сильно, артеріальна кровотеча може навіть посилитися, оскільки зростає тиск крові в артеріях внаслідок припинення відтоку крові венами. Припинення кровопостачання можна проконтролювати відсутністю пульсу в периферійних судинах.

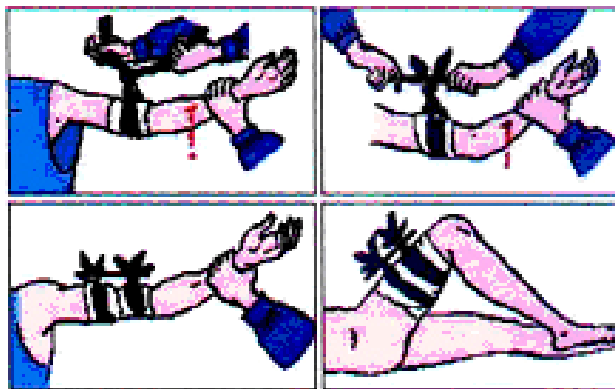


Рис. 1. Тимчасова зупинка кровотечі методом накладання закрутки.

Слід пам'ятати, що джгут можна накладати не більше як на 2 год влітку і 1 год взимку. Без кровопостачання клітини тканин організму гинуть доволі швидко, тому під джгут обов'язково підкладають записку, де зазначають час його накладання. Перетягнуту джгутом кінцівку тепло вкривають, особливо взимку. Рекомендується застосування протишокових заходів. Якщо з якихось причин потерпілий не був доставлений у медичний заклад і йому не було зроблено хірургічну обробку рани протягом 2 год, слід виконати пальцеве притискування артерії і послабити джгут на 5-10 хв, щоб уникнути змертвіння тканин. Потім потрібно знову накласти джгут, але вже вище попереднього місця. Таку процедуру необхідно виконувати кожні 30-40 хв до моменту доставки хворого у лікарню. При цьому щоразу треба робити відповідну відмітку в записці. У разі відсутності джгута використовують закрутки, зроблені з мотузки, ремня чи скрученої серветки.

При цьому слід бути обережними, оскільки такі засоби менш еластичні і можуть швидше призвести до травмування не тільки нервових стовбурів, а й тканин та м'язів. Максимальне згинання кінцівки у суглобі так само може сприяти тимчасовій зупинці кровотечі. В цьому випадку кінцівку надійно фіксують у положенні, за якого витікання крові найменше.



Рис. 2. Тимчасова зупинка кровотечі із верхньої кінцівки методом максимального згинання у ліктьовому суглобі.

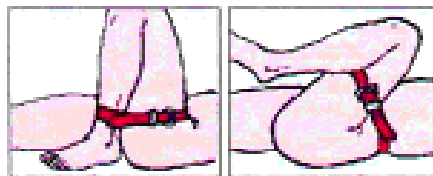


Рис. 3. Тимчасова зупинка кровотечі методом максимального згинання нижньої кінцівки у суглобі.

Тимчасову зупинку зовнішньої венозної та капілярної кровотеч виконують за допомогою тугих пов'язок. Рану закривають серветкою чи

згорнутим у 5-6 шарів бинтом, зверху накладають гігроскопічну вату і міцно забинтовують. Щоб зменшити кровотечу доцільно пошкоджену частину тіла підняти відносно положення тулуба. Особливо небезпечними бувають кровотечі з вен із варикозним розширенням на ногах. Такі вени можуть тріскати, завдаючи значних пошкоджень. Допомогу слід подавати так само, як і за будь-якої венозної кровотечі, але з особливою обережністю. Втрата крові по-різному впливає на людину. Найбільш чутливі до неї літні люди та діти. Втрата 300-400 мл крові може бути для них смертельною. Під час значної втрати крові розвивається гостре недокрів'я. У цих випадках людина скаржиться на зростаючу слабкість, запаморочення, шум у вухах, жагу, нудоту, потемніння в очах. Людина може знепритомніти. З'являються судоми. У таких випадках хворого доцільно покласти на рівну поверхню для попередження знекровлення мозку, звільнити від одягу шию, груди. При втраті свідомості можна зробити "самопереливання" крові, яке полягає у почерговому піднятті верхніх і нижніх кінцівок. Це допомагає кращому притоку крові в життєво важливі органи. Якщо потерпілий у свідомості, у нього немає травм черева, його необхідно напоїти гарячим чаєм чи просто водою. Однак основним методом лікування гострого недокрів'я є термінове переливання донорської крові, тому постраждалого необхідно якомога швидше доставити до медичного закладу. Кровотеча в грудну порожнину виникає під час ударів у груди, переломів ребер, внаслідок пошкодження судин та заповнення однієї чи обох плевральних порожнин кров'ю. Це може бути причиною здавлювання легенів, що, в свою чергу, утруднює і навіть припиняє дихання. Симптомами є блідий колір обличчя, задишка, частий пульс. Допомога полягає у наданні тілу потерпілого напівсидячого положення і прикладанні до грудей льоду. Звичайно, потерпілий має бути негайно госпіталізований. Кровотеча в очеревину виникає найчастіше внаслідок розриву печінки або селезінки. Як і під час кровотечі в грудну порожнину, шкіра потерпілого стає блідою, холодною та липкою, пульс — слабким. Людина відчуває спрагу, сильний біль, може знепритомніти. Хворого слід покласти на спину, на живіт покласти лід. Забороняється годувати потерпілого та давати йому пити. Можна лише змочити губи.

