

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

1/2010

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 № 14 від 23.02.2010 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 15.03.2010 Формат 60x84/8.
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. №1
Ум. друк. арк. 5,12. Обл.-вид. арк. 4,42
Тираж 600. Зам. № 183

Видавець і виготовник
Тернопільський державний медичний
університет імені І.Я. Горбачевського
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

ЗМІСТ

- Н.В. Пасечко, Н.С. Волощук*
Психологічні, соціальні та етичні аспекти 4
паліативної допомоги
- Б.А. Локай, Г.Г. Кміта, Л.Т. Крамар,
Р.Й. Вибирана, З.П. Мандзій*
Сестринський догляд при лейкоміях 6
- Н.В. Гуда, Л.С. Саламаха*
Особливості роботи операційної медичної
сестри у відділенні термічної травми 10
- Л.М. Зубкович*
Вірус грипу А/Н1N1/Каліфорнія 12
- О.О. Склярєва, Н.З. Федунь*
Режим харчування та дієтотерапія для
хворих з хронічною нирковою
недостатністю 17
- В.Л. Кравець*
Аналіз показників захворюваності на
алкогольні психози, алкоголізм,
наркоманію і токсикоманію та загальні
наркологічні захворювання у
Тернопільській області 23
- Н.Я. Фарійон*
Деонтологічні аспекти в роботі медичного
працівника 29
- Т.І. Грицишин*
Медична сестра як провідник до здоров'я 32
- С.М. Коханівська*
Рак шийки матки як проблема сьогодення 35
- Т.М. Запорожець*
Деонтологічні вимоги до роботи медичної
сестри 37
- А.В. Яловега*
Вакуумні системи для внутрішньовенного
забору крові. Склад системи та процедура
забору. Переваги та перспективи
розвитку 40

CONTENTS

- N.V. Pasyechko, N.S. Voloshchuk*
Psychological, social and ethical aspects of
palliative cure 4
- B. Lokay, H. Kmita, L. Kramar, R. Vybyrana,
Z. Mandziy*
Nursing care in patients with leucaemias 6
- N.V. Guda, L.S. Salamaha*
Particularity of surgical nurse work in the
department of thermal injury 10
- L.M. Zubkovych*
Virus of flu A/H1N1/California 12
- O.O. Sklyarova, N.Z. Fedun*
Adequate diet therapy for clients with
chronic renal failure 17
- V.L. Kravets*
The analysis of morbidity and disease
indicators (prevalence) about alcoholic
psychosis, alcoholism, drug addiction,
substance abuse and it's general morbidity
(prevalence) in Ternopil region 23
- N.Ya. Fariyon*
The deontological aspects in the work of
health care practitioner 29
- T.I. Hrytsyshyn*
Nurse – as a guide to health 32
- S.M. Kokhanivska*
Cervix of the uterus cancer as huge
problem of nowadays 35
- T.M. Zaporozhets*
The deontological aspects of nurse's work 37
- A.V. Yalovega*
Vacuum systems of intravenous blood
sample. System composition and procedure
of blood sampling. Advantages and
prospectives of development 40

ПСИХОЛОГІЧНІ, СОЦІАЛЬНІ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Н.В. Пасечко, Н.С. Волощук

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Тернопільський обласний клінічний комунальний онкологічний диспансер*

*Медичний працівник не Бог-людина,
Але від нього, як від Бога,
Для зцілення украї потрібна
Недужим людям допомога.*

Вступ. Милосердя, милосердя – прислухайтесь! Можливо, хтось наприкінці свого життя потребує вашої допомоги.

На сьогодні в Україні налічується понад півтора мільйона людей, які страждають від різних захворювань. Одні від онкологічних, серцево-судинних, гематологічних та інших тяжких невиліковних хвороб. Інші – від душевних мук, в очікуванні неминучої втрати хворих рідних. І ті, й інші потребують нашої допомоги і матеріальної, і моральної. Адже відчуття поряд надійної руки, усвідомлення, що ти у своїй біді не один, чи не найважливіше в критичних ситуаціях. І щоб у котре наголосити на цьому 10 жовтня у всьому цивілізованому світі День паліативної та хоспісної допомоги відзначається під гаслом: « Твій голос має бути почутим » [2].

Гуманна суть хоспісної служби полягає в тому, що кожна людина має право жити якісно до останньої хвилини – жити, а не доживати, жити без болю, без дискомфорту, бути психологічно захищеною [2].

Більшість людей помирає вдома, на одинці з фізичним болем, депресією, без ефективного знеболювання, належного догляду і соціально-психологічної допомоги.

Під час анкетування, яке було проведено в онкодиспансері за 2009 рік серед жінок та чоловіків різної вікової категорії, 90% опитуваних воліють померати вдома – в рідних стінах, у присутності своїх рідних.

Тому, окрім хоспісів і хоспісних відділень, нам потрібні інші форми паліативної допомоги: хоспіси вихідного дня, хоспіси вдома. Надання паліативної допомоги вдома менш затратна за традиційну і таким видом допомоги можна охопити увагою більшу кількість людей з обмеженим прогнозом життя. Для цього потрібно у місті створити міжвідомчу координаційну раду, до якої, на нашу думку, повинні входити представники органів місцевої влади, соціальні та медичні служби, Товариство Червоного Хреста, громадські та релігійні організації.

У світі служба паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) активно діє вже понад 30 років, а в Україні робить тільки перші кроки, як і в нашій області. Щодо області, то в с. Плотича Тернопільського району планується створення відділення хоспісу на базі обласної протитуберкульозної лікарні.

Основна частина. Безпосередньо для хворого паліативна допомога складається з таких послідовних пунктів:

1. Оцінка психологічного статусу хворого: апатія, депресія, втомленість, нервозність, безсоння тощо. Ці фактори знижують поріг больової чутливості і, таким чином, посилюють біль. Тому їх виявлення і лікування сприяє підвищенню загальної ефективності комбінованої терапії [2].

2. Оцінка якості життя дозволяє з'ясувати причини, які впливають на загальний стан хворого. Для оцінки якості життя необхідно використовувати різні критерії, які дозволяють оцінити усі сторони життя хворого, наприклад, критерії, рекомендовані IASP: загальний фізичний стан; функ-

ціональна активність; духовність; соціальна адаптація; можливість самообслуговування; комунікабельність і внутрішньосімейні відносини; сексуальне задоволення; оцінка результатів лікування; плани на майбутнє, професійна діяльність; ефективність знеболювання [3].

3. Оцінка ефективності застосованих методів знеболювання. Дуже важливо встановити, які препарати, в яких дозуваннях і при якому режимі введення, давали найкращий ефект; які ускладнення відзначались при введенні тих або інших препаратів. Дуже важливо розрізняти прояви побічної дії препаратів і симптоми самого захворювання [1].

4. Оцінка результатів спеціальної протипухлинної терапії. Застосування різних методів спеціальної протипухлинної терапії (хіміотерапія, променева терапія, гормональне лікування) з паліативною метою може призвести до зменшення інтенсивності болю і зміни тактики лікування.

5. Супровідні захворювання необхідно враховувати з точки зору їх можливого загострення або розвитку ускладнень, які можуть виникнути внаслідок застосування анальгетиків та інших препаратів, які застосовують для симптоматичного лікування [1].

Виявлення наркотичної залежності, яка виникла у хворого, дозволяє правильно скоректувати лікування з урахуванням цієї обставини. Треба мати на увазі, що *розвиток наркотичної залежності не може розглядатись як підстава для відміни наркотичних анальгетиків у невиліковного хворого з хронічним больовим синдромом* [1].

Психотерапевтичні методи у лікуванні болю є допоміжними і спрямовані на підвищення по-

рогу больової чутливості за рахунок поліпшення настрою, зняття депресії і страху. Відомо, що поріг сприйняття болю знижується у разі безсоння, втоми, тривоги, страху, гніву, депресії, нудьги, психічної ізоляції. Разом з тим, стійкість до болю зростає після повноцінного сну, при наявності товариства, співпереживання, розуміння, можливості зняти напруження, присвятити себе улюбленій справі. Велике значення має також медична і соціальна реабілітація хворого, підвищення його активності. В частини хворих можливе використання гіпнозу і автогенного тренування. Очевидно, що ці методи є найбільш успішними у хворих із слабким та помірним болем, а хронічний больовий синдром при злоякісних пухлинах вимагає тривалих (протягом тижнів і місяців) впливів. В термінальному періоді хвороби для використання психотерапевтичних методик немає необхідного запасу часу і достатньої концентрації уваги хворого, який страждає від болю. В інших ситуаціях гіпнотичний вплив, здійснюваний кваліфікованим спеціалістом, може виявитися досить успішним.

На жаль, різноманітність методів каузальної і загальної знеболювальної терапії при злоякісних новоутворах в термінальній стадії ще не є гарантією її успіху. Однак, використовуючи диференційний підхід в кожному конкретному випадку, завжди необхідно шукати оптимальний варіант корекції больового синдрому [2].

Висновок. Завдання паліативної допомоги – підтримувати належну якість життя людини в термінальній стадії захворювання на основі психологічного статусу хворого, оцінки якості життя, оцінки ефективності застосованих методів знеболювання та психотерапевтичних методів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Болевой синдром / Под ред. В.А. Михайловича, Ю.Д. Игнатова. – Л.: Медицина, 1990. – 336 с.
2. Бондар Г.В., Вітенко І.С., Попович О.Ю. Паліативна медична допомога. – Донецьк: Донеччина, 2004. – С. 16-37.

3. Галайчук І.Й. Клінічна онкологія. Частина І: Посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – С. 227-236.

УДК 616.155.392-083

СЕСТРИНСЬКИЙ ДОГЛЯД ПРИ ЛЕЙКЕМІЯХ

Б.А. Локай, Г.Г. Кміта, Л.Т. Крамар, Р.Й. Вибирана, З.П. Мандзій

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Тернопільська університетська лікарня*

У статті розглянуто основні клінічні симптоми та синдроми, якими проявляються різні види лейкемій, висвітлено особливості сестринського процесу та догляду за хворими з цією патологією.

NURSING CARE IN PATIENTS WITH LEUCAEMIAS

B. Lokay, H. Kmita, L. Kramar, R. Vybyrana, Z. Mandziy

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

The article represents the main symptoms and syndromes, which are typical for the different types of leucaemiae, and the peculiarities of nursing process and nursing care of the patients with this pathology.

Вступ. Лейкемії – це група злоякісних новоутворів кровотворної системи, які походять з кісткового мозку. Для цих захворювань характерний прогресуючий перебіг, несприятливі клінічні прояви, які погіршують стан здоров'я, знижують якість життя, призводять до ранньої інвалідизації і зумовлюють високу смертність.

Протягом останніх десятиліть проблема захворюваності на лейкемії набула особливої актуальності через невпинне зростання числа хворих на злоякісні захворювання системи крові, недостатність відомостей про етіологію, патогенез і малу ефективність існуючих методів лікування. Аналіз захворюваності виявляє ряд цікавих даних: особливо різке підвищення захворюваності людей старших вікових груп, більш висока захворюваність чоловіків, зв'язок захворюваності на лейкози з расовою приналежністю. Вплив іонізуючої радіації на частоту виникнення лейкозів був встановлений при аналізі наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, наслідків атомного бомбардування Хіросіми і Нагасакі, а також у хворих, лікованих опроміненням.

Лейкемії – важлива проблема сучасної біології і медицини. Серед злоякісних новоутворень їм належить особлива і першочергова роль. Це пов'язано з тим, що більшість лейкемій залишаються фатальними захворюваннями. Вони виявилися "точкою росту" всієї проблеми раку в цілому, і успіхи в вивченні лейкозів і боротьби з ними можуть бути поширені на інші форми злоякісних пухлин. Не випадково в міжнародній співпраці вчених їх обрали одним з центральних об'єктів досліджень [1].

Основна частина. Лейкози займають перше місце серед інших захворювань системи крові [2]. Ця група захворювань має велике соціальне значення, бо смертність від них складає близько 6-10 % дорослих, що помирають від злоякісних новоутворень і близько 50 % дітей. В останньому випадку це пов'язано з піком захворюваності в ранньому дитячому віці, зумовленому в основному гострими лейкозами. Смертність від лейкозів складає біля 1 % загальної смертності у всіх країнах світу. Захворюваність складає 22,6 та 15,2 на 100 тис. Населення, відповідно, у чоловіків та жінок [3].

© Б.А. Локай, Г.Г. Кміта, Л.Т. Крамар, Р.Й. Вибирана, З.П. Мандзій, 2010

Етіопатогенез. Причинами розвитку пухлинного процесу є набуті (у результаті дії на організм іонізуючого випромінювання, хімічних речовин – бензол, продукти перегонки нафти, ліків – циклофосфан, азатиопрін та ін.) та спадкові порушення будови і функції специфічних структур (хромосом) кровотворних клітин. При цьому відбувається їх надлишкове розмноження в кістковому мозку з наступним «розселенням» у різних тканинах та органах (уражуються лімфатичні вузли, печінка, селезінка, шлунок, кишечник, головний та спинний мозок, шкіра та ін.)

Виділяють гострі лейкози (ГЛ), при яких основну масу кісткового мозку складають незрілі (недиференційовані), так звані бластні клітини, та хронічні лейкози (ХЛ), морфологічним субстратом кісткового мозку яких є переважно зрілі (диференційовані) елементи крові. Залежно від приналежності патологічних лейкозних клітин до того чи іншого ростка кровотворення ГЛ та ХЛ ділять, відповідно, на мієлобластні й лімфобластні, мієлоцитарні й лімфоцитарні. Розростання пухлинної тканини в кістковому мозку призводить до порушення утворення в ньому нормальних елементів крові. Зменшення кількості лейкоцитів (лейкопенія) зумовлює порушення захисних (імунних) реакцій організму і підвищення сприйнятливості до інфекцій; зниження вмісту еритроцитів та рівня гемоглобіну в крові (анемія) веде до недостатнього надходження кисню в різні тканини та органи; зниження вмісту тромбоцитів (тромбоцитопенія) – виникненню геморагічного синдрому (кровоточивості) в результаті порушення здатності крові згортатись.

Клінічна картина лейкозів відрізняється великою різноманітністю. Справжній початок захворювання клінічно не проявляється, а його дебют супроводжується неспецифічними симптомами. Хворих турбують загальна слабкість, підвищення температури тіла, пітливість. Можливі, особливо при ГЛ, болі в кістках, суглобах і животі, нудота і блювота. Розвивається анемічний синдром, основними ознаками якого є загальна слабкість, зниження працездатності, запаморочення, серцебиття та задишка при фізичному навантаженні, блідість шкіри та слизових оболонок. Наявність анемічного синдрому підтверджується зниженням концентрації гемоглобіну у крові.

Геморагічний синдром характеризується появою на шкірі та слизових оболонках петехій, синців, кровоточивістю ясен, носовими, маткови-

ми, шлунково-кишковими та іншими кровотечами. При лабораторних дослідженнях виявляють зменшення вмісту тромбоцитів у крові та збільшення часу кровотечі.

Виразково-некротичні зміни слизової оболонки рота і шлунково-кишкового тракту, ураження шкіри (лейкозні інфільтрати), збільшення лімфатичних вузлів, печінки і селезінки відображають проникнення злоякісних клітин в різні тканини та органи.

Захворювання перебігає на фоні інтоксикаційного синдрому, вираженість клінічних проявів якого значно коливається – від загальної слабості та швидкої втомлюваності до нудоти, блювання та відсутності апетиту.

Хворі на лейкози схильні до інфекцій – часто відмічається ангіна, ГРВІ, запалення легень, цистит, пієлонефрит, а також сепсис. Ці інфекційно-запальні процеси погіршують перебіг лейкозу та нерідко бувають причиною летальних наслідків.

Діагностика. У практиці медичної сестри можливі дві ситуації: пацієнта обстежують з невстановленим або з встановленим діагнозом. У першому випадку на основі знання перерахованих симптомів можна запідозрити лейкоз і спрямувати хворого на консультацію до лікаря. Важливо якомога раніше встановити діагноз і розпочати лікування.

Клінічне обстеження дозволяє медсестрі оцінити стан здоров'я пацієнта і виявити його проблеми. При плануванні догляду вона аналізує ситуацію в сім'ї, визначає рівень знань хворого та його родичів про захворювання, повідомляє їм інформацію про принципи його діагностики та лікування.

До числа лабораторних обстежень входять клінічний аналіз крові з підрахунком ретикулоцитів та тромбоцитів, визначення часу згортання крові, тривалості кровотечі, протромбінового індексу, концентрації фібриногену, а також загальний аналіз сечі. Призначають рентгенографію органів грудної клітки, УЗД органів черевної порожнини, аспіраційну біопсію кісткового мозку з наступним гістологічним та гістохімічним дослідженням пунктату. За показами використовують інші методи (біохімічні, імунологічні, генетичні), які дозволяють діагностувати окремі клінічні форми ГЛ та ХЛ.

Клінічний аналіз крові при ГЛ нерідко виявляє анемію у поєднанні з лейкопенією та тромбоцитопенією, недиференційовані бластні клітини, а

при ХЛ – анемію, збільшення кількості лейкоцитів і нерідко – тромбоцитів у крові. Характерне підвищення ШОЕ. Картина периферійної крові певною мірою відображає морфологічні зміни в пунктаті кісткового мозку при лейкозі.

