

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

МЕДСЕСТРИНСТВО

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

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

NURSING

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

4/2010

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 № 6 від 23.11.2010 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 24.11.2010 Формат 60x84/8.
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. №1
Ум. друк. арк.3,49. Обл.-вид.арк.3,16
Тираж 600. Зам. № 61

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

ЗМІСТ

CONTENTS

<i>О. М. Кит, Д. О. Ковальчук</i> Діагностика та лікування гострого калькульозного холециститу у хворих похилого та старечого віку	4	O. M. Kit, D. O. Kovalchuk Diagnostics and treatment of acute calculous cholecystitis in patient of inclined and senile age
<i>С. О. Ястремська, Н. І. Стахира</i> Стан розвитку паліативної допомоги в Республіці Польща	8	S. O. Yastremska, N. I. Stahyra State of development of palliative care in Poland
<i>В. Б. Гоцинський, Н. Б. Галіяш</i> Рекомендації ВООЗ щодо організації роботи центрів первинної медико-санітарної допомоги відповідно до потреб літніх людей	11	V. B. Hoshchynskiy, N. B. Haliyash WHO recommendations guiding the practice of age-friendly, community-based primary health care centers
<i>О. П. Венгер, Р. М. Паращик</i> Соматизовані порушення при посттравматичних стресових розладах	14	O. P. Venher, R. M. Parashchuk Somatic disorders at post-traumatic stress disturbances
<i>Л. С. Мілевська-Вовчук, С. І. Шкробот, В. В. Вовчук</i> Погляд на проблему когнітивних порушень у хворих із закритою черепно-мозковою травмою	16	L. S. Milevska-Vovchuk, S. I. Shkrobot, V. V. Vovchuk The view at the problem of cognitive disorders in patients with closed craniocerebral injury
<i>П. С. Гудак, В. Я. Горохівська</i> Особливості організації медсестринського догляду за пацієнтами з нейроонкологічною патологією	19	P. S. Hudak, V. Ja. Horohivska The peculiarities of organization of nursing care of patients with neurooncological pathology
<i>Н. А. Васильєва, Л. М. Зубкович</i> Організація роботи медперсоналу під час епідемії грипу та профілактичні заходи	22	N. A. Vasylyeva, L. M. Zubkovych The organization of work of health care professionals during epidemics of influenza and preventive measures
<i>Р. О. Сабодишин, О. В. Маркович, В. О. Рижковський, Б. З. Чижишин</i> Психотерапевтичне значення спілкування медичної сестри з пацієнтами	25	R. O. Sabadyshyn, O. V. Markovych, V. O. Ryzhkovskiy, B. Z. Chyzhyshyn Significance of a nurse's psychotherapeutic communication with the patients
<i>Л. С. Бабінець, У. М. Яковлєва</i> Застосування аплікаторів Ляпко у хворих на гіпертонічну хворобу	29	L. S. Babinets, U. M. Yakovlieva Application of Liapko's applicators in patients with arterial hypertension

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

О. М. Кіт, Д. О. Ковальчук

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Проведено аналіз хірургічного лікування 115 хворих похилого та старечого віку на гострий холецистит. Виділено групи ризику хворих, запропоновано діагностично-лікувальний алгоритм, уточнені терміни виконання операцій У 68 (59,1 %) із 115 хворих була виконана лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), у 11 (9,5 %) хворих проведено конверсійну холецистектомію і у 36 (31,3 %) хворих – відкриту (лапаротомну) холецистектомію (ВХЕ). Запропонована тактика лікування дала можливість покращити результати лікування хворих похилого та старечого віку на гострий холецистит, попередити виникнення різних ускладнень й зменшити післяопераційну летальність з 4,5 до 3,4 %

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN PATIENTS OF INCLINED AND SENILE AGE

O. M. Kit, D. O. Kovalchuk

Ternopil state medical university by I.Ya. Horbachevsky

We led the analysis of the effectiveness of surgical treatment of 115 patients with of inclined and senile age with acute cholecystitis. We distinguished the risk groups of clinical course of this disease and we proposed the scheme of choosing the method of treatment and terms of performing an operation. In 68 (59,1 %) variants the laparoscopic cholecystectomy had been performed, in 11 (9,5 %) patients we performed the conversial cholecystectomy and in 36 (31,3 %) cases the laparotomic cholecystectomy had been performed. This tactics of treatment gave us an opportunity to make better the results of treatment of patients of inclined and senile age with acute cholecystitis, to prevent the complications and to decrease postoperation mortality from 4,5% to 3,4 %.