**Інфекція, інтоксикація, пневмо- і гемоторакси.** Будь-яка рана, навіть незначна, — серйозна загроза для життя, адже вона може стати джерелом зараження мікроорганізмами. Процес потрапляння в рану мікроорганізмів називається інфікуванням. Більшість мікробів на Землі є редуцентами (або деструкторами), тобто їх призначення в природі полягає у розкладанні складних органічних сполук та їх мінералізації. Потрапивши у рану, вони починають розкладати змертвілі тканини, спричинюючи нагноєння та інтоксикацію.

**Інтоксикація** — це процес загального отруєння організму продуктами розкладу змертвілих тканин. Під час гниття білків та інших речовин, з яких складається людське тіло, утворюється багато нітрогеновмісних токсичних речовин, які, поширюючись з кровоотоком по всьому організму, можуть спричинити загальне зараження крові та органів. Найбільш небезпечно потрапляння бактерій-анаеробів, які розвиваються без повітря. Вони можуть спричинити так звану газову гангрену — тяжкий запальний процес. Найбільш ранньою ознакою цього ускладнення є відчуття розпирання у рані, що починається на другу добу після поранення. Потім з'являється сильний біль, навколо рани спостерігається набряк тканин, шкіра стає холодною, вкривається плямами, зникає пульсація судин. Під час легкого натискування на рану відчувається крепітація — скрип газових бульбашок, що проникають у тканини. Температура тіла швидко підвищується до 40 °С. У рану можуть бути занесені й збудники інших небезпечних хвороб, які часто спричинюють загальне зараження організму — сепсис, що нерідко закінчується смертю навіть за найінтенсивнішого лікування. Найвірогіднішими збудниками цієї хвороби є стафілококи та стрептококи. Характерними ознаками хвороби є дуже висока температура, що супроводжується ознобом, сильною пітливістю і різким погіршенням загального стану. Хворий марить, непритомніє. Отже, треба запам'ятати: все, що доторкається до рани, має бути стерильним. Найнебезпечніші для життя проникні поранення. У випадку такого поранення можливі пошкодження внутрішніх органів: діафрагми, шлунка, печінки, кишкового тракту, які іноді супроводжуються випаданням органів з порожнини. Проникні поранення грудної клітки є причиною виникнення деяких специфічних усклад-



нень. Серед них виділяють пневмоторакс і гемоторакс.

**Пневмоторакс** — потрапляння повітря у плевральну порожнину. Розрізняють:

- відкритий (повітря заповнює плевральну порожнину під час вдиху і виходить під час видиху);
- закритий (плевральна порожнина не контактує безпосередньо з атмосферою, і повітря, що проникло під час вдиху, не виходить під час видиху, а поступово розсмоктується);
- клапанний (повітря надходить під час вдиху, але внаслідок зміщення тканин і закриття рани не виходить і не розсмоктується. Такий пневмоторакс найнебезпечніший, оскільки спричиняє здавлення судин і серця, що звичайно порушує діяльність серцево-судинної системи і може призвести до смерті).

При підозрі на пневмоторакс фельдшеру або медичній сестрі потрібно негайно викликати швидку допомогу. У разі наявності відкритого пневмотораксу його необхідно перевести в закритий шляхом накладання герметичної пов'язки, яка не пропускає повітря (оклюзійна пов'язка), на відкриту рану грудної клітки. Наприклад, це можна зробити за допомогою клейончатого матеріалу або герметичною поліетиленовою плівкою, а при їх відсутності можна скористатися накладанням товстої ватно-марлевої пов'язки. При наявності клапанного пневмотораксу потрібно перевести його у відкритий пневмоторакс для зниження тиску в плевральній порожнині.

**Гемоторакс** — потрапляння крові у плевральну порожнину внаслідок пошкодження легеневої тканини. Його ознаками є кровохаркання, витікання крові через рот і ніс. У всіх випадках поранень і тяжких ускладнень необхідна негайна госпіталізація хворого, оскільки його життя може врятувати тільки своєчасно надана медична допомога.

**Травматичний шок.** Травматичний шок — небезпечна для життя нервово-рефлекторна реакція організму у відповідь на сильний больовий подразник, яка виникає під час поранень, переломів, опіків та інших тяжких уражень. Шок характеризується розладом діяльності центральної нервової системи, кровообігу, обміну речовин та інших життєво важливих функцій. Спричинити шок може будь-яка тяжка травма. Залежно від часу розвитку шоку розрізняють первинний (виникає відразу ж після поранення) і вторинний