Сестринська допомога. Особлива увага повинна приділятися хворим у розгорнутій стадії ГЛ, фазі бластної кризи ХЛ. Такі хворі, зазвичай, знаходяться у тяжкому або у крайній тяжкому стані, відсутність кваліфікованого догляду може спричинити фатальні наслідки.

Медична сестра повинна чітко орієнтуватись у тому, які відомості про хворого треба приховувати, знати тактику лікаря, підтримувати її, не давати хворому або близьким його ніяких відомостей без дозволу лікаря. Вона сприяє створенню спокійної, доброзичливої і довірчої атмосфери в оточенні пацієнта, приділяє йому достатньо уваги та виконує його прохання та побажання, розумно обмежує фізичну активність, забезпечує повноцінний відпочинок та сон. Самопочуття хворого покращують відвідування родичів та близьких людей, заняття улюбленою справою (читання, прослуховування музики, перегляд телепередач).

Постіль хворого повинна бути завжди чистою, без складок і рубців. Перестеляти її треба двічі на день – уранці та увечері, а за необхідності – й вдень.

Хворі приймають їжу в ліжку. Тяжкохворих медична сестра годує сама. Годують хворого малими порціями з достатніми паузами, щоб хворий мав можливість добре пережовувати і не похлинутися. Пити дають з поїльника або звичайного невеликого чайника. Якщо хворому важко жувати, то йому дають рідку або протерту їжу. Не слід давати гарячої їжі.

Харчування має бути висококалорійним, з достатнім вмістом тваринних і рослинних білків, жирів та вуглеводів. Виключають свіжі овочі та фрукти в зв'язку із можливістю інфікування, обмежують вживання копченостей, смажених страв і тупоплавких жирів. Рекомендують легкі закуски між основними прийомами їжі, а також підливки, соуси і приправи до м'яса, риби, птиці і овочів.

Пацієнта можуть турбувати нудота, блювання, болі у животі, зниження або відсутність апетиту, схуднення. Зменшення вираженості або ліквідація цих несприятливих симптомів – достатньо складне завдання. За призначенням лікаря використовують протирвотні засоби (мотиліум, церукал та ін.), а в зв'язку із можливим, особливо

на фоні блювання, зневодненням організму слідкують за достатнім (2-3 л/добу) вживанням рідини у вигляді чаю, розбавлених фруктових і овочевих соків, мінеральних вод.

Повна відсутність апетиту у тяжкохворого з вираженими ураженнями слизової оболонки рота, шлунка, кишечника і пов'язані з ними порушеннями усіх видів обміну речовин є показом до парентерального харчування. У цих випадках застосовують концентровані розчини глюкози, амінокислотні препарати і жирові емульсії.

Медсестра стежить за чистотою тіла хворого, своєчасно міняє білизну, особливо після потіння, не дозволяє тривалий час залишатись в одному і тому ж положенні, особливо на спині. Хворого потрібно перевертати на боки, надавати йому напівсидячого положення. Цим запобігають розвитку запалення легенів (яким нерідко ускладнюється лейкоз), а також пролежнів чи опріlostей.

Пильної уваги заслуговують заходи, що спрямовані на попередження геморагій, кровоточивості ясен, носових та інших кровотеч, подразнень, пошкоджень і інфікування шкіри та слизових оболонок. Медсестра слідкує за дотриманням пацієнтом правил персональної гігієни, щоденно оглядає шкірні покриви і видимі слизові, проводить туалет шкіри тяжкохворим (обтирання м'якою чистою ганчіркою, змоченою дезінфікуючим розчином; особлива увага приділяється складкам шкіри, місцям тертя та посиленого потіння (пахові складки, статеві органи, навколо заднього проходу, під молочними залозами); підмивання хворого 2-3 рази на день, особливо після справлення фізіологічних потреб), рекомендує чистити зуби м'якою щіткою, постійно полоскати рот холодним фізіологічним розчином, розчином калію перманганату (1 кристалик на склянку теплої води) або водою. Для лікування стоматиту проводять аплікації (накладання стерильних марлевих серветок, змочених 0,1 % розчином фурациліну або відваром ромашки) кілька разів на день [4].

При виконанні різних медичних маніпуляцій дотримуються універсальні принципи гігієни: необхідні миття рук, використання одноразових шприців, стерильних серветок та ін. Виключають контакти хворого з родичами та обслуговуючим персоналом при наявності у них ознак інфекційного захворювання.

Медсестра постійно вимірює температуру тіла хворого. Вона інформує хворого та його ро-

дичів про протиінфекційні заходи в лікарняних і домашніх умовах; у випадку кровотеч надає пацієнту долікарську медичну допомогу і своєчасно інформує про це лікаря. Хворий повинен знати про небезпеку виникнення у нього кровотеч і володіти загальнодоступними способами їх зупинки.

Больовий синдром знімають за допомогою анальгетиків, в тому числі – наркотичного походження.

Принципи лікування. Медикаментозне лікування хворих ГЛ – відповідальний і складний процес. Воно проводиться з метою досягнення ремісії захворювання, її закріплення і стабілізації, покращення якості і збільшення тривалості життя хворого. Медсестра, виконуючи призначення лікаря, оцінює загальний стан пацієнта, виявляє несприятливі дії препаратів і можливі ускладнення (анемію, кровотечі та ін.).

У самому загальному вигляді сучасне лікування лейкозів включає в себе хіміотерапію, променеву і підтримуючу терапію, трансплантацію кісткового мозку. Арсенал хіміотерапевтичних засобів достатньо великий: цитостатичні препарати (цитарабін, метотрексат, циклофосфан, вінкрістин та ін.), протипухлинні антибіотики (доксорубіцин та ін.), кортикостероїдні гормони, імуностимулюючі речовини (α -інтерферон та ін.), моноклональні антитіла. Достатньо широкий спектр і їх побічних ефектів. Цитостатичні препарати пригнічують функції кісткового мозку і призводять до розвитку анемії, лейкопенії, тромбоцитопенії, порушують імунітет і сприяють виникненню інфекцій-

них ускладнень. Деякі з них мають токсичну дію і ушкоджують шлунково-кишковий тракт, нервову систему, печінку і нирки, сприяють порушенню статевих функцій і випаданню волосся. Лікування гормонами може призвести до ендокринних порушень (синдром Кушинга, цукровий діабет), виникненню виразок шлунка і кишечника, остеопорозу та ін.

Профілактика та лікування інфекційних ускладнень важливі для тривалої підтримки захворювання у стадії ремісії і виживання хворих. В цьому відношенні велику роль відіграють дотримання санітарно-епідемічного режиму, своєчасне виявлення і лікування інфекцій за допомогою антибактеріальних препаратів широкого спектра дії (фторхінолони, цефалоспорини, аміноглікозиди та ін.) і протигрибкових засобів (флуконазол та ін.).

Лікування анемії, як правило, здійснюється переливанням еритроцитарної маси, а терапія геморагічного синдрому на фоні тромбоцитопенії – шляхом інфузій тромбоконцентрату та свіжозамороженої донорської плазми.

Висновок. Через щорічне зростання захворюваності на гості та хронічні лейкомії велике значення має чітке знання медичним персоналом всіх рівнів симптоматики захворювань для підвищення рівня ранньої діагностики, що дасть можливість знизити смертність та покращити якість життя хворих людей. Медичні сестри повинні усвідомлювати надзвичайну важливість своєї ролі, пам'ятати, що тільки добрий догляд, виконання всіх призначень сприятимуть поліпшенню стану хворого.

ЛІТЕРАТУРА

1. Морозова В.Т. Лейкозы – болезни стромы кроветворных органов // Клиническая лабораторная диагностика. – 1999. – № 6. – С. 3-13.
2. Токарев Ю.Н., Бухна А.Е. Секреты гематологии и онкологии. – М.: Бином, 1997. – С. 235-248.

3. Коваль А.И., Третьяк Н.Н. Клинико-морфологическая характеристика миелоидных лейкозов в современных экологических условиях Украины // Лікарська справа. – 1998. – № 1. – С. 18.
4. Демченко О.К. Медсестринство в терапії. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 234-254.

УДК 617–001.17–089: 614.253.52

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ОПЕРАЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ВІДДІЛЕННІ ТЕРМІЧНОЇ ТРАВМИ

Н.В. Гуда, Л.С. Саламаха

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

У статті детально розглянуто особливості роботи операційної сестри у відділенні термічної травми, що виникли в зв'язку з впровадженням в останні роки в Україні нових матеріалів та технологій у лікування опікових хворих.

PARTICULARITY OF SURGICAL NURSE WORK IN THE DEPARTMENT OF THERMAL INJURY

N.V. Guda, L.S. Salamaha

Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky

Particularities of surgical nurse work in the department of thermal injury appeared during last years because of the implementation of new materials and technologies in the treatment of burn patients are analysed in the article.

Вступ. Незважаючи на те, що роль операційної медичної сестри в лікуванні хворих з термічною травмою є загальновідомою і загально визнаною, є ряд особливостей лікування хворих, які сформувалися в результаті запровадження в клінічну практику нових медичних технологій. У відділеннях термічної травми перебувають на лікуванні потерпілі як з поверхневими, так і глибокими опіками, а також ранами неопікового походження. Створені в останні роки в Україні нові перспективні матеріали для покриття дефектів шкіри і відповідні сучасні лікувальні технології вимагають перегляду функціональних обов'язків операційної медичної сестри.

Основна частина. Сучасні особливості роботи відділу термічної травми та пластичної хірургії пов'язані з тим, що до 1995 року оперативне лікування потерпілих з опіками проводилося лише хворим із глибокими ураженнями (а це 30% усіх потерпілих, які знаходилися на стаціонарному лікуванні). У таких хворих самостійна епітелізація ран неможлива, а тому їм доводилося виконувати оперативні втручання з пластики дефекту шкіри автодермальним матеріалом. Лікування хворих з поверхневими опіками здійснювалося консервативними методами, оскільки на той час не практикували поверхневих чи тангенціальних некректомій через відсутність

якісного біологічного покриття. Натомість, починаючи з 1995 року, при Тернопільському медичному університеті ім. І.Я. Горбачевського створено банк ліофілізованих ксенодермоімплантатів. Завдяки цьому на даний час усі лікувальні заклади України забезпечені необхідним пластичним матеріалом.

Клапти ксеногенної шкіри використовують для закриття ран після проведеної поверхневої (при опіках I-II ступеня) та пошарової (при опіках III-IV) некректомії, для закриття донорських ран і перфорованих автоклаптів шкіри хворого як економічний метод пластики при великих за площею глибоких опіках, а також з метою закриття ран неопікової етіології.

Це призвело до розширення обсягу оперативних втручань у відділеннях опікової травми та пластичної хірургії, що знайшло відображення у збільшенні оперативної активності в опікових відділеннях з 20-30 до 60-70%, чим зумовлено й зростання навантаження на операційну сестру. У відділеннях термічної травми та пластичної хірургії на даний час впроваджена активна хірургічна тактика, що включає проведення ранніх некректомій, автодермопластик, ранніх реконструктивно-відновних операцій, імплантацій ліофілізованих ксенодермоклаптів.

Ще однією особливістю проведення оперативних втручань у хворих з термічними ураження-

©Н.В. Гуда, Л.С. Саламаха, 2010

ми є виконання операцій в умовах інфікованої опікової рани, в зв'язку з чим постають підвищені вимоги до неухильного дотримання санітарно-епідеміологічного режиму на основі знань правил асептики та антисептики. Виконувати операції належать до «забруднених», тому важливо дотримуватися принципу почерговості взяття хворих на хірургічне лікування в операційну залежно від чистоти їх ран. Відповідно до цього операційна сестра узгоджує список планових операцій і здійснює вибір і приготування необхідного набору хірургічних інструментів та апаратури. Усе це ще раз засвідчує складність роботи операційної сестри опікового відділення, яка вимагає систематичних знань, чіткості дій та організованості.

В опікових відділеннях, де робота сестринського та лікарського персоналу пов'язана з постійним контактом з відкритими ранами та кров'ю, обов'язково повинні враховуватися встановлені і поширені в останні роки особливо небезпечні для медичного персоналу і хворих фактори ризику, зокрема в зв'язку з синдромом набутого імунodefіциту. У ході операції медсестра повинна постійно слідкувати за дотриманням умов інфекційної безпеки пацієнтів і персоналу, проводити своєчасну заміну забрудненого інструментарію, рукавичок і білизни.

У випадку взяття матеріалу для проведення мікробіологічного, цитологічного і гістологічного досліджень, що часто відбувається під час операцій в опіковому відділенні, медична сестра операційного блоку відслідковує своєчасність доставки матеріалу від хворого в лабораторію. Отриманий в результаті операції відпрацьований матеріал, який контактував з опіковою раною, належить до забрудненого та вимагає утилізації. Він поміщається в поліетиленові пакети і направляється в дезкамеру для обробки.

Тяжкий загальний стан пацієнтів із великими за площею опіковими ранами вимагає спеціальної підготовки до проведення операцій. Так, температура в операційній повинна бути не менше +25°C. У випадку нижчої температури, необхідно попередньо нагріти повітря в операційній,

бажано з допомогою апаратів з підігрівом повітря, його очистки і дезінфекції.

Операційна сестра повинна слідкувати за правильним положенням хворого на операційному столі. Від цього залежить ефективність виконання пластичних операцій, особливо при розміщенні ран на задній поверхні тіла або їх множинному характері. Під час операції можлива зміна позиції хворого. Також слід пам'ятати про необхідність підвішування кінцівок при розміщенні ран на задній поверхні. Використовується довготривала фіксація в такому положенні за допомогою стерильних еластичних бинтів, укріплених на додаткових тримачах.

Особливі вимоги стоять перед операційною сестрою щодо знання порядку підготовки операційної до втручання, підбору інструментів, білизни, шовного і перев'язувального матеріалу, апаратури і розуміння етапів виконання пластичних операцій у хворих з термічними ураженнями. В операційній опікового відділення є необхідною наявність набору відповідного хірургічного інструментарію та спеціальних апаратів, а саме стерильних дерматомів, коагуляторів та ін.

У випадку екстрених операцій операційна медична сестра повинна бути готова будь-якої хвилини взяти участь в операції як помічник хірурга, а в необхідних випадках – і як асистент. Цілком зрозуміло, що операційна медична сестра повинна досконало володіти навичками десмургії, оскільки після операції необхідно накладати пов'язки на прооперовані поверхні і опікові рани як закриті, так і незакриті авто- або ксенодермоімплантатами.

Висновок. Робота операційної сестри в опіковому стаціонарі відповідальна і складна. Основними вимогами до неї є достатній досвід роботи, ґрунтовні фахові знання і високі моральні якості. При необхідності операційна сестра має бути готовою до надання допомоги при роботі з опіковими хворими в перев'язувальній і на посту медичної сестри. В останні роки, у зв'язку з різким збільшенням кількості оперативних втручань, успіх лікування опікових хворих багато в чому залежить від знань та умінь операційної сестри.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бігуняк В.В., Повстяний М.Ю. Термічні ураження. – Тернопіль: „Укрмедкнига”, 2004. – 194 с.
2. Бігуняк В.В., Повстяний М.Ю., Нагайчук В.І., Гуда Н.В. Використання ліофілізованих ксенодермотрансплантатів у комбустіології: методичні рекомендації. – Тернопіль, 2003. – 21 с.
3. Jordan, B., & Harrington, D. (1997). Management of the burn wound. *Nursing Clinics of North America*, 32(2), 251-273.
4. Winfrey, M., Cochran, M., & Hegarty, M. (1999). A new technology in burn therapy: Integra artificial skin. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 18(1), 14-20.

УДК 616.921.5–036.22

ВІРУС ГРИПУ А/Н1N1/КАЛІФОРНІЯ**Л.М. Зубкович***Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
ННІ медсестринства*

У статті висвітлено питання про генетичні та біологічні особливості вірусу грипу А/Н1N1/Каліфорнія. Наведений огляд історії, епідеміології, патогенезу та клінічних проявів. Вказані рекомендації щодо профілактики та принципів лікування грипу А/Н1N1.

VIRUS OF FLU A/H1N1/CALIFORNIA**L.M. Zubkovych***Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky
Nursing Institute*

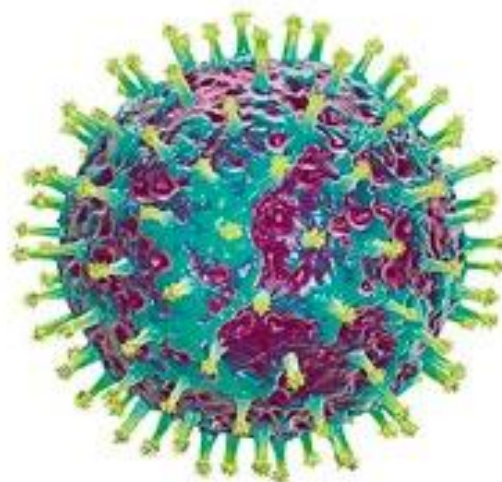
The questions about genetic and biological characteristics of virus flu A/H1N1/California are discussed in the article. Resulted review of history, epidemiology, pathogenesis and clinical manifestation of the disease. Accentuation of the recommendations about prevention and principles of treatment of virus flu A/H1N1.