Вступ. За останнє десятиріччя значно збільшилось число хворих на гострий холецистит переважно за рахунок пацієнтів похилого і старечого віку. За даними різних авторів [1, 2, 4], ця група хворих збільшилась з 25, 6 до 45 %, і на сьогодні гострий холецистит становить домінуючу проблему геронтології. Ця проблема пов'язана з тим, що у хворих похилого і старечого віку запальний процес жовчного міхура у більшості випадків перебігає із стертою, атипичною клінічною картиною, що зумовлює великий процент діагностичних помилок. Крім цього, до останнього часу серед хірургів не припиняється дискусія з приводу раціональної тактики лікування гострого холециститу, відсутня єдина доктрина,

керуючись якою хірург зміг би вирішити питання – коли показана і в який термін слід виконувати операцію з максимальною користю для хворого. Кожний автор трактує показання та терміни виконання операцій по-своєму (екстрені, термінові, вимушені та ін.), із-за чого хірургічна активність при гострому холециститі, за даними різних авторів, становить від 15 до 80 % і в середньому складає 30 % [1, 2]. Проте втрата оптимальних термінів хірургічного втручання погіршує умови його виконання, збільшує кількість інтра- та післяопераційних ускладнень [4, 5].

Основна частина. В основу роботи покладені результати клінічного обстеження та лікування 115 хворих похилого і старечого віку на гострий холецистит, із яких у 68 (59,1 %) була виконана

лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) за допомогою апаратури фірми "Karl Storz". У 11 (9,5 %) при проведенні конверсійної холецистектомії та у 14 (12,1 %) при виконанні програмованої лапаротомної холецистектомії використовували правобічний міні-параректальний доступ. І у 22 (19,1 %) хворих на гострий холецистит ускладнений механічною жовтяницею, панкреатитом і перитонітом, проведено верхньосерединну лапаротомну холецистектомію.

Морфофункціональний стан жовчного міхура, проток та печінки хворих на гострий холецистит вивчали за допомогою клінічного, лабораторного та ультразвукового досліджень (УЗД). За показаннями патоморфологічний стан стінки жовчного міхура і зміни оточуючих тканин оцінювали за допомогою діагностичної лапароскопії. Слід відмітити, що у більшості хворих (76 (66,08 %)), гострий холецистит перебігав на тлі тяжких супутніх захворювань: хронічна ішемічна хвороба спостерігались у 29 (25,21 %) хво-

рого; емфізема легень, пневмосклероз - у 22 (19,13 %); гіпертонічна хвороба II-III стадії – у 19 (16,52 %) хворих; захворювання сечовидільної системи – у 10 (8,69 %) хворих.

Проведені нами дослідження свідчать про те, що у більшості хворих похилого і старечого віку клінічна картина гострого холециститу проявлялася відсутністю вираженої болючості при пальпації правого підребер'я, нечітко вираженим напруженням м'язів передньої черевної стінки, невідповідністю між показниками температури і частотою пульсу, пригніченням лейкоцитарної реакції. Поряд з цим проведені нами дослідження свідчать про те, що у хворих на гострий холецистит мають місце виражені патоморфологічні зміни жовчного міхура та периміхурової зони печінки, які знаходяться у кореляційному взаємозв'язку між основними біохімічними показниками функціонального стану печінки, ступенем ендогенної інтоксикації. Залежно від вираженості таких порушень ми виділили три групи хворих (табл. 1).

Таблиця 1. Критерії прогнозу та варіанти перебігу гострого холециститу
($M \pm m, P$) $n = 110$

Показник	Гострий холецистит		
	сприятливий перебіг (n = 34)	невизначений перебіг (n = 48)	несприятливий перебіг (n = 28)
Білірубін загальний, мкмоль/л	26,24 ± 1,12 <0,005	28,53 ± 1,14 <0,005	94,15 ± 1,14 <0,005
Сечовина крові, ммоль/л	5,66 ± 0,27 0,001>	8,54 ± 0,47 <0,005	9,86 ± 0,65 <0,05
Креатинін крові, мкмоль/л	58,26 ± 2,48 <0,05	69,15 ± 3,26 <0,05	74,32 ± 4,64 <0,005
Тригліцериди, ммоль/л	2,26 ± 0,12 <0,005	2,92 ± 0,15 <0,005	4,32 ± 0,04 <0,005
АсаТ, мкмоль/л	0,86 ± 0,02 <0,001	1,34 ± 0,04 <0,005	1,60 ± 0,08 <0,005
АлаТ, мкмоль/л	1,44 ± 0,08 <0,001	1,82 ± 0,06 <0,005	1,98 ± 0,03 <0,005
Лужна фосфатаза, мкмоль/л	3,56 ± 0,06 <0,05	4,76 ± 0,15 <0,05	4,82 ± 0,08 <0,05
МДА, мкмоль · л ⁻¹	0,566 ± 0,015 <0,005	0,657 ± 0,014 <0,005	0,698 ± 0,018 <0,005
Дієнові кон'югати, мкмоль · л ⁻¹	17,46 ± 0,14 <0,005	28,84 ± 0,82 <0,005	29,64 ± 0,35 <0,001
Віднов. глутатіон, мкмоль · л ⁻¹	1,427 ± 0,06 <0,005	0,832 ± 0,02 <0,005	0,743 ± 0,06 <0,005
Церулоплазмін, ммоль · л ⁻¹	1,82 ± 0,04 <0,001	1,63 ± 0,64 <0,005	1,45 ± 0,32 <0,005
МСМ ₁ , ум.од.	0,364 ± 0,04 <0,005	0,456 ± 0,06 <0,005	0,498 ± 0,013 <0,001
Циркулюючі імунні комплекси, ум. од.	44,0 ± 0,48 <0,005	72,34 ± 0,44 <0,001	84,46 ± 0,62 <0,005
Товщина стінки жовчного міхура	до 3 мм	до 7 мм	дефекти стінки міхура