(виникає під час необережного транспортування хворого, його переохолодження, поганої іммобілізації кінцівок, недостатніх заходів з попередження шоку). У розвитку шоку розрізняють дві фази: збудження та гальмування. Відразу ж після виникнення травми розвивається перша фаза — збудження як відповідь на сильний больовий подразник. При цьому потерпілий виявляє неспокій, кричить, скаржиться на біль; шкіра бліда (але пульс і артеріальний тиск нормальні), голос глухий, мова уривчаста. Ця фаза триває недовго — 10–15 хв і не завжди може бути визначена. Далі спостерігається прояв другої фази — гальмування. Сили організму швидко виснажуються і поступово пригнічуються функції багатьох його систем. Потерпілий виявляє байдужість до навколишнього. Артеріальний тиск швидко падає, пульс стає слабким і частим, дихання — ледве помітним. Знижується температура тіла, шкіра набуває землистого відтінку, виділяється холодний, липкий піт. Залежно від тяжкості розрізняють шок легкий, середньої тяжкості і тяжкий. Перша допомога, яка надається медичним персоналом під час виникнення такого стану, тим ефективніша, чим раніше вона буде надана. Основними заходами є ліквідація чи послаблення болю, зупинка кровотечі, іммобілізація кінцівок у разі переломів. Вкрай неприпустиме переохолодження. Хворого можна покласти горизонтально, голову трохи опустити. Рекомендується звільнити шию і груди від одягу, послабити реміні, дотримуватися повної тиші. У випадках, коли немає спеціального знеболювального засобу (новокаїн використовують для місцевої, гідрохлорид морфіну — для загальної анестезії), потерпілому можна дати випити трохи алкоголю: вина, горілки, розведеного спирту за умови відсутності проникних поранень живота. Також показані гарячий чай, кава. Потерпілого тепло вкривають і госпіталізують у медичний заклад.

**Висновок.** 1. Кваліфікована тактика при наданні допомоги потерпілому вказує на професіоналізм середнього медичного працівника.

2. Своєчасне та вміле надання невідкладної допомоги із врахуванням важкості та різноманітності ускладнень, що можуть виникнути під час поранення, є першочерговими та основними заходами профілактики подальшого їх розвитку.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Шпитальна хірургія / за ред. Л.Я. Ковальчука та ін. – Тернопіль: Укрмедкнига. – 1999.
2. Жилин А.Н., Гафарова К.Я. Оказание первой медицинской помощи при травмах (ушибах, вывихах, переломах): Методические указания к практической работе. – Оренбург: ГОУ ОГУ, 2003. – 28 с.
3. Спокойно Г.В., Промберг Я.Б. Пневмоторакс. – М.: Медицина, 2005.
4. Вишневская Е.Л., Барсукова Н.К., Широкова Т.И. Основы безопасности жизнедеятельности: Учеб. пособ. для учащихся 9-х кл. общеобразоват. шк. — М.: Русское слово, 1995. — 62 с.
5. Пономарев В. Т. Энциклопедия безопасности. — Д. Сталкер, 1997. — С. 297—391.

УДК 616.61-008.64-06:616.381-008.6-073.27

## ПЕРИТОНЕАЛЬНИЙ ДІАЛІЗ ЯК МОЖЛИВІСТЬ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ В ТЕРМІНАЛЬНІЙ СТАДІЇ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

О.О. Склярова

*Тернопільська обласна комунальна клінічна лікарня*

Одним з методів замісної ниркової терапії з максимальним ступенем соціальної реабілітації справедливо вважається перитонеальний діаліз. Основним у реалізації даного методу є індивідуальне навчання хворого, яке проводиться на базі відділення хронічного гемодіалізу Тернопільської обласної комунальної клінічної лікарні.

## PERITONEAL DIALYSIS AS A POSSIBILITY OF SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS IN TERMINAL STAGE OF CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY

O.O. Sklyarova

*Ternopil Regional Communal Clinical Hospital*

Peritoneal dialysis is considered as one of the methods of vicarious kidney therapy with maximal degree of social rehabilitation. One of the most important ways in realization of this method is individual training of patient, which is conducted on the base of chronic hemodialysis department of Ternopil regional communal clinical hospital.

**Вступ.** У 1827 році англійський лікар R. Bragth описав клінічну картину захворювання нирок, яке супроводжувалося анемією, тобто хронічну ниркову недостатність (ХНН). Тільки через 133 роки після цього американський лікар В. Scribner за допомогою апарату "штучна нирка" продовжив життя хворого ХНН більш ніж на 10 років. В наш час замісна терапія ХНН включає в себе програмний гемодіаліз в стаціонарному та домашньому варіанті, гемофільтрацію, гемодіафільтрацію, перитонеальний діаліз, постійний амбулаторний перитонеальний діаліз та трансплантацію нирки.

На сьогодні група хворих, що одержують лікування методами діалізу, у світі становить понад 1 млн чоловік. Це лікування триває все життя і належить до одного з найдорожчих видів спеціалізованої медичної допомоги. Рівень застосування цих технологій вважається одним з показників розвитку медицини в державі. Рік життя одного діалізного хворого в розвинутих країнах коштує

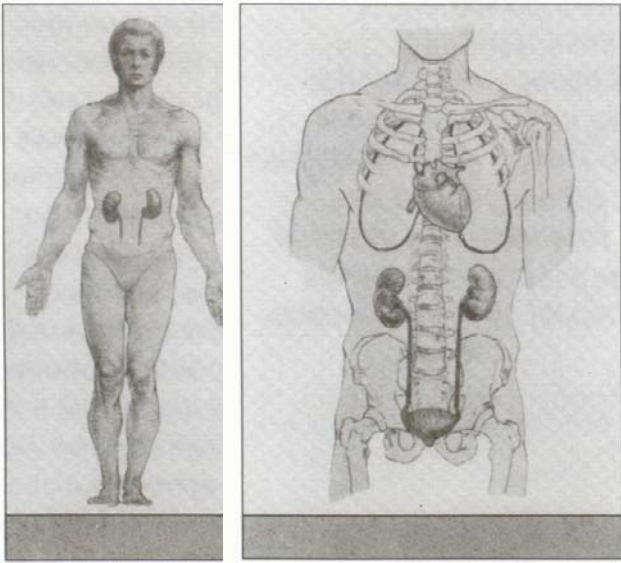
близько 70 тис. доларів. В Україні і кількість хворих, і вартість їх лікування менше світових показників у кілька разів, проте діагноз ХНН уже менш фатальний, ніж 15-20 років тому.