Вступ. 11 червня 2009 року ВООЗ уперше більш ніж за 40 років офіційно оголосила про введення шостого, максимального рівня загрози пандемії у зв'язку зі стрімким поширенням світом грипу А/Н1N1.

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) являють собою велику групу клінічно й морфологічно подібних гострих запальних захворювань органів дихання, викликаних пневмотропними вірусами. Власне грип – гостра вірусна хвороба людини з крапельним механізмом передачі збудника, епідемічним та пандемічним розповсюдженням. Це найвідоміша й найбільш часта причина епідемій ГРВІ. Вірус грипу належить до сімейства ортоміксовірусів (Orthomyxoviridae). Збудники грипу – пневмотропні віруси, РНК-вмісні, трьох антигенних серологічних варіантів: А (А1, А2), В і С [7].

Основна частина. Історія людства знає кілька пандемій та епідемій грипу (табл. 1).

Кожна така пандемія характеризувалась великою кількістю людей, що захворіли та померли, величезними економічними втратами. Найбільш сумнозвісна — це найвідоміша «іспанка», або іспанський грип — А/Н1N1. Абсолютно досто-



© Л.М. Зубкович, 2010

Таблиця 1. Епідемії та пандемії грипу в світі у ХХ столітті

Рік	Серотип	Поширення
1918—1919	A/H1N1	Пандемія (Іспанський грип)
1933—1935	A/H1N1	Епідемія
1946—1947	A/H1N1	Епідемія
1957—1958	A/H2N2	Пандемія (Азіатський грип)
1968—1969	A/H3N2	Пандемія (Гонконгівський)
1977—1978	A/H1N1	Пандемія (Росія)
1995—1996	A/H1N1, A/H3N2	Пандемія

вірних даних немає, але, за результатами деяких досліджень, в 1918-1919 рр. людські втрати внаслідок пандемії грипу А становили 40-50 млн осіб. У перші місяці «іспанка» не була надто смертельною чи заразною, але після того, як вірус «обжився» в людській популяції, він набув вірулентності, що й викликало другу хвилю. Смерть наступала не від вторинних бактерійних інфекцій, а через надмірну реакцію імунної системи здорового організму на сам вірус.

Азіатський грип – вірус А/Н2Н2; пандемія 1957–1958 рр. – 2 млн померли. *Гонконгівський грип* – А/Н3Н2; 1968-1969 рр., 1 млн. Варто зазначити, що протягом гонконгівської епідемії вірус набув кількох мутацій, пристосовуючись до існування серед людей [7].

Особливість вірусу А/Н1Н1 2009 року полягає у проникненні його в епітелій практично всієї бронхіальної системи аж до дрібних бронхів, у той час як вірус сезонного грипу уражає переважно епітелій слизової оболонки носа. Це пояснює той факт, що у хворих на «свинячий» грип 2009 р. дуже часто розвивалася пневмонія.

Для вірусів серотипу А (рідше В) характерна часта зміна антигенної структури. Назва підтипу вірусу А залежить від його двох головних поверхневих антигенів – гемаглютиніну (Н) і нейрамінідази (N). Новий вірус «свинячого» грипу (Swine influenza virus) є реасортантом і комбінує генетичний матеріал грипу свиней, птахів і людини. Американська група вчених виявила також вірус А/Н1Н1 2009 року в епітеліоцитах кишечника, що допомагає зрозуміти, чому при свинячому грипі частіше, ніж при сезонному, спостерігаються блювота й діарея. Кожні два-три роки вірус зазнає незначних змін. Але з інтервалом приблизно в десять років, після того, як у основної частини населення світу виробився певний імунітет на ці зміни,

у структурі вірусу відбувається чергова перебудова, що дозволяє йому легко заразити сотні мільйонів людей в усьому світі [7].

Епідеміологія

Джерелом інфекції є лише людина. Хвороба поширюється повітряно-крапельним шляхом. При свинячому грипі в людей найбільш заразними є перші п'ять днів після початку хвороби, хоча деякі пацієнти, найчастіше діти, можуть залишатися заразними і до десяти днів. Сприйнятливість до грипу загальна. Проте під час епідемії грипу та ГРВІ 2009 р. у Західному регіоні України переважно хворіли люди віком до 30 років (серед госпіталізованих – 54,5 %; серед лабораторно підтверджених випадків грипу А – 66,2 %). До того ж, серед хворих не було людей з імунodefіцитом чи осіб без постійного місця проживання [5]. Статистичні дані по Тернопільській області та по всій Україні загалом свідчать про велику кількість захворювань на грип та ГРВІ. Станом на 29.12.2009 р. [1] в Тернопільській області з початку епідемії зареєстровано 60 922 випадки захворювань, в Україні в цілому 3 669 751. Звісно, що не кожен випадок спричинений вірусом А/ Н1Н1. У зв'язку з тим, що сезонний грип «випередив» свій час, ми не можемо говорити про епідемію А/ Н1Н1, оскільки значна частина захворювань припадає не на грип, а на інші гострі респіраторні вірусні інфекції (грип А, грип В, парагрип, аденовіруси, респіраторно-синцинтіальні інфекції) [8]. Станом на 29.12.2009 р. [1] в Тернопільській області за час епідемії померло 25 людей, в Україні – 675, при цьому майже у половини у гістологічному матеріалі виявлено і підтверджено наявність вірусу А/ Н1Н1/ Каліфорнія.

Патогенез

Первинна адсорбція, проникнення й розмноження вірусу відбуваються в клітинах бронхіо-

лярного й альвеолярного епітелію; в ендотелії капілярів, що призводить до первинної вірусемії. За допомогою нейрамінідази вірус розчиняє оболонку й проникає усередину клітини хазяїна. РНК-полімераза активує репродукцію вірусу, яка в епітеліальних клітинах бронхіол і легенів супроводжується загибеллю останніх й вивільненням збудника, котрий заселяє епітелій бронхів і трахеї [9]. Надалі, у зв'язку з некрозом епітелію й руйнуванням природного захисного бар'єру, вірус із місць первинної локалізації досить швидко потрапляє в кровообіг та внутрішні органи з розвитком стадії вторинної вірусемії й генералізації інфекції [6].

Отже, вірус грипу має:

—*цитопатичну (цитолітичну) дію* на епітелій бронхів і трахеї, викликає його дистрофію, некроз, десквамацію;

—*вазопатичну (вазопаралітичну) дію* (повнокрів'я, стази, плазмо- і геморагії);

—*імунодепресивну дію*: пригнічення активності нейтрофілів (пригнічення фагоцитозу), моноцитарних фагоцитів (пригнічення хемотаксису й фагоцитозу), імунної системи (розвиток алергії, поява токсичних імунних комплексів) [4, 7].

Вазопатичну та імунодепресивну дію вірусу грипу визначають приєднання вторинної інфекції, характер місцевих (риніт, фарингіт, трахеїт, бронхіт, пневмонія) і загальних (дисциркуляторні розлади, дистрофія паренхіматозних елементів, запалення) змін. Проникнення вірусу не завжди веде до розвитку гострого інфекційного процесу. Можливі латентні (безсимптомні) і хронічні форми хвороби, які мають велике значення, особливо в перинатальній патології. Патогенетично це відображається на функції зовнішнього дихання, оксигенації крові й постачанні кисню до органів і тканин. Внаслідок інтоксикації, що виникає через масивну загибель клітин у результаті інвазії вірусу, розвивається характерне пошкодження судин, знижується їх тонус, підвищується ламкість, збільшується вірогідність розвитку кровотеч. Продукти розпаду епітеліальних клітин діють токсично на серцево-судинну, нервову (центральну та вегетативну) та інші системи. Тяжкість стану зумовлюється прогресуючим ураженням легень з розвитком респіраторного дистрес-синдрому. При патологоанатомічному дослідженні виявляють геморагічну пневмонію.

Клінічні прояви

Інкубаційний період (у 95 % випадків) триває 2-4 доби, зрідка – 4-7 діб. На першу добу хвороби лихоманка (39°C і більше), озноб і втома, почервоніння слизової горла й очей, кашель, чхання, слезотеча, головний і м'язовий біль. У диференційній діагностиці свинячого грипу важливий анамнез. У деяких пацієнтів розвивається нудота, блювання й діарея; нежитю найчастіше немає. На третій день захворювання температура знижується до субфебрильної (37,0-37,5 °C). Одужання в більшості випадків, якщо немає ускладнень, настає на 7-10-й день. Остаточний діагноз можна встановити тільки після лабораторного аналізу. У багатьох пацієнтів розвивається пневмонія (вторинна бактеріальна інфекція), ознаки тяжкої дихальної недостатності, що є причиною смерті [4, 7].

Профілактика

Грип поширюється серед людей при кашлі й чханні, при тісному контакті при поцілунку й через брудні руки. Свинячий грип не може передаватися через продукти (вірус гине миттєво при нагріванні вище 70 °C). Основою профілактики захворювання на вірус А/Н1N1 є дотримання санітарно-гігієнічних норм: часте миття рук з милом або дезінфікуючими розчинами на спиртовій основі. При будь-яких симптомах грипу, таких, як раптова лихоманка, кашель або м'язові болі, варто уникати місць скупчення великої кількості людей, обмеження проведення громадських заходів, використання громадського транспорту; необхідно якомога швидше звернутися до лікаря. Підтвердження діагнозу найбільш ймовірно в перші 7 днів з моменту захворювання. Пацієнти з підтвердженим або передбачуваним свинячим грипом А/Н1N1 повинні знаходитися в одномісних палатах. У випадку виходу зі своєї палати хворі повинні мати хірургічну маску (ватно-марлеву пов'язку), часто мити руки й дотримуватися правил респіраторної гігієни [2, 3].

Велику роль у профілактиці відіграє вакцинація. Щеплення від грипу рекомендується насамперед дітям старше 6 міс., підліткам і дорослим, особливо старше 65 років; людям з хронічними захворюваннями дихальної, серцево-судинної системи, з хронічними захворюваннями нирок та з цукровим діабетом. Дітям, які ще не мають антитіл до грипу, а також хворим з імунодефіцитом, рекомендується вводити 2 дози з інтервалом 4 тижні.

Таблиця 2. Статистика захворювання на Тернопільщині та по Україні загалом (станом на 23 та 29 грудня)

Область	Кількість хворих					Померло				
	всього		дорослі			всього		за останню добу		
	з початку епідемії	за останню добу	всього	в т.ч. вагітні та породіллі	діти до 18 років	з поч. епідемії з 29.10.09	за останню добу	дорослі		діти до 18 років
								всього	в т.ч. вагітні та породіллі	
Тернопільська обл. на 29.12.2009 р.	60 922	852	393	5	459	25	-	-	-	-
Разом на 29.12.2009 р.	3 669 751	74 972	37646	404	37 326	675	21	20	3	-

Вакцинація запобігає захворюванню близько 80 % дітей та дорослих. У старших людей та людей з імунодефіцитом захист, що створюється вакциною, дещо слабший, але суттєво полегшує тяжкість грипу, знижує частоту ускладнень та смертність.

Для профілактики застосовують в основному інактивовані грипозні вакцини. Зокрема, це такі 3 види: цільновірйонні, спліт-вакцини і субодичні вакцини. Паралельно рекомендовано продовжувати вакцинацію проти «сезонного» грипу.

Розвиток імунітету починається з 2-го дня після вакцинації, досягає максимуму на 15-30-й день після щеплення і триває всього 6-12 міс., що вимагає щорічного повторення вакцинації. Ефективність становить 70-90 % [4].

Також у період епідемії всім людям, особливо дітям, необхідне повноцінне вітамінізоване харчування. МОЗ України рекомендує давати дітям та підліткам пробіотики. Дієвими у плані профілактики є і такі засоби народної медицини, як часник і цибуля [2, 3].

Лікування

Лікування проводиться згідно з наказом № 813 МОЗ України від 11.11.09 р. Людям із груп ризику, а також пацієнтам з тяжкими ускладненими формами хвороби, призначається протівірусний препарат таміфлю. Вторинна бактеріальна інфекція легень вимагає відповідної терапії антибіотиками. Тому без очікування результатів бактеріологічного дослідження, рекомендується застосування антибіотиків з наступних груп: фтор-

хінолони (левофлоксацин, моксифлоксацин), сучасні макроліди (кларитроміцин, азитроміцин), цефалоспорины III-IV покоління, захищені амінопеніциліни – у вигляді монотерапії або комбінації (захищені пеніциліни, цефалоспорины III-IV покоління + фторхінолони III покоління, макроліди, карбапенеми IV покоління тощо), а також дезінтоксикаційні середники, імунокоректори, муколітики [3].

При легких формах захворювання протівірусну терапія не застосовують.

Під час епідемії грипу в жодному разі не можна збивати жар аспірином, оскільки, по-перше, підвищується загроза геморагічних ускладнень, а по-друге, можливі потенційно-смертельні ускладнення в дітей у вигляді синдрому Рея. Температуру знижують тільки парацетамолом (панadolом, тайленолом) або ібупрофеном [2-4, 7].

Висновки. 1. Під час епідемії грипу та інших ГРВІ 2009 р. хворіли в основному люди віком до 30 років.

2. Вірус, що «обжився» за рахунок гіперреакції імунної системи молодих людей, став сильнішим. Тому друга хвиля може принести великі демографічні втрати.

3. Перебіг та наслідки грипу великою мірою залежать від вчасного звернення за медичною допомогою та адекватного лікування.

4. Найефективнішим засобом профілактики слід вважати вакцинацію – проти пандемічного грипу, а також «сезонного» грипу.

ЛІТЕРАТУРА

1. <http://www.moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=14550> – за 29.12
2. <http://gripp-a-h1n1.blogspot.com/>
3. Наказ № 813 МОЗ України від 11.11.09 р
4. Андрейчин М.А., Копча В.С. Проблема грипу А/Н1N1/Каліфорнія: минуле і сучасність // Інфекційні хвороби. – 2009. – № 4. – С. 5-19
5. Епідемія грипу 2009 р. у західному регіоні України: вікові аспекти, етіологічна структура / О.П. Волосоєць, Н.А. Васильєва, С.С. Дністряк та ін. // Інфекційні хвороби. – 2009. – № 4. – С. 28-33.
6. Иммунология и патогенез гриппа и гриппоподобных заболеваний / В.А. Исаков, М.Г. Шаманова, Б.Б. Чепик и др. – СПб., 1991. – С. 78-82.
7. Казаков В.М., Шлопов В.Г. Грип А(Н1N1), «Свиный грипп»: пандемия (перші підсумки й перспектива розвитку). – Донецьк : Каштан, 2009. – 199 с.
8. Особливості епідемічного процесу при грипі та інших гострих респіраторних вірусних інфекціях у Тернопільській області у 2009 році / Л.Я. Ковальчук, М.А. Андрейчин, М.О. Кашуба та ін. // Інфекційні хвороби. – 2009. – № 4. – С. 20-26.
9. Zambon M.C. Epidemiology and pathogenesis of influenza/ J Antimicrob. Chemother. – 1999. – V. 44. – P. 3-9.

РЕЖИМ ХАРЧУВАННЯ ТА ДІЄТОТЕРАПІЯ ДЛЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

О.О. Склярова, Н.З. Федунь

Тернопільська обласна комунальна клінічна лікарня

Кількість хворих з термінальною нирковою недостатністю постійно зростає. Разом з тим, такі процедури, як гемодіаліз і перитонеальний діаліз стають все більш доступнішими. Побічним ефектом цих процедур очищення крові є виведення з організму хворого амінокислот, вітамінів, мінеральних речовин. Все це потребує відповідного поповнення дефіциту поживних речовин. Найбільш фізіологічним і доступним методом в даному випадку є побудова відповідного дієтичного режиму, який дозволяє підтримувати баланс життєво важливих сполук на необхідному рівні.

ADEQUATE DIET THERAPY FOR CLIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

O.O. Sklyarova, N.Z. Fedun

Ternopil Regional Hospital

This article determines the significance of diet therapy, which allows to maintain the balance of life-important substances into the necessary level, for the clients with terminal stage of renal failure.

Вступ. Хронічна ниркова недостатність (ХНН) – кінцева стадія всіх ниркових захворювань. Програмний гемодіаліз – один із методів її лікування.

Якщо у людини в додіалізний період дієта залежала від того, від якого саме захворювання нирок вона страждала, то на програмному гемодіалізі рекомендації можуть бути зовсім іншими.

Але конкретні поради з харчування хворого повинен давати лікуючий лікар. Адже вони залежать від тривалості гемодіалізного стажу пацієнта, залишкової функції нирок, наявності ускладнень і багатьох інших причин.

Основна частина. При лікуванні гемодіалізом режим харчування для хворих з ХНН особливо важливий. Нагадаємо, що здорові нирки працюють 24 години на добу, а штучна – тільки 3 рази в тиждень по 4 години. Тому необхідно суворо слідкувати за тим, щоб в період між сеансами діалізу організм не отримував надлишку токсичних речовин і рідини. Недотримання призначеного режиму харчування може призвести до тяжких ускладнень: набряку легень, набряку мозку або навіть до летального наслідку.