Прогностичне значення для кожної з ознак враховували за видозміненою формулою Ст'юдента:

$$t = \frac{P_1 - P_0}{\sqrt{m_1^2 + m_0^2}}$$

де P_0 – умовна середня величина несприятливих показників клінічного перебігу гострого холециститу;

P_1 – ймовірність несприятливого перебігу захворювання, при наявності відповідної ознаки;

m_1, m_0 – середні значення сприятливого і несприятливого перебігу захворювання.

Залежно від суми балів важливих клініко-лабораторних ознак ми запропонували схему ймовірного прогнозу та виділили 3 ступені ризику клінічного перебігу гострого холециститу:

1. Сприятливий перебіг захворювання (10-15 балів).
2. Захворювання з невизначеним прогнозом перебігу (15-20 балів).
3. Захворювання з несприятливим прогнозом (20 і > балів).

Визначення ступенів прогнозу клінічного перебігу та оцінка тяжкості стану хворих на гострий холецистит похилого та старечого віку дало можливість виявити групи ризику захворювання та запропонувати такий алгоритм вибору методу лікування й термінів виконання операції:

1. При наявності гострого холециститу, ускладненого перитонітом, та відсутності супутніх захворювань незалежно від віку хворого - *показана екстрена операція*.

2. При гострому холециститі, ускладненому перитонітом і наявності фонових супутніх захворювань - *показана термінова операція*, при цьому тривалість передопераційної підготовки лімітується динамікою прогресування загальної патології.

3. У хворих з гострим деструктивним холециститом без симптомів розлитого перитоніту, при відсутності супутніх захворювань показана *теж термінова операція*.

4. При наявності супутньої патології – *відстрочена рання операція*, після здійснення інтенсивної передопераційної підготовки й корекції порушених функцій організму.

5. Хворі на гострий холецистит без ознак перитоніту у віці 60 років і старше, у яких мають

місце супутні захворювання, зниження реактивності організму, потребують передопераційної підготовки і корекції порушених функцій органів і систем, цим хворим показана *відстрочена пізня операція*.

б. При наявності гострого холециститу, ускладненого механічною жовтяницею, холангітом, при відсутності супутніх захворювань показана *теж відстрочена рання операція*.

Проте у хворих з гострим холециститом, ускладненим панкреатитом, дотримувалися максимально консервативної хірургічної тактики, і лише при відсутності ефекту від проведеного лікування та погіршенні стану хворого виконували оперативне втручання, спрямоване на зняття жовчної гіпертензії та обмеження деструктивного запалення у підшлунковій залозі. Радикальну операцію доцільно здійснювати лише після стихання запальних процесів. У ослаблених хворих похилого віку та у хворих старечого віку з ускладненим холециститом оперативні втручання доцільно проводити *в два етапи*, з використанням на першому етапі лапароскопічних технологій. У тяжких хворих похилого і старечого віку з деструктивними формами гострого холециститу, а також при наявності клініки біліарного панкреатиту, механічної жовтяниці, проводили транспечінкову лапароскопічну декомпресію жовчних шляхів за допомогою катетера діаметром 2 мм, герметичність якого створювали за допомогою нанесення клею МК-8. При сприятливому перебігу захворювання або відмові хворого від операції після стихання гострих явищ, катетер із жовчного міхура видаляли на 12-14 добу. При погіршенні стану хворих, виявленні ознак розлитого перитоніту вирішували питання про екстрену операцію, незалежно від стану хворого. Дотримуючись розробленої лікувальної тактики в клініці та запропонованого алгоритму вибору методу лікування й способу операції, нами за екстреними показаннями були оперовані 18 (15,65 %) пацієнтів, за терміновими показаннями у перші 24 години 80 (69,56 %) і 17 (14, %) оперовані у відстроченому (плановому) порядку після 24 годин госпіталізації хворих в стаціонар.