Наказ АМН України і МОЗ України від 30.09.2003 року № 65/462 передбачає розвиток діалітичних центрів в Україні, включно впровадження нового методу замісної ниркової терапії – постійного амбулаторного перитонеального діалізу.

Для людей, які можуть і хочуть використовувати постійний амбулаторний перитонеальний діаліз, останній надає незалежність від діалітичної "машини" і відсутність прив'язаності до певного місця. Такий вид діалізу дає можливість працювати, вчитися і навіть подорожувати.

**Основна частина.** Хронічна ниркова недостатність означає те, що ниркова тканина руйнується поступово, протягом довгого періоду – в основному місяці або роки. Це руйнування незворотне. ХНН може бути наслідком таких захворювань, як гломерулонефрит, полікістоз

нирок, хронічні ниркові інфекції, цукровий діабет або артеріальна гіпертензія.

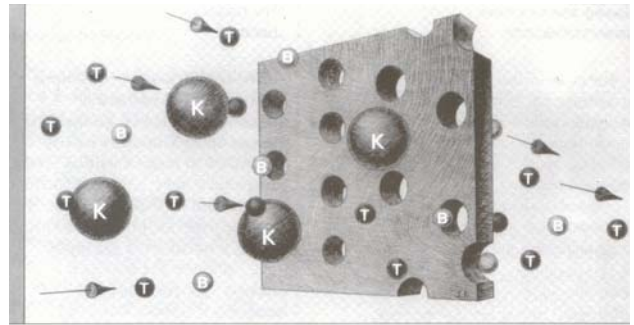


Коли діяльність нирок знижується нижче 20%, організм сам не в змозі звільнитися від шлаків і надлишкової рідини в повному обсязі. І, як наслідок, токсичні речовини нагромаджуються і отруюють організм. Рідина накопичується підшкірно, хімічний і водний баланси організму дуже порушені. У цей момент приймається альтернативне рішення, щоб попередити затримку шлаків і води. Існує два види лікування:

1. Трансплантація нирки.
2. Нирковий діаліз.

Трансплантація здорової нирки від донора – це вирішення проблеми ниркової недостатності "природним шляхом". Однак не кожному можна провести трансплантацію, оскільки донорів набагато менше, ніж потенційних пацієнтів. Альтернатива цього – діаліз. Лікування, яке могло б продублювати роботу хворих або пошкоджених нирок для заміщення їх функції із очистки крові. Використовують два види діалізного лікування: гемодіаліз і перитонеальний діаліз. При проведенні гемодіалізу кров пацієнта циркулює і очищується поза організмом. Кров забирається через голку, введена в кровоносну судину, проходить через діалізатор і вже очищена повертається до пацієнта через другу голку.

Під час діалізу кров відфільтровується через напівпроникну мембрану. Мембрана має досить великі отвори, щоб пропускати маленькі частинки, але достатньо маленькі, щоб утримувати більш і (такі, як кров'яні клітини) частинки.

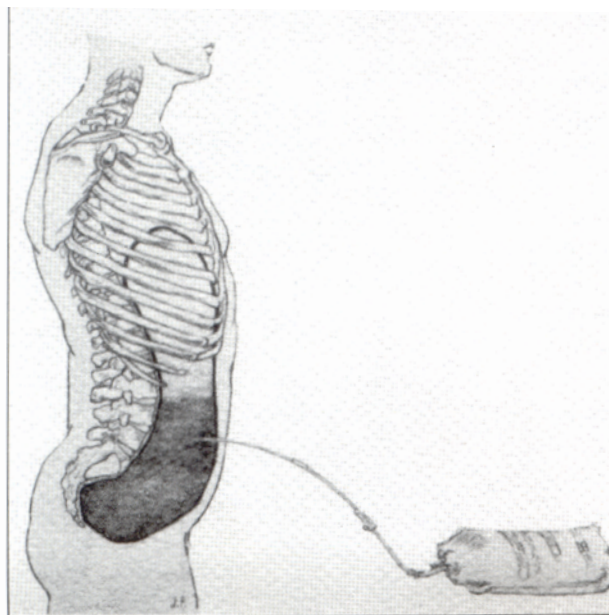
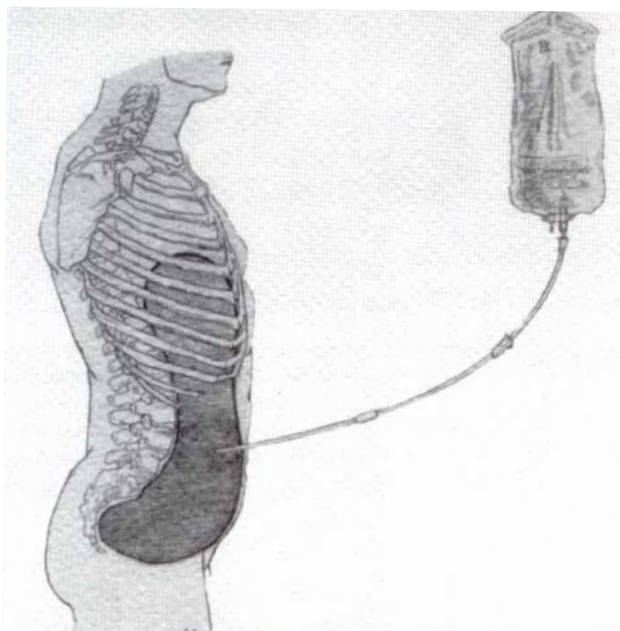