При проведенні сеансу діалізу частина білка крові залишається в діалізуючому розчині. Крім того, посилюються катаболічні процеси. Нарешті, сама процедура діалізу вимагає від хворого досить великих затрат енергії. В зв'язку з цим основними принципами харчування пацієнтів на гемодіалізі повинні бути:

- обмеження рідини;
- обмеження вживання натрію (кухонної солі);
- обмеження вживання продуктів, багатих на калій;
- обмеження вживання продуктів, багатих на фосфор;
- достатнє вживання білка;
- достатня кількість енергії.

До початку лікування гемодіалізом кількість сечі, як правило, значно зменшується або сечі може зовсім не виділятися. В проміжках між сеансами лікування натрій накопичується в організмі. При накопиченні натрію зростає потреба в прийманні рідини (натрій посилює спрагу), наростають набряки, підвищується артеріальний тиск. Видалити надлишок рідини на діалізі можна тільки за рахунок ультрафільтрації. Однак ультрафільтрація більше 2 літрів рідини за сеанс діалізу

дуже важко переноситься і може викликати тяжкі ускладнення, наприклад, різку гіпотонію, яка може бути ще не безпечнішою, ніж артеріальна гіпертензія. Для того, щоб запобігти розвитку таких тяжких порушень, хворий з ХНН на діалізі повинен дотримуватись режиму приймання води і солі ще більш суворо, ніж в додіалізованому періоді. Не слід пити більше, ніж добовий діурез плюс 500 мл рідини. За міждіалізний період для нормального функціонування організму допускається прибавка 3% від «сухої» ваги або не більше 1 кг в день. В іншому випадку рідина накопичується в організмі і може призвести до таких серйозних ускладнень, як набряк легень, набряк мозку. Слід враховувати і ту рідину, яка міститься в овочах, фруктах, перших блюдах, соусах, підливках, молочних блюдах і т.д. Варто пам'ятати, що для пацієнта з ХНН, який отримує лікування гемодіалізом, 2 склянки випитої рідини можуть дорівнювати прибавці майже 0,5 кг ваги. Втамувати спрагу допоможе шматочок лимона або кубик льоду.

Зменшити спрагу допоможе також значне обмеження кухонної солі в раціоні. Замість солі для покращення смакових якостей страв можна додавати перець, трави, гірчицю, часник, цибулю, слабкий розчин оцту, лавровий лист. Виключаються соління, копченості та інші страви, які містять багато солі. Їжу готують без солі і злегка підсолюють уже готові страви (дозволяється прийом 6-8 г солі на добу).

Нирки у хворих з хронічною нирковою недостатністю майже не виділяють калій, підвищений вміст якого в крові веде до м'язової слабкості, порушення серцевого ритму і, як наслідок, до раптової смерті від зупинки серця. Весь надлишок калію може бути виведений тільки за допомогою діалізу. Однак єдиним способом попередження значного накопичення калію між діалізами і розвитку фатальної гіперкаліємії є суворе обмеження в раціоні продуктів, багатих на калій. До них належать:

- молочні продукти (молоко згущене, кава зі згущеним молоком, какао зі згущеним молоком, сухе молоко);
- гриби;
- арахіс, грецькі горіхи, мигдаль, фісташки, насіння;
- фрукти (абрикоси, авокадо, банани, виноград, диня, полуниця, мандарини, персики, всі сухофрукти);
- картопля, горох, боби, соя, щавель;

- какао, шоколад.

Основними джерелами калію є овочі та фрукти. Тому слід обмежувати кількість свіжих фруктів і кількість салатів. Для зменшення вмісту калію в овочах їх потрібно почистити, дрібно порізати і вимочувати на протязі 6-10 годин. Овочі варити у великій кількості води, відвар вилити. Не рекомендується варити овочі на пару, використовувати скороварки, мікрохвильову піч, смажити їх.

Збільшення в крові показників фосфору на протязі певного часу може призвести до порушень обміну кальцію, захворюванню кісток і парашитоподібних залоз. Одним із шляхів попередження цих ускладнень є обмеження продуктів з високим вмістом фосфору:

- яєчний жовток;
- молоко і молочні продукти (дозволяється вживати вершкове масло і сметану жирних сортів);
- готові варені ковбаси (в процесі виготовлення до них додається фосфат);
- субпродукти (печінка, нирки, серце);
- бобові;
- риба і морепродукти;
- вівсяні пластівці, мюслі;
- горіхи;
- фосфатовмісні мінеральні напитки і Cola-напої;
- шоколад, кава.

Дієта хворих, які знаходяться на гемодіалізі, повинна бути високобілковою. Недотримання цього правила може призвести до зниження м'язової маси, виснаження, дистрофічних змін. Пацієнт повинен вживати 1-1,2 г білка на кг рекомендованої маси тіла на добу. Важливо відмітити, що перевага надається білкам, повноцінним за амінокислотним складом, в основному це тваринний білок (нежирні сорти телятини, курка, кролик, індик). Однак багато повноцінних білкових страв містять велику кількість фосфору, тому вживання їх треба контролювати (риба, молочні продукти, яйця). Так, дозволяються сорти риби, в яких вміст фосфору невисокий: тріска, севрюга. Молоко потрібно обмежувати до однієї склянки на день, дозволяються сметана до 150 г на день. Яйця – 4 штуки в тиждень у вигляді білкового омлета і для приготування інших страв.

Потреба в енергії у пацієнтів, які отримують лікування діалізом, висока. Звичайно вона складає 35 ккал на кг ваги пацієнта і залежить від фізичної активності. Чим вища фізична активність,

тим вища потреба в енергії. Значна частина енергетичної потреби повинна покриватися за рахунок жирів і вуглеводів.

Дозволяється вершкове масло (20г в день) і рослинні олії (соняшникова, оливкова, кукурудзяна). Тугоплавкі жири виключаються.

Кількість вуглеводів в раціоні хворих, які знаходяться на гемодіалізі, повинна бути оптимальною. Пацієнтам, які мають дефіцит маси тіла, дозволяється підвищувати калорійність свого раціону за рахунок вуглеводів (солодкі страви – цукор, мед, варення, киселі, муси і т.д.). Солодкі страви з круп і макаронних виробів обмежуються (табл 1, 2).

Потреба у вітамінах в хворих при лікуванні гемодіалізом зростає. Звичайно таким пацієнтам доводиться приймати додаткову кількість вітамінів

у вигляді таблеток, порошків і т.д. Але безконтрольний прийом сучасних вітамінних препаратів небезпечний і може викликати тяжкі ускладнення. Тому всі вітамінні добавки хворий з ХНН в діалітному періоді повинен застосовувати тільки за призначенням лікаря.

Висновки. Повноцінне харчування являється одним із найважливіших факторів лікування хворих з хронічною нирковою недостатністю активними методами. Дієта при гемодіалізі повинна бути збалансованою, повноцінною і, при відсутності ускладнень, суттєво не відрізнятися від харчування здорової людини. Дані рекомендації направлені на підвищення якості життя хворих з ХНН, які отримують замісну ниркову терапію.

Таблиця 1. Денні дієтарні рекомендації для діалітичних хворих

Продукт	Здорові люди	Хворі на гемодіалізі	Хворі на перитонеальному діалізі
Білок	0,8 г/кг	1-1,2 г/кг	1,2 г/кг
Калорійність	30 ккал/кг	35 ккал/кг	35 ккал/кг
Білки	15 - 20%	12%	15%
Вуглеводи	55-60%	55-60%	55-60%
Жири	20-30%	Збалансовано	Збалансовано
Холестерол	300-400 мг	300-400 мг	300-400 мг
Ненасичені/ насичені жири	1,5/1,0	1,5/1,0	1,5/1,0
Рідина	Не обмежена	1л+1л/ДД (л)	1-2,5л+1л/ДД(л)
Натрій	2 - 6 г	1г + 2г/ДД(л)	1-4г + 2г/ДД(л)
Калій	2-6 г	2г+1г/ДД(л)	3г+1г/ДД(л)
Кальцій	0,8-1,2 г	Дієта+1,2г	Дієта+1,2г
Фосфор	1-1,8 г	0,6-1,2г	0,6-1,2г
Магній	0,35г	0,2-0,3г	0,2-0,3г
Залізо	10-18мг	***	10-18мг

Таблиця 2. Вміст речовин в харчових продуктах (на 100 г продукту)

Продукти	Білок (г)	Жири (г)	Вуглеводи (г)	Na (мг)	K (мг)	Ca (мг)	Mg (мг)	P (мг)	Fe (мг)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
М'ясо, м'ясопродукти, птиця									
Баранина	20,4	15,3		60	270	900	18	178	2,6
Свинина	11,4	49,3		40	189	6	17	130	1,3
Телятина	19,7	1,2		108	344	11	24	189	1,7
Курка	18,2	18,4	0,7	110	194	16	27	228	3,0
Качка	15,8	38		58	165	23	25	200	3,0

Продовження табл. 2.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Риба і рибні продукти									
Карп	16	3,6			101	12	13	123	
Окунь морський	17,6	5,2		246	36	21	213	0,5	
Осетр	15,8	15,4							
Палтус	18,9	3,0			513		60		0,7
Ставрида	18,5	5,0			350	64	20	225	0,5
Тріска	17,5	0,6		78	338	39	23	222	0,6
Щука	18,8	0,7							
Горбуша	22,9	7,8		315	0			147	
Горбуша (консерви)	20,9	22,3		389	260			230	
Зубатка	15,8	3,5		106	280			180	
Камбала	17,5	3,5		105	310			200	
Креветки	18,6	2,2		145	265			225	
Лангуст	17,2	1,6		180	500			215	
Лосось	19,9	5,6		50	370			265	
Мінтай	17,6	1,0		80	290			260	
Сардини в маслі	17,9	19,7		505	395			430	
Хек	16,6	2,2		78	257				
Шпроти	17,4	32,4		341	349			348	
Ковбаси									
Молочна	11,7	22,8		835	250			169	
Московська	24,8	41,5	2	2036	439			284	
Салями	17,8	45	1,9	1260	300			165	
Сервелат	28,2	27,5		1528	367			243	
Свинина тушкована	14,9	32,2		456	253			160	
Молочні продукти									
Молоко пастер.	2,8	3,2	4,2	50	146	121	14	91	0,1
Сметана 10% жирності	3,0	10,0	2,9	50	124	90	10	62	0,1
Сметана 30% жирності	2,6	30,0	2,8	32	95	85	7	59	0,3
Сир жирний	14,0	18,0	1,3	41	112	150	23	217	0,4
Кефір жирний	2,8	3,2	4,1	50	146	120	14	95	0,1
Кефір нежирний	3,0	0,05	3,8	52	152	126	15	95	0,1
Простокваша	2,8	3,2	4,1	50	146	121	14	94	0,1
Молоко згущене	7,2	8,5	56	10,6	380	307	34	219	0,2
Йогурт	3,9	3,5	8	50	155			90	
Сир									
Сир голландський	23,5	30,9		950		760		424	
Сир кисломолочный	30	10		1520	105			265	
Сир плавленый	14,4	45		1260	100			945	
Сир російський	23,4	30,0		1000	116	1000	47	544	0,6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Крупа, мука, бобові, макаронні вироби									
Мука пшенична вищого гатунку	10,3	0,9	74,2	10	122	18	16	86	1,2
Крупа манна	11,3	0,7	73,2	21	120	20	30	84	2,3
Гречка	12,6	2,6	68		167	70	98	248	8,0
Крупа рисова	7,0	0,6	77,3	26	54	24	21	97	1,8
Пшоно	12,0	2,9	69,3	39	201	27	101	233	7,0
Вівсяна	11,9	5,8	65,4	45	292	64	116	361	3,9
Перлова	9,3	1,1	73,7		172	38	94	323	3,3
Макаронні вироби	10,4	0,7	75,2	10	124	18	16	37	1,2
Хліб пшеничний	8,1	1,2	46,6	479	175	32	53	128	2,4
Овочі									
Баклажани	0,6	0,1	5,5	6	238			34	
Горох	23	1,8	57,7	25	930			380	
Горошок зелений	5,0	0,2	13,3	2	285	26	38	122	0,7
Кабачки	0,6	0,3	5,7	2	238	15	9	12	0,4
Капуста білокачанна	1,8		5,4	13	185	48	16	31	1,0
Капуста цвітна	2,5		4,9	10	210	26	17	51	1,4
Капуста квашена	1,5	0,3	2,9	45	187			51	
Картопля	2,0	0,1	19,7	28	568	10	23	58	0,9
Кукурудза									
Цибуля зелена	1,3		4,3	57	259	121	18	26	1,0
Цибуля ріпчаста	1,7		9,5	18	175	31	14	58	0,8
Огірки	0,8		3,0	8	141	23	14	42	0,9
Помідори	1		4,2	6	295			25	
Редиска	1,9		7,0	17	357	35	22	26	1,2
Буряк	1,7		10,8	86	388	37	43	43	1,4
Морква	1,3	0,1	7	21	200	51	38	55	1,2
Гриби									
Гриби білі свіжі	3,2	0,7	1,6			27		89	5,2
Гриби білі сушені	27,6	6,8	10		1200	184		606	35,5
Яйцепродукти, жири вершкові, рослинні, тваринні									
Яйця курячі	12,7	11,5	0,7	71	153	55	54	185	2,7
Масло вершкове	0,6	82,5	0,9	74	23	22	3	19	0,2
Олія соняшникова		99,9							
Маргарин	0,3	82,3	1,0	187	13	12	1	8	
Жир свинячий	0,1	99,7		1	1			2	
Майонез	3,1	67	2,6	1	48			50	
Горіхи									
Арахіс	25,5	49	7,1	5	705			370	
Грецькі горіхи	14,4	51	7	2	545			410	
Фісташки	17,6	47,5	7	40	1020			500	

Продовження табл 2.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Фрукти, ягоди									
Кавун	0,7		9,2	16	64	14	224	7,0	1,0
Диня	0,8		9,6	32	330	16	13	12	1,0
Абрикоси	0,9		10,5	30	305	28	19	26	2,1
Абрикоси сушені	5		4,7	11	1370			115	
Ананаси	0,5		7,8	2	175			9	
Апельсини	0,9		8,4	13	197	34	13	23	0,3
Банани	1,2		22,4	1	395			30	
Вишні	0,8		11,3	20	256	37	26	30	1,4
Гранати	0,9		11,8						
Грейпфрути	0,9		7,3	13	184	23	10	18	0,5
Груші	0,4		10,7	14	155	19	12	16	2,3
Ківі	1	4	7	4	295			30	
Лимони	0,9		3,9	11	163	40	12	22	0,6
Персики	0,9		10,4		363	20	16	34	4,1
Слива	0,8		9,9	18	214	28	17	27	2,1
Чорнослив	2,3		13,8	8	825			75	
Черешня	1,1		12,3	13	233	33	24	28	1,8
Яблука	0,4		11,3	26	248	16	9	11	2,2
Виноград	0,4		17,5	26	255	45	17	22	0,6
Полуниця	1,8		8,1	18	161	40	18	23	1,2
Малина	0,8		9,0	19	224	40	22	37	1,6
Чорниця	1,1		8,6	6	51	16	6	13	7,0
Шипшина сушена	4		60	13	58	66	20	20	28,0
Кондитерські вироби									
Мед натуральний	0,8		80,3	25	25	4	2		1,1
Шоколад	6,9	35,7	52,4	76	543	187	38	235	1,8
Мармелад		0,1	77,7			10	4	4	0,1
Зефір	0,8		78,3			9		8	0,3
Халва соняшникова	11,6	29,7	54	87	351			292	

ЛІТЕРАТУРА

1. Справочник по диетологии / Под ред. А.А. Покровского, М.А. Самсонова.- М., Медицина, 1981, 704с.
2. Диализный альманах. Редакторы: Е.А. Стецюк, С.В. Лашутин, В.Б. Чупрасов. – Спб.: "ЭЛБИ-Спб", 2005 – 340 с.
3. Нефрология: Руководство для врачей / Под ред. И.Е. Тареевой. – Москва: Медицина, 2000. – 2-е изд., перераб. и доп. – 688 с.: ил.
4. Чупрасов В.Б. Программный гемодиализ. СПб.: 2001; 256.
5. <http://hd13.narod.ru>

УДК 616.89-008.441.13.616.89.-008.441.33

**АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА АЛКОГОЛЬНІ ПСИХОЗИ,
АЛКОГОЛІЗМ, НАРКОМАНІЮ І ТОКСИКОМАНІЮ ТА ЗАГАЛЬНІ
НАРКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ****В.Л. Кравець***Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського,
Тернопільський обласний комунальний наркологічний диспансер*

У статті висвітлено порівняльну характеристику показників загальної наркологічної захворюваності і поширеності серед населення, а також захворюваності і поширеності на алкогольні психози, алкоголізм, наркоманію і токсикоманію.

**THE ANALYSIS OF MORBIDITY AND DISEASE INDICATORS (PREVALENCE)
ABOUT ALCOHOLIC PSYCHOSIS, ALCOHOLISM, DRUG ADDICTION,
SUBSTANCE ABUSE AND IT'S GENERAL MORBIDITY (PREVALENCE) IN
TERNOPIL REGION****V.L. Kravets***Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky,
Ternopil Regional Communal Narcologic Hospital*

The article describes the comparative characteristics of general morbidity and disease indicators of population, as well as morbidity and disease about alcoholic psychosis, alcoholism, drug addiction, substance abuse.