Висновки. Таким чином, індивідуальний підхід до кожного хворого на гострий холецистит, з врахуванням віку, клініко-лабораторних показників, прогнозу перебігу захворювання дало можливість своєчасно обґрунтувати метод лікування,

вибрати оптимальні терміни та вид оперативного втручання, попередити виникнення різних ускладнень (жовчного перитоніту, периміхурового

абсцесу печінки та ін.) й зменшити післяопераційну летальність з 4,5 до 3,4 % .

ЛІТЕРАТУРА

1. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е. и др. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – Киев: Здоров'я, 1993.– 512 с.
2. Мамчич В. И., Палиенко Р. К. Классификация холецистита // Новые технологии в хирургии. – К., 1996. – С. 8 - 10
3. Майстренко Н.А., Нечай А.И. Гепатобилиарная хирургия. – Санкт-Петербург, 1999. – 266 с.
4. Невідкладна лапароскопічна холецистектомія при гострому холециститі й холангіті / Л. Я. Ковальчук, В. І. Максимлюк, А. Д. Беденюк та ін. // II Конгрес хирургів України. – К.; Донецьк, 1998. – С. 288-299.
5. Особливості лікування хворих з жовчнокам'яною хворобою на тлі цукрового діабету /В. Г. Мішало, А. О. Бурка, І. Л. Заря та ін. // Шпитальна хірургія. – 2001.– №3. – С. 61- 63.

СТАН РОЗВИТКУ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ В РЕСПУБЛІЦІ ПОЛЬЩА

С. О. Ястремська, Н. І. Стахира

*Навчально-науковий інститут медсестринства
Тернопільського державного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського*

У статті висвітлено модель розвитку паліативної і хоспісної допоти в Республіці Польща. В цьому аспекті вивчення досвіду країн, в яких соціальний захист людей похилого віку знаходиться на високому рівні, є особливо актуальним і для України.

STATE OF DEVELOPMENT OF PALLIATIVE CARE IN POLAND

S. O. Yastremska, N. I. Stahyra

*Educational and Scientific Institute of Nursing of
Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky*

The Polish model of development of palliative and hospice care is described in this article. In this aspect, studying the experience of countries with high social protection of elderly people and is on the high level is especially important for Ukraine.

Вступ. В Україні триває розробка проекту Державної цільової програми розвитку паліативної та хоспісної допомоги. Саме зараз в нашій державі формуються стандарти та нормативна база майбутньої моделі надання допомоги людям з невиліковними захворюваннями. Для громадських організацій, які працюють з питаннями захисту прав людей у сфері охорони здоров'я, дуже важливим є те, якою буде система допомоги людям в кінці життя.

Прикладом успішного впровадження системи паліативної допомоги є Польща, яка швидко та ефективно вдосконалила нормативну базу та практику організації системи охорони здоров'я відповідно до вимог Європейських та міжнародних стандартів. В Польщі сьогодні діє близько 500 різних служб з паліативної допомоги. Згідно з міжнародним звітом з розвитку служби паліативної допомоги, Польща знаходиться на 5 місці серед Європейських країн. Польська модель пе-

редбачає велику частку допомоги невиліковно хворим та старим людям вдома, спільно з іншими службами, недержавними організаціями та первинною ланкою медичної допомоги. Переважно такі послуги надають недержавні неприбуткові організації, що також сприяє ефективності та раціональному використанню коштів місцевих бюджетів.

Основна частина. З 5 по 10 жовтня 2010 року українська делегація відвідала Республіку Польща в рамках проекту "Передача польського досвіду у сфері паліативної медицини Україні" за фінансової підтримки польсько-американського Фонду Свободи.

Під час перебування в м. Лодзь українська група відвідала три хоспіси, дім догляду за людьми похилого віку, а також денний центр з паліативної та хоспісної допомоги на дому (Асоціація «Хоспіс»), де відбулися офіційні зустрічі з адміністрацією та повноваженими особами.

Асоціація «Хоспіс» в м. Лодзь була заснована в 1992 році з ініціативи проф. Возняка, колиш-

нього ректора Медичної академії в Лодзі і керівника онкологічного відділення. Це недержавна благодійна організація. Основними завданнями Асоціації є: надання допомоги інкурабельним хворим та їх близьким; організація семінарів та курсів для медичних працівників; організація благодійних акцій; проведення наукових досліджень.