На відміну від гемодіалізу перитонеальний діаліз відбувається всередині організму за допомогою власної перитонеальної мембрани. Яка являє собою напівпроникний бар'єр, через який може фільтруватися кров. Перитонеальна мембрана вистилає черевну порожнину та покриває органи, які знаходяться в ній. Шляхом проведення хірургічної операції катетер вставляється через отвір в черевній стінці. Це забезпечує прохід, через який діалітичний розчин поступає в черевну порожнину, яка, в свою чергу, виступає в ролі "резервуара" для діалітичного розчину. Шлаки виводяться з крові через перитонеальну мембрану і поступають в діалітичний розчин. Використаний розчин зливається з черевної порожнини і замінюється новим.

Техніці проведення перитонеального діалізу дуже легко навчитися, але хворому необхідно пам'ятати, що процедура повинна виконуватися в стерильних умовах. Медичний персонал нашого відділення вчить, як правильно проводити перитонеальний діаліз, тому у хворих не виникає ніяких труднощів.

Якщо клінічна ситуація дозволяє розпочинати терапію, то порядок дій такий:

- через кілька днів після операції – огляд вихідного отвору катетера для визначення наявності кровоточивості, болю чи інфекційних ускладнень;
- після огляду виконується інфузія у черевну порожнину діалізуючого розчину в об'ємі 500 мл. Через 15 – 20 хв діалізуючий розчин зливається, черевна порожнина залишається "сухою";
- через кілька днів у довільному режимі медичні працівники розпочинають програму навчання хворого. Щоразу в процесі навчання виконується інфузія діалізату з поступовим збільшення об'єму розчину до 2 л, розчин залишається у черевній порожнині хворого на час заняття. Після цього розчин зливається і черевна порожнина залишається "сухою" до дня початку терапії.



Навчання медперсоналом хворих у відділенні триває до 14 днів, після чого вони самостійно проводять процедуру в домашніх умовах. Заміна розчину відбувається 3 – 5 разів на день, кожних 4 – 6 годин. Після останньої заміни ввечері розчин залишають в черевній порожнині на ніч. Процедура в цілому триває 30-40 хв. Вона повинна проводитись в добре освітленому та чистому приміщенні, де хворого ніхто не потурбує. Якщо ретельно не дотримуватись цих правил, існує ризик виникнення грізного інфекційного ускладнення – перитоніту.

Пацієнти, які знаходяться на лікуванні перитонеальним діалізом повертаються до активного соціального та сімейного життя, праці, навчання, навіть

можуть подорожувати. Але дещо в їхньому житті доведеться враховувати:

- необхідно виділяти час на діаліз;
- планувати доставку розчинів;
- дотримуватись дієти з високим вмістом білка.

Діалізна команда забезпечує хворих необхідним лікуванням, методичними посібниками та підтримкою.

**Висновки.** Таким чином, враховуючи критерії відбору хворих на перитонеальний діаліз, цей метод замісної ниркової терапії можна застосовувати у осіб похилого віку, дітей, пацієнтів з цукровим діабетом, супутньою патологією серцево-судинної системи. Метод дозволяє довго зберігати залишкову функцію нирок, що пролонгує часткову працездатність і життя пацієнта.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Чупрасов В.Д. Програмный гемодиализ. – Санкт-Петербург: Фолиант, 2001. – С. 11.
2. Андон'єва Н.М. Перитонеальный диализ в лечении хронической почечной недостаточности. – Харьков: Безпека, 2006.

3. Методичні рекомендації: "Введение в перитонеальный диализ" компании Бакстер.

УДК 616-083:616.98-097

## РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ДОГЛЯДІ І ПІДТРИМЦІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

С.О. Ястремська

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
ННІ медсестринства*

Інфікування вірусом ВІЛ є одним з найбільш проблемних питань сучасної медицини. Проте акцентувати увагу, перш за все, потрібно на профілактиці поширення вірусу СНІДу, зараження яким може відбуватися через кров та інші рідини інфікованої людини. Існують деякі директиви, якими повинні керуватися працівники системи охорони здоров'я для запобігання поширення даної інфекції.

## THE ROLE OF A NURSE IN HIV-PATIENT TREATMENT AND CARE

S.O. Yastremska

*Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky  
Institute of Nursing*

Although infection with the HIV virus is one of the most problematic health issues at the moment, it is really the containment of spreading the Aids virus which should first be looked at, and this can happen in a couple of ways - contaminated blood, or body fluids from an infected person. There are some guidelines that health care professionals can follow to help prevent the spread of infections.