Вступ. В усьому світі проводяться численні епідеміологічні дослідження, присвячені проблемі зловживання психоактивними речовинами. В багатьох країнах немає розвинутої національної наркологічної служби, що здійснює постійний контроль епідеміологічної ситуації. Ця обставина змушує багатьох науковців звертатися до вибіркового, локального досліджень або використовувати непрямі методи збору необхідних даних, що впливає на точність і вірогідність отриманої інформації.

Однією з найгостріших соціальних проблем в Тернопільській області, як і в Україні загалом, є наркологічні захворювання – алкоголізм, наркоманія, токсикоманія. Нині кількість хворих на наркоманію в Україні сягає більше 80 тис. осіб. Але

це – тільки верхівка айсбергу, реальна статистика нараховує більше, адже до лікарів звертаються лише тоді, коли приховати хворобу неможливо.

Вживання людиною психоактивних речовин призводить до захворювань, що є трагедією не тільки для її родини, а й для суспільства: злочинність, смертність від передозування, зростання захворюваності на СНІД, народження хворих дітей, розпад родин.

Основна частина. В Україні протягом багатьох років діє державна наркологічна служба, ведеться систематичний облік хворих. Однак представлена в статистичних збірниках МОЗ України інформація про хворих на наркоманію не дає повного уявлення про реальні темпи розвитку епідемії. Це пов'язано з тим, що осіб, які потрапили у залежність від наркотика, виявляють не відразу в

момент виникнення цієї залежності, а лише згодом. Таким чином, офіційна статистика постійно припізнюється відносно реальної ситуації саме на величину "наркотичного стажу", що встигають надбати хворі до моменту виявлення.

Разом з тим, єдина для всієї наркослужби процедура обліку пацієнтів, оперативність передачі інформації і велика тривалість спостережень доз-

воляють не тільки вивчати властивості популяції хворих з залежностями від психоактивних речовин, але і здійснювати досить коректні реконструкції в плані прогнозування розвитку наркоситуації.

Для аналізу захворюваності населення у Тернопільській області нами проведено порівняльну характеристику показників на 10 тис. населення та по Україні. (рис. 1-8).

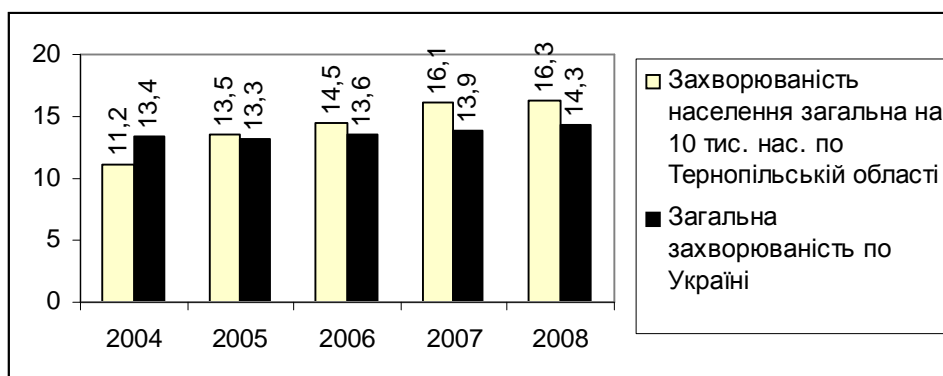


Рис. 1. Загальна захворюваність населення (показник на 10 тис. нас.) порівнянно з показником по Україні.

Показник загальної захворюваності населення, враховуючи показник на 10 тиселення нас. у 2004 році, був дещо нижчим від показника по Україні. З 2005 року показник загальної захворюваності на 10 тис. населення поступово став перевищувати показник по Україні. У 2008 році показник загальної захворюваності на 10 тис. населення переважає показник по Україні вдвічі. В динаміці

2004-2008 рр. спостерігається зростання загальної наркологічної захворюваності населення.

Захворюваність на алкогольні психози порівняно 2004-2006 років на 10 тис. населення була меншою, ніж по Україні. В 2004 році захворюваність була меншою на 0,5% в 2005 році – 0,2% в 2006 році – 0,1%. В 2007 році показник по Україні був меншим на 2,2%, а вже у 2008 році він перевищив показник на 10 тис. населення на 0,1%.

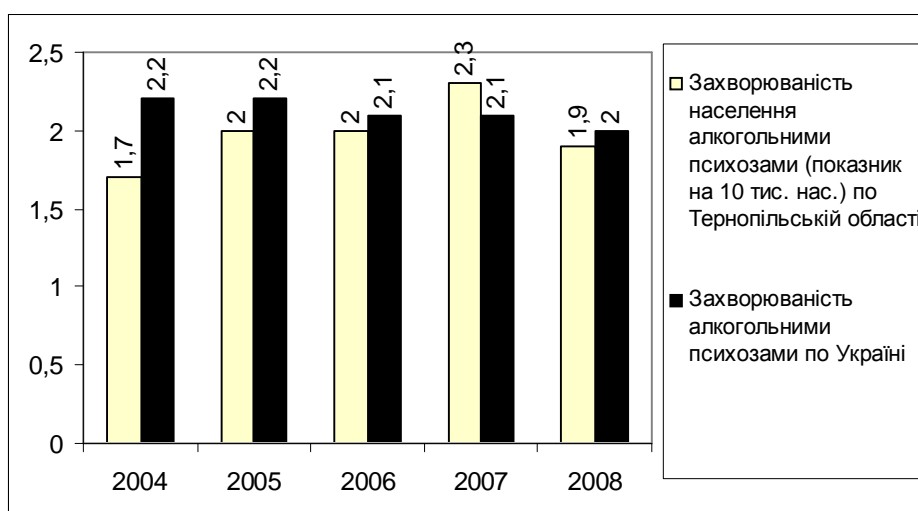


Рис. 2. Захворюваність на алкогольні психози по Тернопільській області (показник на 10 тис. нас.) порівнянно з показником по Україні.

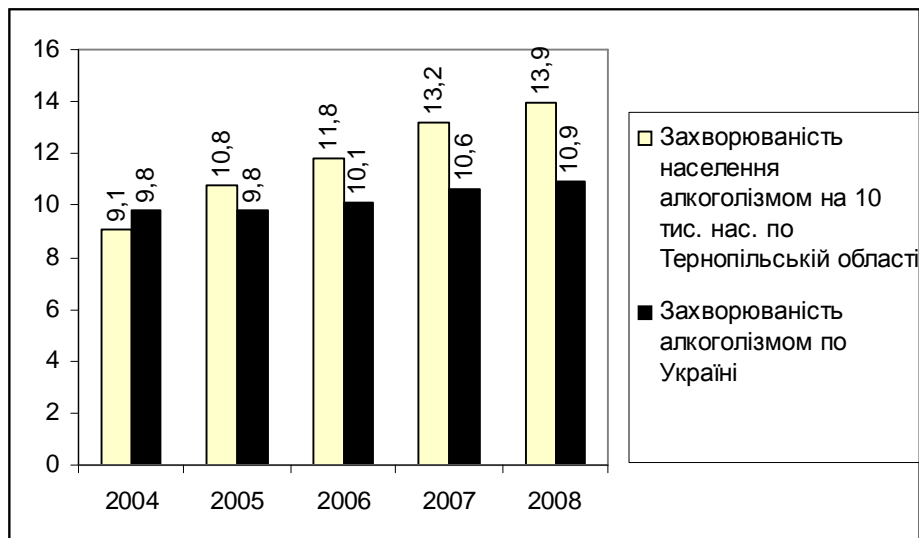


Рис. 3. **Захворюваність на алкоголізм (показник на 10 тис. населення) порівняно з показником по Україні.**

Захворюваність на алкоголізм у 2004 році на 10 тис. населення перевищувала показник по Україні на 0,7%. З 2005 року почав переважати показник по Україні, який вже у 2008 був вищим показника на 10 тис. нас. Показник захворюва-

ності алкоголізмом за період 2004-2008 рр. з кожним роком поступово зростає. На кінець проаналізованого періоду він перевищує показник на початок періоду в 1,5 раза (показник на 10 тис. нас.) та в 1,1 раза (показник по Україні).

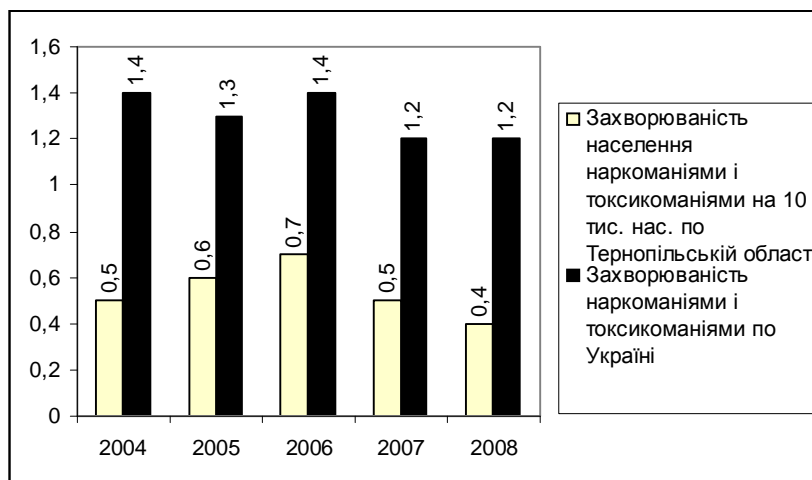


Рис. 4. **Захворюваність на наркоманію і токсикоманію (показник на 10 тис. населення) порівняно з показником по Україні.**

Захворюваність на наркоманію і токсикоманію по Україні значно переважає показник захворюваності на наркоманію і токсикоманію на 10 тис. населення.

Рівень захворюваності на наркоманію серед підлітків за останні десять років зріс у 17 разів. Якщо порівняти показники захворюваності серед підлітків і дорослих, то це 2:1 щодо наркозалежності і 8:1 щодо токсикоманій.

Серед тяжких наслідків наркоманії і токсикоманії можна відзначити високий суїцидальний ризик.

У хворих на наркоманію ризик самогубства вищий, ніж в інших груп населення, у 5–20 разів. При цьому спостерігаються справжні суїцидальні тенденції: хворі завдають собі тяжких ушкоджень (зазвичай порізи), щоб зняти емоційне напруження. Ризик передчасної смерті для осіб, що вживають наркотики внутрішньовенно, перевищує ризик смерті серед загалу чоловічого населення у 5 разів, а серед жінок – майже в 11 разів; причому смерть наркоманів настає в основному в молодому віці (середній вік загиблих 36 років).

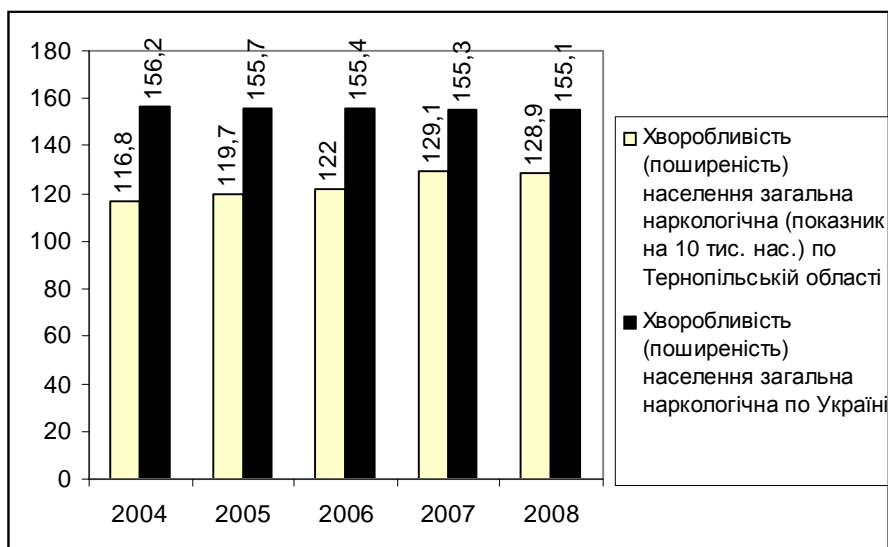


Рис. 5. Хворобливість (поширення) населення загальна наркологічна (показник на 10 тис. населення) порівняно з показником по Україні.

Показник захворюваності (поширення) населення по Україні є вищим за показник загальної захворюваності (поширення) на 10 тис. населення по Тер-

нопільській обл. Але з 2004 року і до 2008 року різниця між цими показниками поступово зменшується із 39,4% у 2004 до 26,2 % у 2008 роках.

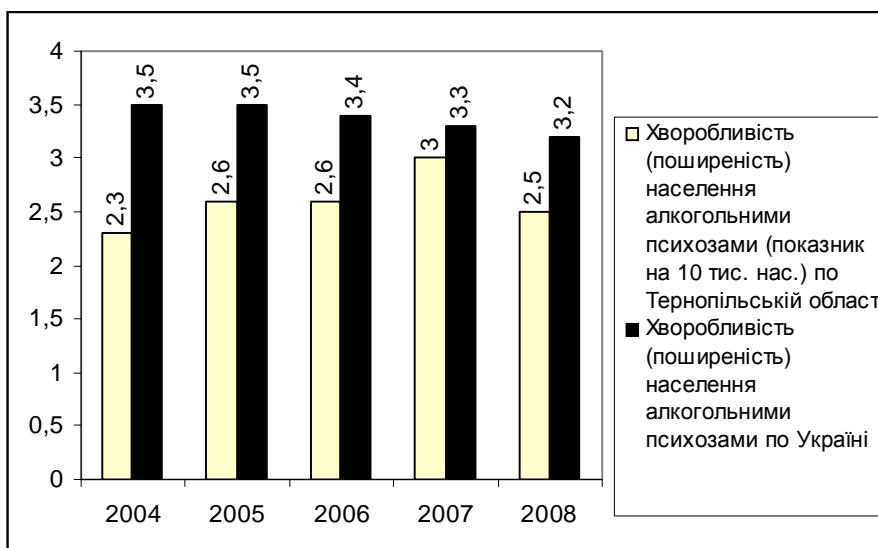


Рис. 6. Захворюваність (поширення) населення на алкогольні психози (показник на 10 тис. нас.) порівняно з показником по Україні.

Захворюваність (поширення) населення на алкогольні психози (показник на 10 тис. насел.) порівняно з показником по Україні є меншим. Захворюваність (поширення) населення на алкогольні психози по Україні поступово зменшується із 3,5% у 2004 році до 3,2% у 2008, а до 2007 року зростає із 2,3% у 2004 до 3% у 2007, а до 2008 року зменшується до 2,5%.

Захворюваність (поширення) населення алкоголізмом на 10 тис. населення порівняно з показником по Україні є нижчою. Цей показник з 2004 року по 2008 поступово зростає, показник по Україні зменшується з 2004 року (134,8) до 2007 року (133,7) на 10 тис. населення, а до 2008 року збільшується до 134,6.

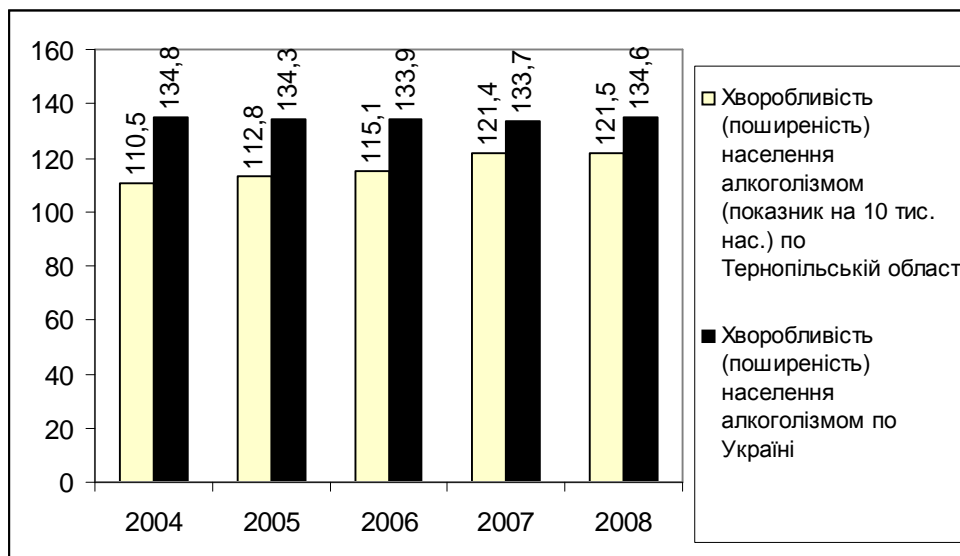


Рис. 7. Захворюваність (поширення) населення на алкоголізм (показник на 10 тис. населення) порівняно з показником по Україні.