Організація тісно співпрацює з онкологічним відділенням Медичного університету в цьому ж місті. Крім того, працівники цієї організації забезпечують роботу поліклініки та виїзної служби (відвідування хворих на дому) і надають допомогу, таким чином, 50 пацієнтам щомісяця.

Асоціація «Хоспіс» – благодійна організація. Усі види допомоги пацієнти отримують безкоштовно. Найважливіше джерело фінансування роботи – державний бюджет. Благодійні акції здійснюються на кошти спонсорів. Працівниками асоціації ведеться постійна робота, щоб виграти новий благодійний грант.

Найбільшою проблемою у місті Лодзь є дефіцит паліативних ліжок. Тому найближчою метою Асоціації є побудувати перший стаціонарний хоспіс у місті.

На сьогодні Асоціація підтримує тісні зв'язки з хоспісами сусідніх міст. Один з них розміщений у м. Познань і включає відділення поліклінічно-амбулаторної допомоги та стаціонар. Українська делегація ознайомила з особливостями роботи даного закладу.

За направленням певного спеціаліста, що обслуговує населення в радіусі 30 км від хоспісу, хворі звертаються в реєстратуру (маючи на руках направлення).

Для кожного хворого заводиться амбулаторна карта. З нею він направляється в кабінет прийому, де має першу зустріч з медсестрою, яка записує в історію хвороби первинне інтерв'ю про те, що турбує хворого в даний момент, його проблему (локалізацію болю, скарги).

Після цього медсестра направляє хворого до лікаря, який вирішує, якої форми допомоги потребує даний пацієнт: перебування в стаціонарі хоспісу, лікування в іншому стаціонарі чи здійснення хоспісної допомоги на дому.

Для здійснення хоспісної допомоги на дому задіяно 20 медсестер, кожна з яких обслуговує в середньому до 80 хворих на місяць. Щодня така медсестра виїжджає до 5 хворих на власному авто. Затрати на виїзди оплачуються хоспісом. Один раз на місяць лікар здійснює планову

консультацію хворих на дому, а також здійснює додаткові консультації за вимогою, навіть в нічний час. Номери контактних телефонів медсестри та лікаря завжди є у хворого та його родичів.

Всі медикаменти, перев'язувальний матеріал, предмети догляду, медичне обладнання (апарат подачі кисню, милиці, крісла-каталки та ін.), надаються хворому безкоштовно.

У стаціонарі хоспісу догляд за хворим здійснює окремий медичний персонал. Стаціонар розрахований на 24 ліжка. За хворими доглядають 26 медичних сестер та 20 лікарів. Кожне 12-годинне чергування забезпечують п'ять – шість медсестер та один лікар в денний час та три медсестри і один лікар в нічний час. В наданні хоспісної допомоги беруть участь також помічники медичних сестер та волонтери.

Підбір кандидатів у медсестри проводиться дуже ретельно. В даному стаціонарі існує поділ середнього медичного персоналу за функціональними обов'язками:

- палатна медсестра;
- маніпуляційна медсестра;
- перев'язувальна медсестра та ін.

Але при потребі будь-яку процедуру може виконати кожна медсестра одразу ж.

Палати в хоспісі двох- або трьохмісні, де хворі відгороджуються один від одного приліжковими ширмами.

Санітарна кімната оснащена сучасним душем та функціональною ліжко-ванною, яка складається з секцій і дозволяє здійснити гігієнічну обробку окремих частин тіла.

Крім палат, у хоспісі є ряд допоміжних приміщень, пост медсестри, маніпуляційна, додаткова процедурна кімната для огляду хворих вузькими спеціалістами.

Хворий може закінчити своє життя в хоспісі або ж, якщо через 2-3 тижні йому стає краще, він повертається додому.

Даний хоспіс функціонує як за рахунок місцевого фінансування, так і за рахунок благодійних фондів та пожертвувань родичів хворих (для цього в холі хоспісу при вході розміщена прозора скринька, де кожен бажачий може здійснити пожертвування).

В рамках цієї ж поїздки гості з України були запрошені також до участі в науково-практичній Всепольській конференції "Новини і проблеми паліативної медицини 2010", яку організувала Асоціація «Хоспіс». Основними темами конфе-

ренції були стандарти і організація паліативної допомоги, питання усунення симптомів, лікування болю, проблеми психоонкології, паліативна допомога і сестринська справа, волонтерська робота. На конференції були присутні близько 500 фахівців, переважно з Польщі, але також були гості з України, Білорусі та Великобританії.

Загальним лейтмотивом конференції була думка про важливість навчання, ефективного захисту, державної політики з питання доступності опіоїдів, а також про необхідність інтеграції паліативної допомоги в державні системи охорони

здоров'я з метою її якнайшвидшого розвитку. Було відзначено, що велика роль у розвитку паліативної допомоги належить окремим особистостям як на державному, так і на регіональному рівнях.