**Вступ.** У сучасній системі медичної допомоги значна роль належить медсестрам, бо саме вони проводять в багатьох випадках з хворим більше часу, ніж лікарі, мають можливість впливати на психологічний стан хворого та результат його лікування. Саме вони стають втіленням медичної допомоги і джерелом інформації у віддалених районах. Тому особливо важливим напрямком реформи системи охорони здоров'я в Україні є розвиток системи комплексного навчання медичного персоналу середньої ланки на сучасному рівні для підвищення їх кваліфікації, відповідальності та ролі в забезпеченні лікування та догляду [1-3].

**Основна частина.** На сьогодні динаміка зростання захворювання на СНІД та специфіка догляду за ВІЛ-інфікованими актуалізують проблему спеціальної підготовки та перепідготовки медперсоналу. Спеціальні знання щодо лікування та догляду за хворими на ВІЛ/СНІД в рамках освітніх

програм в більшості надавались студентам і практикуючим лікарям, а середньому медичному персоналу не приділялось належної уваги. Від обізнаності та професійних навичок медсестер також залежить ступінь ризику інфікування патогенами крові під час проведення медичних процедур [4-6].

Середні та молодші медпрацівники повинні бути на першій лінії у профілактиці ВІЛ/СНІДу та боротьбі з цією інфекцією. Вони повинні підтримувати хворих на СНІД та піклуватися про них. Тим паче, що ВІЛ/СНІД – основна причина страждання, смерті та руйнації у цілому світі. Кожної хвилини шість осіб уражаються ВІЛ-інфекцією, а це майже 10 тисяч щодня. На жаль, більшість інфікованих – молодь, понад 29% – жінки.

Опіки й уваги вимагають і самі медсестри, адже вони теж щодня працюють у стресових ситуаціях, ризикують своїм здоров'ям. Саме медсестри щодня і напряду працюють з людьми, часто не знаючи про їхній статус.

© С.О. Ястремська, 2008

Більшість людей, що дізналися про свій діагноз – ВІЛ-інфекція, одразу ж відчувають важке психологічне навантаження: депресію, тривогу, страх, порушення сну, труднощі з концентрацією уваги, відчуття вини, безпорадність, відчай. В перший момент у них нерідко виникають думки про самогубство. Деякі люди в такі кризові моменти шукають полегшення в алкоголі або наркотиках, що тільки погіршує їхній стан, для інших діагноз стає імпульсом для переосмислення і зміни свого життя, переоцінки цінностей.

Душевні стани, які виникають у людини в даному випадку, пов'язані з тим, що часто діагноз стає несподіванкою і потрібен час, щоб його прийняти і адаптуватися до життя у новій реальності.

Епідемія ВІЛ призвела до виникнення в суспільстві негативних стереотипів щодо ВІЛ-інфікованих, необґрунтованих забобонів і міфів, що породжують страхи. Багато хто помилково вважає, що ВІЛ-інфіковані «заразливі» при побутовому спілкуванні, або що захворювання неодмінно відображається на їхній зовнішності (чорними плямами на обличчі, загниванням ділянок тіла та ін.).

Подібні уявлення призводять до утиску прав ВІЛ-інфікованих, до навішування налічок. Внаслідок цього знижується соціальний статус ВІЛ-інфікованих, нерідко людину звільняють з роботи після розкриття діагнозу. Людина з діагнозом ВІЛ/СНІД потрапляє під подвійний тиск: по-перше, вона переносить надзвичайно важкий стрес від страху смерті, втрати внутрішньої цілісності і свідомості буття, а, по-друге, стикається із жорсткою ворожістю, гидливістю, презирством і дискримінацією. До важких переживань з приводу свого діагнозу і здоров'я додаються страждання, викликані розривом відносин з близькими. Страх за своїх близьких, які теж можуть бути дискриміновані, необхідність приховувати діагноз, відчуття безпорадності й безнадійності значною мірою визначають душевний стан людей, інфікованих ВІЛ.

Стурбованість викликають і випадки зловживань в системі охорони здоров'я. Конституція України забороняє дискримінацію людей, що живуть з ВІЛ, і закон про СНІД не дозволяє медичним установам відмовляти у допомозі або госпіталізації людині з ВІЛ/СНІДом. Проте в ряді незалежних соціологічних досліджень наводяться приклади, коли медичні служби порушували ці вимоги щодо ВІЛ-позитивних наркоманів або працівників секс-

індустрії. Опитані скаржилися, що медики нерідко заявляли, мовляв, наркомани самі у всьому винні через свої звички, і тому не можуть розраховувати на медичну допомогу. Інші респонденти вказали, що їм відмовляли в лікуванні або вимагали плату за надання медичних послуг.

Деяких ВІЛ-позитивних вагітних жінок підштовхнули до проведення абортів, хоча зараз в Україні цілком доступні два препарати, які фактично знищують ризик передачі вірусу від матері до дитини. Деякі жінки скаржилися на те, що лікарська таємниця відносно них була порушена, і медичний персонал повідомив про їх ВІЛ-позитивний статус членам родин та іншим людям.

Надання паліативної допомоги починається з моменту встановлення діагнозу, коли люди ще не потребують догляду, але їм необхідна психологічна і духовна підтримка.

Тому досвід сестер милосердя, що мають не лише сестринську практику надання паліативної допомоги, але і багаторічний досвід духовної підтримки хворих з хронічними прогресуючими захворюваннями, є вельми актуальним.

Церква заявляє про підтримку СНІД-сервісних організацій.