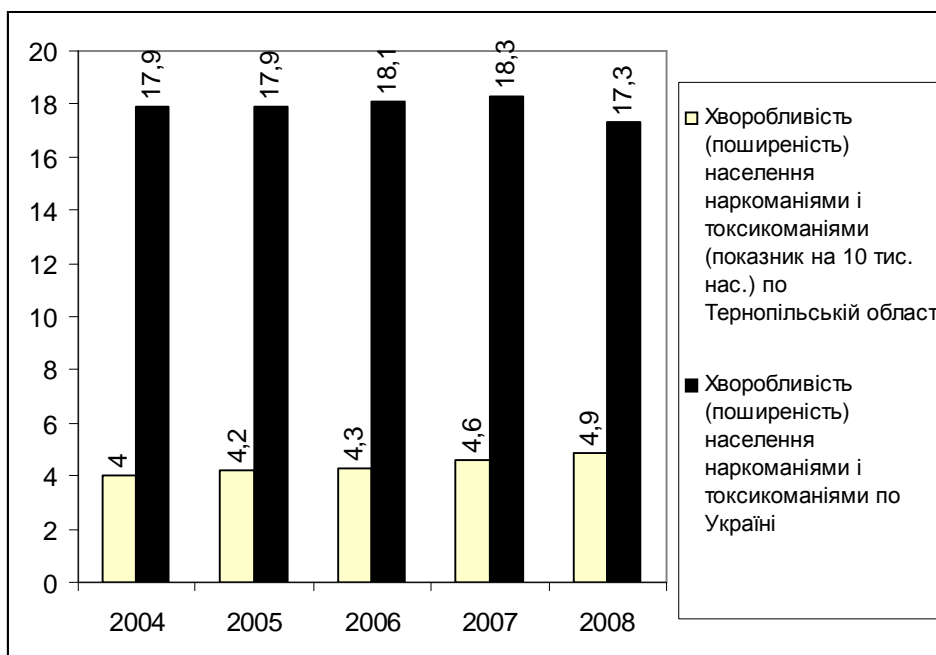


Рис. 8. Захворюваність (поширення) населення на наркоманію і токсикоманію (показник на 10 тис. населення) порівняно з показником по Україні.

Показник захворюваності (поширення) населення на наркоманію і токсикоманію по Україні значно переважає показник на 10 тис. населення: 2004 рік – на 13,9; 2005 рік – 13,7; 2006 рік – 13,8; 2007 рік – 13,7; 2008 рік – 12,4.

Розрив між мінімальною і максимальною поширеністю алкогольних психозів в Україні за період 2004-2008 рр. становить 0,3. Відповідний показник для алкоголізму – 1,1, для наркоманій і токсикоманій – 1. Таким чином, можна стверджувати, що неоднорідність поширення алкоголь-

них психозів є значно меншою, ніж поширення алкоголізму, наркоманії і токсикоманії. Останні два показники відрізняються лише на 0,1.

Розвиток епідемії залежності від психоактивних речовин супроводжується сукупною дією декількох груп факторів:

І група: соціально-економічні фактори (матеріальні (продукти харчування, одяг, взуття, житло, предмети тривалого користування та ін.), нематеріальні (різноманітні послуги соціально-інфраструктурної сфери – охорони здоров'я, освіти,

культури, торгівлі, побутового обслуговування, транспорту, зв'язку та ін.) та суспільні відносини (форми власності, характер розподілу, трудова діяльність, сім'я та ін.);

II група: психологічні фактори (в цьому випадку спостерігається складне переплетення факторів: особистого досвіду, впливу однолітків у молоді роки, впливи батьків, соціальних і культурних звичаїв, життєвих стресів і доступності спиртних напоїв). Коли людина починає вживати психоактивні речовини, фактори навколишнього середовища разом з фізіологічними змінами, викликаними пияцтвом, можуть підсилювати і підтримувати цю звичку, поки, нарешті, вона не призведе до виникнення в людини серйозних життєвих труднощів. Приводом для вживання людиною психоактивних речовин бувають також емоційні зриви і конфлікти з навколишніми;

III група: генетичні фактори. Відповідно до результатів багатьох досліджень група осіб, генетично схильних до залежності від психоактивних речовин, досить обмежена. У сучасній українській популяції питома частка таких людей не перевищує 2,2 %. Генетичні фактори впливають на розвиток алкогольної залежності, але не є її головною причиною. Не викликає сумнівів, що найбільше значення мають психологічні і соціальні фактори, а також фактори середовища; спадковість же є фоном, на якому вони діють.

Решта факторів, які часто згадують, говорячи про залежність від психоактивних речовин (рівень

бідності, рівень освіти), реально відіграють лише непряму роль. Рівень кореляції між ними і поширеністю розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин є досить низьким. Ці фактори відіграють лише непряму роль.

Висновки. Нами показано, що максимум розвитку епідемії захворюваності на алкогольні психози протягом останніх п'яти років пройдено у 2004, 2005, 2007 рр., захворюваності алкоголізмом – у 2008 р., захворюваності наркоманіями і токсикоманіями – у 2004, 2006 рр. Максимум розвитку епідемії захворюваності (поширення) населення на алкогольні психози пройдено у 2004, 2005, 2007 рр., алкоголізм – у 2004 р., наркоманію і токсикоманію – у 2007, 2008 рр.

Зареєстрована загальна наркологічна захворюваність населення досягла максимуму у 2008 р., загальна захворюваність (поширення) – у 2004 р. (по Україні), у 2007 р. (на 10 тис. нас.).

Захворюваність на алкоголізм і алкогольні психози в області зростає буквально з кожним роком. Насправді, хворих набагато більше, просто не всі вони звертаються до лікарів і стають на облік в наркодиспансери.

Наркоманія, токсикоманія, алкоголізм належать до тих захворювань, які легше попередити, ніж вилікувати. Це спільна проблема сім'ї, педагогів, психологів, лікарів-наркологів. Лікарі-наркологи роблять все можливе, щоб наркозалежний, алкоголезалежний повернувся в суспільство до нормального життя.

ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В РОБОТІ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Н.Я. Фарійон

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня

У статті розглянуто основні етичні принципи комунікативної взаємодії медичного працівника і пацієнта, значення формування професійно значущих якостей майбутніх медичних працівників.

THE DEONTOLOGICAL ASPECTS IN THE WORK OF HEALTH CARE PRACTITIONER

N.YA. Fariyon

Ternopil Regional Hospital Komunalnoklinichna Psychoneurological

The article contains the basic ethical principles of communicative interaction between health care practitioner and a client. Role of the formation of professionally significant qualities of future doctors.

Вступ. Актуальною проблемою сьогодення є формування у медичних працівників мистецтва індивідуального підходу до особистості хворого, психіатричного та емоційного стану, пов'язаних із захворюванням.

Основна частина. Із усього розмаїття проблем, які виникають під час взаємодії медичної сестри і пацієнта у нашому лікувальному закладі, ми звертаємо увагу на такі аспекти:

- перший аспект передбачає з'ясування найважливіших професійних якостей сучасного медпрацівника;

- другий аспект пов'язаний із тим, як пізнає і сприймає медичний персонал пацієнта під час спілкування та як за таких умов відбувається збір анамнестичних даних з подальшим їх аналізом і узагальненням.

До першого аспекту належить: вміння медичного працівника професійно виконувати свої безпосередні обов'язки – це не що інше, як комунікативна компетентність (здатність на високому професійному рівні виконувати свою роботу, наявність у медичного працівника спеціаль-

© Н.Я. Фарійон, 2010

ної освіти, постійне підвищення ним своєї науково-професійної підготовки). Підґрунтям успішної професійної діяльності медичного працівника вважають моральність. Адже моральні якості є показником стійкості і міцності сформованих вмінь, навичок, здібностей, у тому числі й професійних. Позбавлений моральності, медпрацівник втрачає основні важелі у здійсненні процесу самовдосконалення. Моральні переконання, якості (чесність, почуття відповідальності, совість тощо), звички, здібності та дії виконують вищу регулюючу функцію стосовно процесу формування професійних навичок і вмінь у діяльності медичного працівника. Високий рівень моральної культури медпрацівника дозволяє йому не тільки свідомо та систематично долати негативні риси свого характеру, але й вищою мірою інтенсифікувати свою професійну працю. Існують певні загальнолюдські норми й правила, яких потрібно дотримуватися у будь-якій сфері життя, у тому числі і в лікарському процесі. Насамперед, це такі моральні якості, які виражаються поняттями добра, совісті, обов'язку, чесності, гуманності, справедливості, відповідальності; це

готовність прийти на допомогу у будь-який час, привітність, уміння берегти таємницю.

Етика взаємовідносин між медпрацівником і пацієнтом, то серед її аспектів слід відокремити такі характеристики: відповідальність моральних цінностей лікувального процесу загальнолюдським цінностям, моральна задоволеність взаємодіючих комунікативними зв'язками, моральна захищеність особистості, надання інформації про стан здоров'я, урахування потреб пацієнта та ін.

Ще відомий давньогрецький лікар Гіппократ спробував систематизувати правила медичної етики, створивши кодекс моральних норм для медичних працівників. Звертаючи увагу на професійні якості, мислитель вважав, що супутником медичного працівника повинна бути ввічливість, підхід до людей. Чи не тому пацієнти надають важливого значення такій якості медпрацівника, як комунікабельність, здатність встановлювати контакти. Йдеться про наявність у медичного спеціаліста певного запасу стратегій спілкування, що проявляється в умінні взаємодіяти з хворими, їхніми родичами.

Слово має нести змістовне навантаження, бути яскравим, емоційним, енергійним. Хвора людина реагує на всі нюанси мовлення. Кваліфікований медик повинен завжди пам'ятати, що його слово є подразником для пацієнта, а тому він не може допускати виникнення ятрогенії – захворювання, спричиненого необережними висловлюваннями або поведінкою медпрацівника, які людина сприймає як доказ особливої складності її хвороби. Явище ятрогенії – це хвороблива реакція на неправильно витлумачені вислови (розмови про діагноз, результати аналізів тощо). Для пацієнта має важливе значення не лише зміст бесіди, але й те, як медпрацівник говорить, тобто інтонація.

До другого аспекту належить: вміння медичного працівника спілкуватися, вести бесіду з хворими, уміти навіювати впевненість в одужанні залежить від ряду його психологічних особливостей: природних можливостей, намагання співпрацювати у процесі спілкування, здатності встановлювати довірливі контакти з метою збору повного анамнезу про хворобу і хворого, здатності вислуховувати та переконувати тощо. Загалом здатність до комунікабельності потрібна медичному працівникові для створення єдності дій лікаря та пацієнта.

Б. Любан – Плоцца та співавтори звертають увагу на те, що ефективність взаємодії медичного працівника і пацієнта залежить від уміння медичним працівником встановлювати контакт з хворим, у процесі якого пацієнт переконується в можливості використання власних внутрішніх резервів для успішної боротьби з хворобою, від здатності створювати терапевтичний клімат, проявляючи щирість, встановлюючи атмосферу взаємної довіри, враховуючи очікування пацієнта від процесу діагностики, лікування, профілактики і реабілітації. У процесі професійної діяльності медичному працівнику надзвичайно важливо вміти виявляти індивідуальні особливості пацієнта й враховувати вплив хвороби на зміну психіки, оскільки одне й те ж захворювання впливає по-різному на внутрішній світ пацієнтів, на міжособисті стосунки. Успішність діяльності медичного працівника значною мірою залежить від його комунікативної взаємодії. А тому вміння вислухати, заспокоїти, надати пораду, стати співучасником певної стратегії поведінки – це не просто повинно бути професійним обов'язком медичного працівника, а його покликанням.

Висновок. У своїй професійній діяльності медичні сестри повинні дотримуватись низки деонтологічних правил, основними з яких є: необхідність постійного уважного догляду за хворим, дотримання принципу «не нашкодь», здатність швидко приймати рішення у складних ситуаціях, добросовісність щодо виконання професійних обов'язків.

Ефективність взаємодії медичного працівника із пацієнтом залежить від його уміння встановлювати контакт із хворою людиною, у процесі якого хворий переконується у можливості використання власних внутрішніх резервів для успішної боротьби з хворобою, від здатності створювати довірливий клімат, проявляючи щирість, встановлюючи атмосферу взаємної довіри, враховуючи очікування пацієнта від процесу діагностики, лікування, профілактики й реабілітації. У вирішенні щоденних завдань взаємодії важливого значення набуває морально-етична спрямованість медпрацівника, ерудованість, висока професійна майстерність. Серед професійних якостей особливо значущими є толерантність, емпатійність, високий рівень самоконтролю, емоційна стабільність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вітенко І.С. Психологічні основи підготовки медичних кадрів / І.С. Вітенко. – Харків: Основа, 1995. – 158 с.
2. Любан – Плоцца Б. Терапевтический союз врача и пациента / Б. Любан – Плоцца, В. Запорожан, Н. Аряєв. – К.: АДЕФ- Україна, 2007. – 292 с.
3. Маркович О.В. Використання педагогічних технологій у процесі підготовки коледжами медичних сестер. Педагогічний процес: теорія і практика / О.В. Маркович. – К.: Екмо, 2007. – Вип. 1. – С. 64-71.
4. Назар П.С. Основи медичної етики / П.С. Назар, Ю.Г. Віленський, О.А. Грандо. – К.: Здоров'я, 2002. – 344 с.
5. Якість підготовки медичних сестер – нагальна вимога часу / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, І.І. Фещенко та ін. // Буковинський медичний вісник. – 2007. – С. 1-10.

МЕДИЧНА СЕСТРА ЯК ПРОВІДНИК ДО ЗДОРОВ'Я

Т.І. Грицишин

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня

У статті розглянуто питання вміння медичної сестри допомогти хворій людині нормалізувати фізичний і психічний стан, відновити здоров'я пацієнта, створити оптимальні умови для його збереження.

NURSE – AS A GUIDE TO HEALTH

Т.І. Hrytsyshyn

Ternopil Regional Hospital Komunalnoklinichna Psychoneurological

This article describes the ability of nurse to normalize the physical and mental status of the client, to restore his health and to create optimal environment for healing.

Вступ. Медична сестра психіатричного стаціонару характеризується особливістю взаємовідносин: медична сестра – хворий. Моральний кодекс включає моральні принципи, серед яких особливе значення для медичних сестер мають такі: гуманне ставлення і взаємна повага між людьми, чесність і правдивість, моральна чистота, простота і скромність, усвідомлення свого професійного обов'язку, сумлінна праця на благо хворого. Мабуть, у жодній іншій медичній професії не буває таких тісних взаємин між людьми, які складаються між медичною сестрою і хворими на психічні розлади, не доводиться так глибоко вникати в життя людини. Медична сестра повинна бачити не лише психічно хворого, а особистість з усіма характерними рисами характеру, темпераменту здібностей та інтересів.

Основна частина. Діяльність медичної сестри, кожний її вчинок, кожен крок мають бути проїняті любов'ю до хворого, щирим і палким бажанням допомогти їй. У психіатричному стаціонарі більше, ніж у будь-якій іншій медичній установі недопустимі формалізм, байдужість, зверхність, грубість.

У роботі медичної сестри ми користуємось такими принципами.

- У ставленні до хворих повинна мати невичерпне терпіння. Адже психічно хворі через недугу позбавленні можливості психологічного захисту, властивого психічно здоровим особам. Любов до людини, стриманість, доброта, чуйність, терпимість і терплячість – ось необхідні якості медичної сестри психіатричного стаціонару. Терпляче і м'яке ставлення до хворого, який перебуває у стані збудження, діє на нього заспокоїливо. У своєму ставленні до хворого медична сестра повинна мати почуття такту. Вона повинна уміти підійти до хворого так, щоб не розхвилювати його, не завдати незручностей, не викликати в нього сумнівів щодо його видужання. Для цього треба завжди, маючи справу з хворим, думати тільки про нього, намагатися зрозуміти його думки і прагнення, його страхи і прикрасі. Коли ми говоримо, що треба встановити контакт з хворим, це означає, що необхідно пристосуватись до нього, пізнати і зрозуміти особливості його характеру.

- В своїй поведінці медична сестра повинна виявляти велику обережність, особливо при першому знайомстві з хворим. Хворі часто хочуть

знати все про свою хворобу і тому нерідко бувають підозрілими – їм здається, що від них щось приховують. Підозрілість народжується разом з тією чи іншою хворобою навіть у психічно здорових людей. Хворі уважні до кожного слова, жесту, виразу обличчя медичної сестри і багато що можуть витлумачити неправильно, зробивши для себе невтішні висновки, якщо медична сестра поводитиме себе необережно, даючи для цього привід. Користуючись недбалістю, недосвідченістю і необережністю медичної сестри, хворий може дізнатися про результати того чи іншого обстеження, а ці відомості часто позбавляють його надії на видужання і є причиною ятрогенного захворювання. Правильна поведінка медичної сестри, її високі моральні якості разом з професійною майстерністю створюють їй авторитет серед хворих і товаришів, вона користується їхньою повагою і любов'ю. Медична сестра повинна бути дисциплінованою. Вона повинна неухильно підтримувати порядок, заведений у лікувальному закладі, і вимагати його додержання від підлеглого їй молодшого медичного персоналу. Оскільки молодший медичний персонал не має медичної освіти, медична сестра навчає їх у процесі роботи і перевіряє все, що вони зробили. Особистим прикладом, тактично і своєчасно зробленим зауваженням медична сестра дає потрібний напрям їхній роботі, привчаючи сумлінно виконувати покладені на них обов'язки.