Висновок. Наведені вище дані доводять необхідність державної підтримки, регулювання та адекватного фінансування програм паліативної допомоги в Україні. В цьому аспекті вивчення досвіду країн, в яких соціальний захист людей похилого віку знаходиться на високому рівні, є особливо актуальним.

ЛІТЕРАТУРА

1. www.hospicjum.sns.pl
2. www.hospicecare.com/news/current.html

3. Хоспіси. Збірка матеріалів / Укладачі: В. В. Мілліонщикова (отв. ред.), П. Н. Лопанов, С. А. Полішкис. – М., 2002.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ВООЗ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ЦЕНТРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ВІДПОВІДНО ДО ПОТРЕБ ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ

В. Б. Гощинський, Н. Б. Галіяш

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Організація і діяльність громадських служб ПМСД залежить від національних систем охорони здоров'я та їх індивідуальних налаштувань. Однак *загальні принципи*, що регулюють практику та діяльність закладів первинної медико-санітарної допомоги відповідно до потреб літніх людей, можуть бути застосовані до будь-якого закладу первинної ланки медико-санітарної допомоги і бути керівництвом для всіх, хто надає медичну допомогу, включно з лікарями загальної практики / сімейної медицини, місцевими центрами охорони здоров'я і лікарнями різних рівнів підпорядкування.

WHO RECOMMENDATIONS GUIDING THE PRACTICE OF AGE-FRIENDLY, COMMUNITY-BASED PRIMARY HEALTH CARE CENTERS

V. B. Hoshchynskiy, N. B. Haliyash

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

It is recognized that the organization and delivery of community-based primary health care services depend on national health care systems and their individual settings. However, the General Principles are applicable to any community-based primary health care setting and provide guidance to all providers of formal community-based primary health services; including health care services, among others, general practitioners, local health care centres, and community-based government clinics.

Вступ. Є багато основних хронічних станів, які уражують літніх людей у всьому світі: серцево-судинні захворювання, гіпертонія, інсульт, діабет, рак, ХОЗЛ, артрит і остеопороз, такі психічні розлади, як деменція і депресія, сліпота та інші порушення зору. Старші люди страждають не тільки від фізичного болю; на них також впливають чинники, які звичайною мовою можна назвати "соціальними хворобами", такі, як ізоляція, жорстоке поводження, алкогольна залежність тощо. Світова спільнота і, зокрема, ВООЗ наголошують на проведенні адекватних заходів для усунення цих станів. Проблеми, пов'язані з цим, не можуть бути вирішені тільки на рівні національної політики. Рекомендації повинні бути адаптовані та впроваджені з урахуванням місцевих особливостей і культури. Це завдання і вимагає креативності, щоб забезпечити необхідний підхід у локальних уста-

новах, наприклад, у дотриманні прав і обов'язків людей похилого віку, як вимагає Європейська хартія людей похилого віку [1]. Ці права та обов'язки стосуються: автономії та самовизначення, поваги до людей похилого віку, рівноправності, участі у громадському житті, активної громадянської позиції, фінансової безпеки, особистісного розвитку, соціальних контактів і осмислення життя, доступу до інформації, забезпечення житлом та поліпшення житлових умов та догляду і надання послуг, спрямованих на покращення якості життя [2].

Мадридський міжнародний план дій щодо проблем старіння, прийнятий Другою Всесвітньою асамблеєю ООН з проблем старіння (2002) [3], підкреслює, що заходи зі зміцнення здоров'я, профілактики захворювань протягом життя та забезпечення рівного доступу літніх людей до ме-

дичної допомоги і послуг є наріжним каменем здорового старіння. Він рекомендує впровадження низки заходів щодо забезпечення загального і рівного доступу до первинної медико-санітарної допомоги та створення громадських програм з охорони здоров'я літніх людей.

Основна частина. Слід зауважити, що основна роль у розробці профілактичних та скринінгових програм для раннього виявлення та лікування захворювань належить закладам первинної медико-санітарної допомоги. Ці центри первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), в які люди можуть самостійно звернутися, також забезпечують здійснення значної частини медичного нагляду та обслуговування населення різного віку. Встановлено, що у громадах, де центри ПМСД утворюють основу системи охорони здоров'я, 80 % медико-санітарної допомоги забезпечується саме ними. Літні люди складають значну частку пацієнтів закладів ПМСД, і враховуючи темпи старіння населення та зростання рівня хронічних захворювань, тенденція до збільшення цієї частки буде незмінною.