Видання Chicago Tribune опублікувало аналіз змін ролі Римо-католицької церкви в епідемії ВІЛ/СНІД, яка триває вже більше 25 років. За оцінками Ватикану, зараз близько 27% СНІД-сервісних служб в світі діють на базі католицьких організацій.

Підтверджує зацікавленість церкви в проблемі той факт, що священнослужителі і співробітники охорони здоров'я в липні 2006 року провели конференцію з ВІЛ/СНІДу в Чикаго (США), організатором якої виступила Національна католицька мережа зі СНІДу.

Велике значення для профілактики інфікування ВІЛ має поведінка персоналу. Під час роботи медичному персоналу слід уникати контактів шкіри і слизових оболонок зі слиною, кров'ю та іншими біологічними рідинами пацієнтів, для чого необхідно працювати у спеціальному одязі, гумових рукавичках, змінному взутті, масках і захисних окулярах та шапочках.

Всі робочі місця повинні бути забезпечені дезінфікуючими та антисептичними розчинами і аптечкою першої медичної допомоги.

Для захисту шкіри рук персонал повинен застосовувати гумові рукавички, основним завданням яких є створення перешкоди на шляху пере-

дачі збудників інфекції від пацієнта медичному працівнику, або від медичного працівника пацієнту. Гумові рукавички необхідно використовувати ОДНОРАЗОВО і обов'язково змінювати на нові для кожного чергового пацієнта. У разі порушення цілісності гумових рукавичок їх треба негайно зняти, провести гігієнічну обробку рук антисептиком, після чого для продовження роботи одягти нові рукавички.

**Висновки.** Проблема ВІЛ сьогодні стосується кожного, у тому числі і нас з вами. Вірус не обирає людей за соціальним станом, способом життя та звичками, і може потрапити в організм будь-якої людини. При збігу певних факторів (присутність вірусу в організмі, його необхідна концентрація та потрапляння ВІЛ у кровообіг) будь-яка людина може стати ВІЛ-позитивною.

На сьогодні ступінь поширення вірусу є таким, що люди з ВІЛ є і у нашому місті, і, можливо, у

нашому колективі, і, цілком імовірно, у колі наших знайомих та друзів. Ми можемо знати про це, а можемо і не знати. Існує можливість як проігнорувати проблему ВІЛ/СНІДу та розвиток епідемії, так і можливість замислитись над цією проблемою. Розвивається епідемія найчастіше через те, що багато хто з нас вважає, що ВІЛ не може їх торкнутися. Як наслідок, люди стають ВІЛ-позитивними тільки тому, що не знали, як уникнути передачі вірусу, або знали, але вирішили за непотрібне дотримуватись цієї тактики.

Тільки від нас самих залежить – змінити свою поведінку і залишитись здоровою людиною або не думати про свій власний ризик передачі ВІЛ та імовірність стати ВІЛ-позитивним.

Доки ми особисто не змінимо свого ставлення до проблеми, не змінимо своєї поведінки, доти сподівання на припинення росту числа нових випадків є марними.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення від 12 грудня 1991 року № 1972-ХІІ.

2. Указ Президента України "Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом від 28 серпня 2001 року № 741/2001.

3. Міністерство Охорони Здоров'я України. НАКАЗ "Про удосконалення лікування хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД від 15.04.2003. – № 173.

4. Коваль Л. СНІД: мобілізація зусиль – вимога часу // Українська культура. – 2001. – 13.01. – С. 11

5. Ніколаєнко Р. Серед ВІЛ-інфікованих переважають наркомани // Вечірній Київ. – 2000. – 13 січня. – С. 4

6. Тенета небезпеки: ВІЛ як проблема розвитку, епідемія СНІДу в контексті демографічної ситуації в Україні // Завуч. – 2001. – № 8 (вкладка).



## СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ГОСПІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ “ЛІЗОФОРМ”

Загальні рекомендації щодо профілактики інфікування в лікувально-профілактичних закладах повинні доповнюватися конкретними планами заходів, що враховують специфічні умови кожного окремого закладу. Допомогу у створенні таких профілактичних програм можуть надати не тільки установи держсанепіднагляду, але й фірми, що мають певний досвід роботи з профілактики інфекційних захворювань. Однією з таких фірм, що вже більш 7 років успішно співпрацює з багатьма медичними закладами в Україні із питань профілактики внутрішньолікарняних інфекцій, є компанія “Лізоформ-Україна”.

Компанія “Лізоформ” створена у Німеччині у 1900 році. Сьогодні “Лізоформ” – символ дезінфекції не тільки у Німеччині, але і у всій Європі, Північній та Південній Америці, у частині Азії, Африці, Австралії. Основним принципом “Лізоформа Др. Ханс Роземанн ГмбХ” є незмінна якість продукції як гарантія захисту життя.

В Україні “Лізоформ” з’явився на початку 90-х років як самостійна фірма зі своїми власними ідеями і підходами до бізнесу і незмінною вірністю німецькій традиції. Нині компанія “Лізоформ – Україна” це форпост у боротьбі з інфекційними хворобами в Україні. “Лізоформ – Україна” це не тільки власна продукція, що виробляється у Німеччині, це і засоби індивідуального захисту, що створюють безпечні умови при роботі з дезінфектантами, це і сучасні дезінфектанти провідних вітчизняних виробників, це і впровадження освітніх програм, метою реалізації яких є підвищення рівня безпеки медичних працівників та пацієнтів під час їх перебування у лікувальних закладах щодо інфікування ВІЛ-інфекцією та іншими внутрішньолікарняними хворобами тощо.