· *Гіклування* про людину, охорона її здоров'я є безпосереднім завданням медичних працівників. Медична сестра повинна уміти зберігати таємницю і не зловживати тією особливою довірою, якою вона користується в міру свого становища. Треба вміти зберігати таємницю хворого, все що обговорюється лікарями і середнім медичним персоналом і не призначено для хворих. Не слід також те, що сповістив про себе хворий, робити надбанням інших. Медична сестра повинна мати високорозвинене почуття обов'язку. Прагнення виконати свої обов'язки повинно керувати всіма її вчинками. У медичній роботі немає дрібниць, на які, здавалося б, не варто звертати увагу. Не тільки неточне виконання призначення, а й кожне ненавмисно кинуте слово, недоречний вигук і навіть вираз обличчя, найменша неухильність, виявлена до хворого, можуть призвести до сумних наслідків. Обслуговуючи психічно хворих, медична сестра іноді буває зму-

шена вислуховувати необґрунтовані претензії, погрози, грубощі, лайку не лише від хворих, а й від їхніх близьких чи родичів. Але вона не може собі дозволити образитися, роздратуватися. Розуміючи причини конфліктності хворих, медична сестра постійно працює над собою, не втрачає самовладання і лише після одужання психічно хворого відчуває всю теплоту людської подяки і глибокої поваги за свою нелегку працю.

· Дуже важливо, щоб медичні сестри, ідучи на чергування в психіатричне відділення, виробляли у собі здатність до психічної перебудови, щоб навчилися, образно кажучи, залишати усі свої прикраси вдома. На роботі медична сестра повинна бути спокійною, урівноваженою, однаково ставитись до своїх пацієнтів, незважаючи на симпатії або антипатії до різних хворих. Нагляд за хворими і правильне виконання всіх лікарських призначень вимагає від медичної сестри зосередженої уваги. Помилки, іноді фатальні, при виконанні призначень лікаря є у більшості випадків наслідком неухильності, неуміння або небажання відірватися від своїх особистих справ і спрямувати всі свої думки і почуття на обслуговування хворого. Якщо медична сестра, виконуючи свою роботу, думає про хворих, то ніяких розмов про свої справи, особливо в присутності хворих, не може бути. Не слід обговорювати сторонні події і події свого життя в робочий час ні з товаришами по роботі, ні з хворими. Мобілізувати всю свою увагу і зосередити її на хворому може лише той медичний працівник, який інтереси і потреби хворого ставить вище від своїх власних, хто відчуває високу відповідальність за здоров'я і життя хворих, доручених його нагляду і догляду.

· Ставлення і відповідальність медичної сестри визначається усвідомленням: допомогти, а не нашкодити. Дисциплінована, старанна і охайна медична сестра – добрий помічник лікареві, і вони разом досягнуть успіху в лікуванні. Щоб бути добрим помічником лікареві, треба розуміти суть кожного лікарського призначення і виконувати його не сліпо, а свідомо. Медична сестра своєю поведінкою повинна зміцнювати авторитет лікаря. Будучи присутньою на обході чи на прийомі хворих лікарем, вона чує як і про що розмовляє він з хворим, і в увесь інший час, доглядаючи за хворим, підтримує в ньому віру в слова лікаря, віру в користь призначеного лікування, надію на видужання. У цьому полягає участь медичної сестри в лікуванні словом – психотерапії, яка є

обов'язковим елементом кожної бесіди лікаря з хворим. Зробивши якусь помилку, медична сестра повинна вжити заходів щодо її виправлення, сповістити негайно лікаря і разом з ним зробити все, щоб ліквідувати наслідки цієї помилки. Поведінка медичної сестри завжди буде правильною, коли інтереси хворого вона ставитиме на перше місце, а свої особисті, в даному випадку страх перед покаранням за зроблену помилку – на друге. Так само, як і лікар, медична сестра відповідає за помилки у своїй роботі перед судом, проте не судовою, а моральна відповідальність повинна керувати її поведінкою.

Висновок. «Я принесу добро пацієнту або в крайньому випадку не завдам йому шкоди» -

один з медичних принципів, яким повинен керуватись медичний працівник. Медична сестра, крім догляду за пацієнтом, виконує роль провідника до здоров'я та здорового способу життя, допомагає набутти йому впевненості у власних силах, зберігаючи при цьому власний психологічний баланс. Хороший медичний працівник робить набагато менше помилок не тільки тому, що він значно краще підготовлений за інших, а тому, що його ніколи не покидає почуття відповідальності й вимогливості до себе. Ці слова стосуються всіх медичних працівників, які повинні гордитися своєю професією і не заплямувати честі білого халата.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.А., В.М. Підкамінний Догляд за хворими у психіатричному стаціонарі. – 1980 р. – С. 58-65.
2. Бачериков М.Є. Що треба знати про психічні захворювання. – 1981. – С. 4-12.
3. Гагунова О.Я. Загальний догляд за хворими. – 1972. – С. 49-53.
4. Чабан О.С. Медсестринство в психіатрії. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – С. 16-19.

РАК ШИЙКИ МАТКИ ЯК ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ

С.М. Коханівська

Тернопільський обласний клінічний комунальний онкодиспансер

Рак – важлива біологічна проблема ХХ століття. Боротьба із злоякісними пухлинами залишається одним з першочергових завдань медичної науки. Рак шийки матки в нашій країні залишається актуальною і невирішеною проблемою онкогінекології. В статті висвітлено проблеми раннього діагностування раку шийки матки.

CERVIX OF THE UTERUS CANCER AS HUGE PROBLEM OF NOWADAYS

S.M. Kokhanivska

Ternopil Regional Clinical Municipal Oncological Center

The article describes different problems of early diagnostic of cervix of the uterus cancer.

Вступ. Рак – важлива біологічна проблема ХХ століття. Боротьба із злоякісними пухлинами залишається одним з першочергових завдань медичної науки. Рак шийки матки в нашій країні залишається актуальною і невирішеною проблемою онкогінекології. З 1995 року в Україні спостерігається незначне, але постійне зростання захворюваності на рак шийки матки, тоді як в розвинутих країнах тенденція зворотна. Слід зазначити, що за останні роки рак "помолодшав". Насторожує не тільки високий показник захворюваності в нашій країні, але зростання кількості запущених випадків діагностованого раку шийки матки. Близько 20 % жіночого населення з вперше виявленим раком шийки матки помирають протягом року, оскільки пухлину виявляють на останній стадії і на вилікування немає шансів [2].

Основна частина. В структурі захворюваності населення злоякісними пухлинами вагоме місце займають новоутворення жіночих статевих органів: рак ендометрію, рак яєчників, рак шийки матки, який серед злоякісних пухлин жіночої сфери, продовжує займати одне з провідних місць. Це найбільш поширена онкологічна патологія статевих органів жінок, частота його коливається, за різними даними, від 45,5 до 70,5% і є однією з основних причин інвалідності і смертності [2].

Рак шийки матки – другий за поширенням рак у жінок віком 45 років. На сьогодні відомо, що однією з головних причин розвитку цього захворювання є інфікування вірусом папіломи людини, який передається статевим шляхом. При вступі у статеві відносини в віці до 17 років відносний ризик розвитку раку шийки матки складає 1,74 проти 0,63 після 20 років. Визнано, що початок статевого життя впливає і на терміни клінічного прояву хвороби. Жінки, які вперше вийшли заміж в 26 – 30 років, хворіють на рак шийки матки на 3 – 4 роки пізніше, ніж жінки, які одружилися в 16 – 20 років [2].

Те, що рак шийки матки якимось чином пов'язаний зі статевим життям, медики побачили дуже давно. Ще на початку ХІХ століття в Італії було проведено унікальне дослідження, в якому лікарі проаналізували історії хвороби більше ніж 10 тис. монахинь, які були *Virgo* і не виявили ні одного випадку захворювання на рак шийки матки.

Сьогодні відомо, що необхідним етіологічним фактором виникнення хвороби існує вірус папіломи людини. В даному випадку ця інфекція є основним фактором раку шийки матки. Нараховують близько 200 різних типів вірусу папіломи людини, але не всі з них онкогенні; рак шийки матки викликають віруси типу 16 і 18. Велика кількість вагітностей, особливо в молодому віці та ранній початок статевого життя як фактори,

відіграють не останню роль. Папіломовірусна інфекція передається статевим шляхом в процесі безпосереднього контакту частин шкіри геніталій. Вірус в організмі чоловіка не розмножується, а персистує роками і може інфікувати здорових жінок. І тому часта зміна статевих партнерів збільшує ризик зараження: при одному – двоох – 0,27, при п'яти і більше – 3,85 [3].

У світовій практиці у вирішенні проблем раку шийки матки поворотним пунктом стало впровадження масових цитологічних обстежень – цитологічного скринінгу. Правдивість цієї діагностики незалежно від стадії захворювання складає 89,7–96,3% [1]. Цінність цитологічного методу в протираковій боротьбі полягає в тому, що він дозволяє виявити початкові етапи малігнізації до появи візуальних змін шийки матки й тим самим сприяє ранньому виявленню злоякісного процесу. Цитологічний метод є одним з найбільш високоінформативних методів дослідження і особливо широко нині використовується при профілактичних оглядах жінок для виявлення передпухлинних та пухлинних захворювань. В кожній жінки, починаючи з вісімнадцятирічного віку, береться мазок з поверхні шийки матки та цервікального каналу 1 раз на рік. В матеріалі можуть бути виявлені доброякісні зміни або клітинна атипія. Легка атипія часто пов'язана з легкою дисплазією. Виражена атипія свідчить про тяжку дисплазію, навіть початковий рак. Жінка, в котрій виявлено атипові клітини, підлягає додатковому обстеженню: кольпоскопії та прицільної біопсії шийки матки і цервікального каналу з гістологічним дослідженням. Однак за останні роки склалася теоретична концепція розвитку злоякісних пухлин, яка дозволяє по-новому оцінити та пояснити давно відомі й недавно одержані клінічні та експериментальні дані про причини виникнення передраку та раку шийки матки.

Згідно з сучасними уявленнями виникненню передпухлинних станів та злоякісних пухлин сприяють дві умови: бар'єрна (захисна) функція органа, тобто зіткнення його з зовнішнім середовищем та наявність в організмі циклічних змін. З цих міркувань шийка матки вдвічі уразлива для злоякісних пухлин. Слизова оболонка шийки матки виконує функцію захисту організму від несприятливих

умов зовнішнього середовища. Враховуючи те, що шийка матки є гормонально залежним органом, то вона постійно зазнає фізіологічних та циклічних змін залежно від менструального циклу.

У виникненні раку шийки матки беруть участь генетичні і модифікуючі фактори. На даний час існує думка, що найважливішу роль в появі раку шийки матки відіграють екзогенні модифікуючі фактори, до яких можуть бути віднесені запалення, травма, вірусна інфекція. До генетично обумовлених факторів відносять вік, гормональні порушення.

Ризик захворювання на рак шийки матки у жінок, кровні родичі яких хворіли на онкологічні захворювання, в 1,6 раза вище ніж в інших [1].

Встановлена низька захворюваність на рак шийки матки у жінок, чоловіки яких в дитинстві піддавались циркумцизії (євреї, мусульмани). Звичайно це пояснювалось відсутністю смегми, до складу якої входять стеарини, які мають канцерогенні властивості.

Раннє виявлення початкових форм захворювання є основним завданням боротьби з раком шийки матки, вивчення причин його виникнення, попередження розвитку хвороби та її ускладнень. Оскільки це захворювання є найважчим випробуванням, що може випасти на долю жінки, тому треба свідомо і відповідально ставитись до свого здоров'я. Рак та інші злоякісні пухлини ніколи не виникають зненацька.

Розвиваючись поступово, злоякісна пухлина стає завершальною фазою передракових процесів. Рання діагностика та своєчасне лікування передракових станів зменшує захворюваність на рак шийки матки у 20 разів. Це дозволяє зберегти здоров'я та життя сотням тисяч жінок.

Висновок. Нічий наказ не примусить жінку звернутися на черговий огляд до гінеколога. Перш за все, необхідно усвідомити важливість збереження свого здоров'я і докласти до цього невеликої зусилля. Необхідно зробити так, щоби плановий візит до лікаря і здавання цитологічного мазка стали для більшості жінок практично рефлексорними діями. І тільки завдяки зусиллям лікарів та свідомості жінок можна знизити захворюваність на рак шийки матки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Воробйова Л.І. Цитологічний скринінг раку шийки матки // Медична газета "Здоров'я України", 2008.
2. Молчанов Д. Рак шийки матки: як захистити жінок // Медична газета "Здоров'я жінки" – 2006.

3. Воробйова Л.І., Камінський В.В., Татарчук Т.Ф. Нова ера в профілактиці раку шийки матки // Медична газета "Здоров'я України", 2007.

ДЕОНТОЛОГІЧНІ ВИМОГИ ДО РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Т.М. Запорожець

Тернопільська університетська лікарня

Такі зміни в системі охорони здоров'я, як збільшення медичних послуг для населення, посилення профілактики захворювання та зростання кількості населення похилого віку продовжує розширювати деонтологічні вимоги до роботи медсестер. У статті описано деонтологічні особливості роботи медсестер як засіб самооцінки і самовідображення медсестри в її професійній діяльності як етична основа, з якої медсестри можуть черпати моральні аспекти для якісної безпечної, чуйної, компетентної етичної медичної роботи.

THE DEONTOLOGICAL ASPECTS OF NURSE'S WORK

T.M. Zaporozhets

Ternopil University Hospital

Such changes in the health care system, as increasing of amount of health care services, improvement of health promotion and growing up the level of elderly population, leads to the perfection of the deontological aspects of nurse's work. This article describes the deontological peculiarities of nurse as a means of self-evaluation and self-reflection in nursing practice, as an ethical basis, which nurses can advocate for quality work environments that support the delivery of safe, compassionate, competent and ethical care.

Вступ. Термін "деонтологія" (від. греч. deon – обов'язок і logos – наука) було введено на початку минулого століття як найменування науки про професійну поведінку людини.

Медична деонтологія розглядає принципи поведінки медпрацівників з метою забезпечення максимальної користі для хворого. Основою деонтології є адміністративно-регламентувальні форми (накази, інструкції) норм поведінки медпрацівників, їх професійних обов'язків і організації лікувально-діагностичного процесу. Суть деонтології можна висловити такими словами: "До хворого треба ставитись так, як ти хотів би, щоб ставились до тебе".

Вже в античній медицині сформувався кодекс потрібних і моральних норм, яким медик повинен був користуватися, в той же час суміщаючи в собі дві спеціальності медика та психолога [1,2].

Основна частина. Медсестринство України – найчисленніша ланка, яка об'єднує понад 464,7 тис.

медичних сестер, акушерок, фельдшерів, помічників санітарних лікарів, лаборантів, фармацевтів, зубних техніків та інших медичних спеціалістів, які працюють в лікувально-профілактичних закладах. Роль медичних спеціалістів середньої ланки є очевидною і надзвичайно важливою. Завдання їх полягає, насамперед, в наданні кваліфікованої допомоги всім людям, які її потребують. В медичних училищах, коледжах випускники дають урочисту обіцянку, яка повною мірою відображає зміст присяги лікаря – клятви Гіппократа.

Медсестра – це обличчя лікувального закладу, не просто помічник лікаря, а місток між пацієнтом та лікарем, від якої залежить лікування та реабілітація. Адже саме вона проводить з пацієнтом основну частину часу, роблячи діагностичні маніпуляції і виконуючи лікарські призначення, роз'яснюючи незрозуміле і вселяючи надію в успіх лікування.

На сучасному етапі розвитку медсестринства першочергову увагу приділяють аспектам морально-етичних принципів роботи медсестер, підвищення фахового рівня, їх ролі в лікуванні та реабілітації хворих.

Питання професійної етики, деонтології, моральної і правової відповідальності медсестри розглядається постійно. Медичні сестри десятиліттями вчилися на радянській медичній моделі, а психологічні аспекти їх діяльності завжди залишалися другорядними. Вивчивши медичний досвід Європейських країн, впроваджуються нові підходи до стосунків пацієнта і медичної сестри, високі морально-етичні принципи роботи в культурі обслуговування [3,4].

Службові взаємовідносини медичної сестри складаються зі взаємин із співробітниками, хворими та родичами.

Зокрема, хочеться зупинитися на моделях взаємовідносин медичних сестер та пацієнтів. Медична сестра має усвідомлювати свою відповідальність за життя хворого. Істотне значення для створення сприятливої атмосфери в лікувальному закладі має зовнішній вигляд медичного персоналу.

Акуратна в білосніжному халаті, з прибраним під шапочку волоссям медсестра викликає довіру у хворого. І, навпаки, зім'ятий чи забруднений халат, недоглянуті руки, надлишок прикрас і косметики, подразливі запахи несприятливо впливають на хворого.

Медична сестра повинна сумлінно виконувати свої обов'язки щодо роздачі лікарських препаратів і здійснення маніпуляцій. Вона зобов'язана бути завжди зібраною, спокійною і врівноваженою, не допустити нервозності і метушні в роботі. Кваліфіковане, чітке, своєчасне і старанне виконання призначень, процедур зміцнюють віру хворого в успіх лікування. При погіршенні стану хворого не можна допускати паніки і розгубленості. Дії медсестри в таких випадках повинні бути чіткими та впевненими. Слід пам'ятати, що неухважність у роботі, сторонні розмови під час обслуговування хворих, а також відлюдність, зарозумілість підривають авторитет медичної сестри.