Центри ПМСД є першим етапом надання медичної допомоги населенню і, таким чином, є зручними та наближеними до літніх людей та їх сімей. Вони ідеально розташовані, щоб забезпечити регулярні візити і постійний догляд, який є необхідним літнім людям аби запобігти чи відстрочити інвалідність внаслідок хронічних захворювань. Як правило, вони ж забезпечують перший контакт пацієнтів з офіційними провайдером медичних послуг та їх інформування щодо можливостей соціальної допомоги. Тим не менш, дуже часто спостерігається роздвієність служб ПМСД та їх невідповідність потребам своїх літніх користувачів. Вони можуть мати недостатні ресурси та надавати мало уваги компонентам, які мають важливе значення для зміцнення здоров'я старіючого населення, а саме: розробці профілактичних програм різного рівня, а також заходів для систематичного виявлення і активного відбору літніх пацієнтів із проблемами.

Визнаючи важливу роль закладів ПМСД для зміцнення здоров'я літніх людей у всьому світі, ВООЗ вказала на необхідність створення таких центрів, які будуть доступні і адаптовані до потреб старіючого населення. В результаті роботи кількох робочих груп були описані основні проблеми, які постають перед людьми похилого віку та медпрацівниками ПМСД, та рекомендації

щодо їх вирішення. Таким чином, у 2000 році було затверджено Міжнародний консенсус про допомогу людям похилого віку та розроблено загальні принципи, що регулюють практику та діяльність закладів первинної медико-санітарної допомоги відповідно до потреб літніх людей.

Звичайно, організація і діяльність громадських служб ПМСД залежить від національних систем охорони здоров'я та їх індивідуальних налаштувань. Однак дані загальні принципи можуть бути застосовані до будь-якого закладу первинної ланки медико-санітарної допомоги і служити керівництвом для всіх постачальників медичної допомоги, включно з лікарями загальної практики / сімейної медицини, місцевими центрами охорони здоров'я і лікарнями різних рівнів підпорядкування.

Центри ПМСД, які відповідають потребам людей похилого віку, повинні впроваджувати такі принципи:

1. У галузі інформації, освіти та професійної підготовки:

1.1. Весь медичний персонал центру повинен мати базову підготовку щодо вікових, статевих чи культурних особливостей літніх пацієнтів та застосовувати відповідні знання, відношення і навички в практику.

1.2. Усі працівники центру повинні мати базу в плані геріатричного догляду.

1.3. Центри ПМСД мають забезпечити санітарно-просвітницьку діяльність з урахуванням вікових, статевих і культурних особливостей та інформування щодо можливих шляхів зміцнення здоров'я, лікування хвороби і застосування ліків для літніх громадян, а також їх неофіційних доглядальників з метою поліпшення якості життя людей похилого віку.

1.4. Медичний персонал центру повинен регулярно аналізувати використання всіх препаратів, у тому числі допоміжні види лікування, такі, як народні лікарські засоби і нетрадиційна медицина.

2. В аспекті системи управління та організації роботи центрів ПМСД:

2.1. Центри охорони здоров'я повинні докласти всі зусилля, щоб адаптувати свої адміністративні процедури для особливих потреб людей похилого віку, в тому числі літніх людей з низьким рівнем освіти або з когнітивними порушеннями.

2.2. Центри повинні бути економічно гнучкими для того, щоб полегшити доступ до необхідної допомоги особам з низьким достатком.

2.3. Центри повинні впроваджувати системи, які б забезпечували безперервність надання довготривалої допомоги при взаємодії між первинною ланкою та закладами вторинної та третинної медичної допомоги.

2.4. Центри ПМСД повинні організувати роботу таким чином, щоб полегшувати і координувати доступ літніх людей до соціальної допомоги та догляду вдома.

2.5. Всі системи обліку в медичних центрах повинні підтримувати безперервність догляду, забезпечуючи ефективність записів на рівні громад, вторинної та третинної допомоги, а також на надання соціальних послуг для своїх клієнтів.

2.6. Всі зацікавлені сторони, включно людей похилого віку, повинні бути частиною спільного прийняття рішень щодо механізмів організації послуг закладів ПМСД.

3. В аспекті організації інтер'єру та фізичного середовища:

3.1. Усі пацієнти, у тому числі літні люди, повинні бути забезпечені зручним і доступним транспортом до центру медико-санітарної допомоги, задіюючи різні ресурси громад, включаючи допомогу добровольців.

3.2. Написи на вивісках повинні бути чіткими та зрозумілими, розміщеними по всьому центру ПМСД для полегшення орієнтації та ознайомлення з медперсоналом.

3.3. Відповідальні співробітники повинні носити бейжики для легкої ідентифікації.