**Сьогодні компанія “Лізоформ – Україна” пропонує засоби дезінфекції рук медперсоналу, тому що руки – це основний фактор передачі збудників інфекційних захворювань.**



Дезінфекція рук медперсоналу

Дезінфекція рук медперсоналу

Дезінфекція – це процес знищення мікроорганізмів на поверхні об'єктів

- Це означає, що дезінфекція є процесом знищення мікроорганізмів на поверхні об'єктів
- А 70% мікроорганізмів, що знаходяться на поверхні об'єктів, є бактеріями

Схеми передачі збудників інфекції руками:

□ при догляді за одним пацієнтом: з одного локуса організму в інший пацієнт локус А - руки - пацієнт локус Б


□ при догляді за кількома пацієнтами - від одного пацієнта до іншого пацієнт А - руки - пацієнт Б

□ при контакт з контамінованими пацієнтом об'єктами зовнішнього середовища пацієнт А - об'єкти стаціонару - руки - пацієнт Б

□ при контакт з об'єктами зовнішнього середовища, контамінованого іншим медичним персоналом




**Àèñòø óààí í ÿ ðóéï àðñí í àèò**




- Í ñí í àí à ì à ðà ñóø ³ í ÿ ðóé – àèààèáí í ÿ ³ ø è³èè àí àè.

Áí èí ð ðóèè – +óáí á³ óí í àè àèÿ ðí çí í í æáí í ÿ ì ³èðí í ðæáí ³í ³á!


Àèñòø óààí í ÿ ðóé ðààèèò³èí èì è çàñí àáì è ò ðèçáí àèòó àí í áàð àèèèáí í ñó³ñóø ³ í ÿ ³ í àèí í è+áí í ÿ ³ ð áèø³!



**Ãã³³ó í ³+í á àèñòø óààí í ÿ ðóé ì àðñí í àèò**



Í ñèÿ ãã³³ó í ³+í á í ðóò ì èòòÿ í àñóòí í ðí ðáðòèè ðóèè í áí í ðàçí àèì ááçáí èí èí ðòèì ðóø í èèí ì **Èì óóñ.**



- Критерії вибору засобів для висушування рук:**
- ↳ Одноразовість
  - ↳ Індивідуальність
  - ↳ Висока якість
  - ↳ Відсутність негативного впливу на шкіру рук
  - ↳ Економічність використання.

**СХЕМА ГІГІЄНИЧНОЇ ОБРОБКИ РУК ПЕРСОНАЛУ**

Руки персоналу – один з основних факторів передавання збудників інфекційних захворювань. Дотримання персоналом правил і техніки миття та антисептики рук, використання рукавичок дозволять попередити виникнення значної кількості інфекційних захворювань і сприятиме раціональному використанню коштів.

**До проведення маніпуляцій**

- Плічові миття:** На миттєві руки нанести порцію милового розчину (20-30 г або 10-15 мл). Спритиєти всілякі руки протягом не менше 30 сек. Ретельно вмийте кожен палець, особливо великий і безіменний.
- Спритиєти:** Нанесіть ватеру руки до висихання спиртовим розчином.
- Плічова антисептика:** На долоню нанести 2 мл антисептика AGG 2000. AGG 2000 – голь або розчин. Вирізняти вміст до повного висихання антисептика на миттєві 30 сек. Руки не висушувати не рекомендується.
- Надівати рукавички:** За необхідності надіти стерильні рукавички.


**Після проведення маніпуляцій**

- Плічова антисептика:** На долоню нанести 2 мл антисептика AGG 2000. AGG 2000 – голь або розчин. Вирізняти вміст до повного висихання антисептика на миттєві 30 сек. Руки не висушувати не рекомендується.
- Спритиєти:** На миттєві руки нанести порцію спиртового розчину (20-30 г або 10-15 мл). Спритиєти всілякі руки протягом не менше 30 сек. Ретельно вмийте кожен палець, особливо великий і безіменний.
- Сухувати:** Нанесіть ватеру руки до висихання спиртовим розчином.
- Дотримуватися шкіри рук:** На сухі руки нанести спеціальне зволоження шкіри. Глибоко зволоження розчинити в миттєві.


При проведенні плічової обробки рук персонал повинен дотримуватися правил тоїм миття та антисептики рук.

[www.lysoform.com](http://www.lysoform.com)

**Çí èí òà ì ðààèèì ãã³³ó í ³+í èò çàòí á³á**



1. Í ñèÿ í áí àñáí í ÿ áí ðèñáí ðèèà, ðóèè í á àèèèèòòò òù ³ í á àèñòø óð òù!
2. Í ñèÿ í ðí ááááí í ÿ ì áí ³í óèÿó³è ðóèè ñí í +àòèò çí áçàðàæòò òù áí ðèñáí ðèèí ì, à ì í ðí çà í áí áó³áí í ñó³ ì èò òù!



**Ñèñòàì à ãã³³ó í è ðóé ó Ààø í ì ó èàá³ áò³**




**Çí í ááæáí í ÿì è ì ³óí í ã çáí ðí á³ÿ!**



**Èì èàèèèè èì ì ì áí ³ÿ “È³çí ó ì ðí ”**