Недопустимо у присутності хворих обговорювати або критикувати фаховий рівень і призначення лікарів. Це підриває не лише авторитет лікаря, але й віру хворого в успіх лікування. Свої розпорядження медична сестра повинна робити у ввічливій формі, без проявів роздратування чи зарозумілості. Не потрібно встановлювати фамільярних стосунків з пацієнтами.

Важливим обов'язком медичної сестри є забезпечення професійної таємниці, якщо вона не зачіпає інтересів суспільства або хворого. Ме-

дична сестра не має права розголошувати і обговорювати відомості про хворобу та інтимне життя хворого, які вона отримала за час виконання професійних обов'язків. Не потрібно брати на себе функції, які віднесені до лікарської компетенції, роз'яснювати хворим або їхнім родичам характер захворювання, інтерпретувати результати лабораторних, інструментальних та рентгенологічних досліджень. Медсестра може говорити лише про загальний стан хворого. Увага і делікатність з боку медичної сестри до хворих не повинні виходити за межі розумного. Звертатися до хворих треба зі строгою ніжністю, не допускати кокетства та нав'язливості.

Однією з основних рис характеру медичної сестри має бути чесність. Ні в якому разі не можна приховувати допущені помилки, необхідно мати мужність їх визнати, щоб застерегти від них інших працівників.

Професійні помилки можуть бути пов'язані з недостатнім рівнем знань, відсутністю досвіду, недосконалими методами дослідження. Їх треба розглядати й аналізувати в колективі, щоб не повторювати більше.

Також завдання медичної сестри полягає в тому, щоб створити у хворого розумне ставлення до хвороби, яке забезпечить найкраще дотримання лікувального режиму і проведення лікування в цілому.

Хворий і медсестра повинні підтримувати постійний контакт. Для цього визначають мету лікування та його перспективи. Щоб поставити перед хворим певну мету, слід враховувати його особливості, якості і стан вольових процесів. Необхідно всю поведінку хворого підкорити для досягнення конкретної мети лікування [2].

Для встановлення контакту між хворим і медичною сестрою важливе значення має особистість медичної сестри. Вона може любити свою професію, прекрасно володіти навичками, однак, якщо вона через особливості свого характеру часто конфліктує з хворими, її професійні якості не можуть бути повністю реалізовані. Буває, що часті психоемоційні перенавантаження у процесі професійної діяльності, а також деякі особливості психічної індивідуальності призводять до того, що її характер змінюється, деформується. Проявляються такі негативні риси, як байдужість, грубість, дратівливість при контакті з хво-

рим, а іноді – пригніченість від безсилля, особливо при лікуванні тяжкохворих пацієнтів.

Тому медичній сестрі слід оберігати себе від професійної деформації, а також намагатись зберегти душевну рівновагу пацієнта, утвердити в ньому позицію на одужання [2].

Одним з пріоритетних напрямків у підготовці середніх медичних працівників у коледжах, поряд з оволодінням професійних навичок та теоретичних знань, має бути формування особистості медика. Важливе значення в цьому має рівень загального культурного розвитку, знайомство з літературою, мистецтвом, уміння організувати своє самовиховання. Соціально-психологічною основою ефективного етико-деонтологічного виховання є такі моральні риси, як співпереживання та милосердя. Вони мають стати внутрішньою духовною потребою, моральним кредо людини, яка їх виражає повсякденними вчинками та діями.

В останні роки медичну деонтологію прийнято називати душею медицини, а іноді – наукою про високу культуру медичного обслуговуван-

ня здорових і хворих. Деонтологія і культура обслуговування пацієнтів доповнюють одна одну, роблять працю медичних працівників професійно грамотною, для охорони здоров'я – потрібною, а для працівників – приємною та корисною. Тому знання і повсякденне впровадження в практику закладів охорони здоров'я принципів і норм медичної етики та деонтології є вельми важливим професійним завданням медичних працівників [1].

Висновки. 1. Дотримання деонтологічних та морально-етичних принципів – невід'ємна частина професійних обов'язків медсестри.

2. При підготовці майбутніх медсестер, поряд з теоретичними знаннями та практичними навичками, необхідно ґрунтовніше викладати питання, пов'язані з дотриманням медичної деонтології.

3. Етика, деонтологія та правові аспекти в медсестринстві: Наукова практична конференція 24.03.2009р. м. Рівне.

4. Наказ МОЗ України № 585, 08.11.2005 р. Про затвердження розвитку медсестринства на Україні на 2005-2010 рр.

ЛІТЕРАТУРА

1. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія: підручник – К.: Медицина, 2009 – 204 с.

2. Медсестринство в терапії: Підручник / за заг. ред. М.І. Шведа, Н.В. Пасечко. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004 – 546 с.

ВАКУУМНІ СИСТЕМИ ДЛЯ ВНУТРІШНЬОВЕННОГО ЗАБОРУ КРОВІ. СКЛАД СИСТЕМИ ТА ПРОЦЕДУРА ЗАБОРУ. ПЕРЕВАГИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

А.В. Яловега

Навчально-науковий інститут медсестринства ТДМУ імені І.Я. Горбачевського

У статті розглянуто переваги вакуумного методу забору крові, їх вплив на якість лабораторного аналізу на етапі отримання зразка крові. Висвітлено безпечну процедуру забору крові вакуумним методом. Обґрунтовано запровадження нових систем забору крові у наукових та клінічних лабораторіях.

VACUUM SYSTEMS OF INTRAVENOUS BLOOD SAMPLE. SYSTEM COMPOSITION AND PROCEDURE OF BLOOD SAMPLING. ADVANTAGES AND PROSPECTIVES OF DEVELOPMENT

A.V. Yalovega

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

The article describes the advantages of vacuum method of blood sampling and their influence on the quality of laboratory analysis at the stage of obtaining a sample of blood. Safe procedure of blood sampling by the vacuum method is elucidated in the article. The introduction of new systems of blood sampling in scientific laboratories and clinics is grounded below.

Вступ. Сучасний діагноз, здебільшого, неможливо визначити без лабораторних досліджень. Тому аналізи крові – найбільш розповсюджене, доступне і дуже інформативне медичне дослідження. Всесвітня організація охорони здоров'я вважає, що цей діагностичний метод дає до 70 % інформації про хворого [4]. Для значної частини лабораторних аналізів сьогодні використовують венозну кров пацієнта. Її дослідження допомагає визначити зміни у загальному стані хворого, з'ясувати функціональні характеристики більшості органів і систем організму для встановлення діагнозу, виявити механізм розвитку хвороби, її прогнозу та ефективності відповідної фармакокорекції. На якість лабораторного аналізу на етапі отримання зразка крові впливають деякі фактори, наприклад: час взяття крові, тривалість накладення

даня джгута, черговість наповнення пробірок з різними добавками, дотримання співвідношення крові та антикоагулянта, матеріал пробірок і не менш головне – власне сама система забору крові – її сучасність, безпечність та надійність.

Основна частина. До процедури забору крові з вени в сучасних умовах ставиться багато вимог. Виконуючи ці вимоги, при здійсненні забору крові звичайним методом, медперсонал дуже часто має справу з рядом труднощів: тромбування крові у голці, гемоліз, викликаний дворазовим проходженням крові через голку тощо. При необхідності заповнити кров'ю декілька пробірок, різко збільшується тривалість забору крові. Якщо планується визначення факторів згортання, дуже важливо точно дотримуватись співвідношення кров-антикоагулянт, що не завжди вдається.

Різні неприємні ситуації стаються також при доставці пробірок з кров'ю у лабораторію. Досить часто трапляється так, що пробірка розбивається, розливається кров або частина крові всмоктується у ватний тампон, яким була закрита пробірка. Крім того, хоча медперсонал працює у рукавичках, кров пацієнта може потрапити на руки, що викликає ризик інфікування персоналу, бо не завжди вдається повністю запобігти контамінації з кров'ю.

У сучасних клініках, клініко-діагностичних лабораторіях розвинутих країн близько 95-98 % зразків крові та інших біологічних зразків забирається за допомогою вакуумних систем. Ці системи забезпечують та дозволяють позбутись згаданих вище та багатьох інших складностей, вони призначені для прискорення та полегшення процедури, стандартизації праці персоналу на усіх етапах процедури забору крові пацієнта [4].

У нашій країні вакуумні системи з'явилися біля 10 років тому і зараз, коли у зв'язку з епідемічним розповсюдженням гемоконтактних інфекцій (ВІЛ, вірусні гепатити) проблема захисту від контакту з кров'ю стала дуже актуальною, вони отримують все більше розповсюдження. Закриті вакуумні системи дозволяють повністю виключити контакт з кров'ю навколишнього середовища на всіх етапах: у момент забору крові, транспортування в лабораторію та у самій лабораторії [2].

Вакуумні системи аналогічні звичайному шприцу, але замість поршня в них застосовується метод перепаду тиску, який виникає завдяки тому, що у пробірці створений вакуум. Процедура забору крові за допомогою закритої вакуумної системи відбувається за таким алгоритмом:

1. Взяти голку та зняти захисний ковпачок зі сторони, закритої гумовою мембраною.

2. Вставити голку в утримувач та закрутити до упору. Підготувати всі необхідні пробірки.

3. Зняти захисний ковпачок з другої сторони голки, вставити вибрану пробірку кришкою у голкотримач. Не проколюючи гумову заглушку у кришці пробірки, ввести систему утримувач-голка у вену пацієнта, як це робиться при звичайній процедурі забору крові шприцом. У цей момент кров не проходить по голці, тому що інший її кінець закритий гумовою мембраною.

4. Вставити пробірку в утримувач до упору. При цьому голка проколює гумову мембрану і гумову пробку у кришці пробірки – утворюється канал між пробірною з вакуумом та порожни-

ною вени. Кров проходить у пробірку до тих пір, поки не компенсується створений у пробірці вакуум (якщо кров не йде – це значить, що голка пройшла вену наскрізь – у цьому випадку слід трошки витягнути голку (але не виймати), доки кров не піде у пробірку. Якщо застосовується джгут – його слід зняти, як тільки кров почне поступати у пробірку.

5. Після припинення струму крові витягти пробірку з утримувача. Гумова мембрана повертається у вихідне положення, перекриваючи потік крові по голці. При необхідності в утримувач вставляється ряд інших пробірок для отримання потрібного обсягу крові для різних досліджень. Повторно вводити голку для цього не потрібно.

6. При використанні пробірок з добавками необхідно акуратно перевернути пробірку 8-10 раз для повного змішання крові з реагентами. Після того, як остання пробірка заповнилась, необхідно вийняти утримувач з голкою з вени.

Вакуумні системи складаються з трьох компонентів:

- 1) спеціальної голки;
- 2) голкотримача;
- 3) вакуумної пробірки з кришкою.

Одним з основних компонентів системи є голки. Залежно від стану вен у пацієнта використовуються різні голки як за типом, так і за розміром. При використанні стандартного утримувача застосовують двосторонні (двосічні) голки. Одна її частина застосовується для введення в вену пацієнта, а інша, закрита силіконовим ковпачком, для того, щоб проколоти гумову частину пробки пробірки. Наявність ковпачка зберігає герметичність системи під час заміни пробірок. Кінчик голки має V- подібне заточення, що знижує больові відчуття. Двостороння голка забезпечує закритість системи, при якій кров потрапляє в пробірку без контакту з зовнішнім середовищем. Футляр голки має етикетку з перфорацією, що забезпечує легке відкривання ковпачка і служить для візуального контролю цілісності упаковки. Футляр має видовжену форму для запобігання затуплення голки. Для забору крові з малих вен використовується сталевая голка «метелик», яка з'єднана прозорим гнучким джгутом з другою голкою, прикритою силіконовим ковпачком, що перешкоджає вільному току крові [1].

Пластиковий утримувач, у який вкручується голка при використанні системи – єдиний багатора-

зовий компонент системи. Він не має прямого контакту з кров'ю, тому може оброблятися будь-яким дезінфекційним за режимом медвиробів з пластику та застосовуватись багато разів.

Вакуумні пробірки для забору венозної крові виготовляють в заводських умовах, і вони містять вже реагенти та добавки, необхідні для проведення аналізу. Вакуум у пробірках забезпечує взяття необхідного об'єму крові і, відповідно, дозволяє гарантувати дотримання правильного співвідношення крові і реагента. Пробірки виготовлені з поліетилен – терфталату – пластика, який відрізняється особливою міцністю, хімічною інертністю і добре перешкоджає газообміну.

Пробірка складається з трьох основних частин : самої пробірки, безпечної кришки та етикетки. Пробірки випускаються для різних типів досліджень. Спеціальний пристрій кришки дозволяє запобігти утворенню аерозолу крові, що надзвичайно важливо для запобігання зараженню інфекційними гепатитами при процедурі прободіготовки. Кришка складається з трьох частин : пластикового корпусу, забарвленого в різні кольори для зручності ідентифікації пробірок різного призначення, гумової пробки та ідентифікаційного кільця, що позначає наявність розділових елементів. У кришці пробірки є поглиблення, що служить для запобігання контакту з кров'ю, яка може залишитися на зовнішній поверхні кришки після забору крові з вени. Пластикові пробірки не б'ються під час транспортування та центрифугування, не відкриваються мимовільно і тим самим забезпечують зручність і безпеку доставки крові в лабораторію [1].

Висновки. Вакуумні системи забору крові мають цілий ряд переваг над традиційними методами забору крові для пацієнту та значно поліпшують умови та безпеку роботи медичного персоналу:

1. Захист медперсоналу :

- максимальна безпека медичного персоналу під час процедури забору, зберігання та транспортування крові – конструкція систем повністю виключає контакт крові пацієнта з навколишнім середовищем;

- при транспортуванні та центрифугуванні – простота, герметичність та надійність – навіть при перекиданні контейнера або штатива з пробірками кришки не відкриваються [3];

- при підготовці до досліджень в автоматичному аналізаторі можливість використання пробірки без відкривання кришки.

- 2. Економія робочого часу на :

- забір крові (1 пробірка - 5 с);

- маркування зразка крові ;

- підготовку до транспортування.

- 3. Підвищення якості досліджень:

- максимально точне дотримання співвідношення кров/реагент;

- система дозволяє зберігати усі параметри, що досліджуються незмінними протягом гарантованого терміну;

- недопущення гемолізу еритроцитів.

4. Скорочення витрат на :

- закупівлю шприців;

- реагенти (гепарин, цитрат натрію, ЕДТА та ін.);

- скляні пробірки, в т.ч. центрифужові;

- додаткові кришки (марлеві тампони);

- дезінфекцію, миття, стерилізацію пробірок [3].

5. Психологічний ефект у пацієнтів:

- легкий та безболісний прокол тонкою голкою;

- швидкий забір крові;

- наповнення декількох пробірок однією голкою без повторного введення голки у вену за дуже короткий проміжок часу;

- силіконове покриття голок запобігає тромбоутворенню;

- чистота та акуратність процедури.

Основна перевага вакуумної системи – це можливість широко застосовувати катетер – мінівен (голкою-метеликом), тому що його ціна дуже низька.

Переваги забору крові вакуумною системою над забором стандартною двосторонньою голкою :

- при потраплянні в вену кров у прозорій магістралі видно відразу;

- легше працювати з «поганими» венами;

- відсутній ризик травмування стінки вени при пристосуванні пробірки;

- економія на голкотримачі [5].

Найбільш ефективним та дієвим можна вважати наступний крок у створенні ідеальних стандартних умов забору, транспортування та зберігання біологічних проб пацієнта – використання закритих, безпечних вакуумних систем забору крові. Впровадження таких систем у практику має вплив на усі етапи лабораторного дослідження і в цілому переводить організацію роботи лабораторії на інший, більш високий та результативніший рівень, різко зменшує можливість видачі помилкового

результату, сприяє значному зменшенню ризику зараження персоналу гепатитом та ВІЛ порівняно з процедурою відкритого забору крові (взяття крові голкою та шприцом). Без впровадження вакуумних закритих та безпечних систем

для забору крові та зразків біологічних рідин у широку практику неможливо очікувати поліпшення і стандартизації преаналітичного етапу і, головне, забезпечення якості подальшого лабораторного дослідження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Багатофункціональні системи "Моноветт" та "Мікроветт" для забору венозної та капілярної крові та її підготовки до аналізу // Журнал практичного лікаря. – 2005. – № 6. – С. 70-72.
2. Зупанец І.А., Мисюрева С.В. Клиническая лабораторная диагностика: методы исследования. – Харьков: Золотые страницы, 2006. – С. 234.
3. Меньшиков В.В. Основні шляхи підвищення ефективності лабораторного обстеження хворих // Лабораторна діагностика. – 2007. – № 3. – С. 63-66.
4. Price C.P., Christenson R.N. Evidence – Based Laboratory Medicine : From Principles to Outcomes. – 2009. – P.24.
5. Титов В.И. Клиническая лабораторная диагностика – тенденции и перспективы // Клиническая лабораторная диагностика. – 2007. – № 5. – С. 1-11.