3.4. Центри ПМСД повинні бути обладнані гарним освітленням, підлогами з нековзкими поверхнями, міцними, стійкими меблі і вільними, просторими проходами.

3.5. Усі приміщення, включно зали очікування, повинні бути чистими і зручними.

Висновки. Демографічна структура населення швидко змінюється у зв'язку із збільшенням частки людей похилого віку. Аналіз змін в сімейних відносинах показує, що більшість літніх людей живуть самотійно. Таким чином, вони потребують більше уваги, підтримки і допомоги від центрів ПМСД та інших закладів охорони здоров'я. Загальні принципи, що регулюють практику та діяльність закладів первинної медико-санітарної допомоги відповідно до потреб літніх людей, можуть бути адаптовані до кожного центру ПМСД з метою кращого пристосування їх функціонування до особливих потреб людей похилого віку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Доклад Генерального секретаря ООН «Основні тенденції в області старіння після Другого Міжнародного Форуму по старінню» (*Major developments in the area of ageing since the Second World Assembly on Ageing*), E/CN.5/2007/7, 21 листопада 2006 року.

2. Age-friendly primary health care centres toolkit // World Health Organization, 2008. - ISBN 978 92 4 159648 0

3. Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. // Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. – ISBN 978 92 4 456373 1

СОМАТИЗОВАНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ

О. П. Венгер, Р. М. Паращик

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

У статті розглянуто проблему соматизованих хворих з посттравматичними стресовими розладами, клінічні прояви, варіанти перебігу й динаміки даного захворювання.

SOMATIC DISORDERS AT POST-TRAUMATIC STRESS DISTURBANCES

O. P. Venher, R. M. Parashchuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

The article deals with the problem of patients with somatic disorders at post-traumatic stress disturbances, clinical manifestations, course and the dynamics of this disease.

Вступ. Проблема соматизованих хворих з посттравматичними стресовими розладами має важливе значення для своєчасного встановлення правильного діагнозу і адекватного лікування.

Основна частина. Нами обстежено 42 пацієнти, які перебували у відділенні невротичних розладів Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні за період з вересня 2009 р. по грудень 2010 року з діагнозом: посттравматичний стресовий розлад – за МКХ-10 F 43.1. Серед них – 28 жінок та 14 чоловіків, віком від 20 до 45 років.

Тяжкість діагностики в таких випадках має декілька аспектів. Більшість пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом мають ту чи іншу органічну патологію, яка може бути підґрунтям для скарг соматичного характеру. Важливо розпізнати саме соматоформний розлад, який не має жодних органічних передумов, і направити пацієнта до відповідного фахівця, звільнивши його від безлічі повторних обстежень. Варто зазначити, що органічна і психічна патологія часто можуть комбінуватися. По-друге, вельми характерною рисою таких хворих є формування так званої "рентної поведінки", коли пацієнти отримують

вторинну вигоду від своєї хвороби, у вигляді пільг від держави за групою інвалідності. Тому вони схильні культивувати і перебільшувати свої симптоми. Третій важливий момент – це наявність стійких іпохондричних переживань, які проявляються впертою і тривалою переконаністю пацієнта у наявності в нього серйозного соматичного захворювання, всі симптоми які він знаходить у себе і відкидає запевнення лікарів про відсутність фізичної причини скарг і можливість їх психічного генезу. У генезі цих розладів первинну роль відіграють невротичні механізми захисту. Після перенесеного в минулому сильного психічного стресу, який перевищував психологічно-компенсаторні можливості особистості, розвинувся такий психічний розлад, який ми називаємо неврозом, основною властивістю якого є зупинення адаптивних можливостей, і така патологічна реакція, як соматизація [1].

Клінічні прояви соматоформного розладу при ПТСР різноманітні. Діагностуються класичні психосоматичні хвороби: ІХС, гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, бронхіальна астма, ожиріння, діабет, хронічний неспецифічний коліт, нейродерміт.

Проблема психосоматичних розладів полягає в резистентності до класичної терапії, в недостат-

ньому клінічному оформленні, полісиндромності, прогредієнтності, мозаїчності клінічної картини. Тому в комплексному підході до даних захворювань надзвичайно важливим є лікування у психотерапевта, який повинен з'ясувати роль порушення афективної сфери, ймовірну наявність невротичних конфліктів, а також психоаналітично значимих факторів.

Найважливішими діагностичними критеріями соматоформних розладів є: скарги протягом двох і більше років на різноманітні соматичні шлунково-кишкові, серцево-судинні, сечостатевої, шкірні або больові симптоми, які не можна пояснити жодним з існуючих соматичних захворювань; порушення функцій вегетативної системи з перевагою соматичних проявів; концентрація уваги на власних переконаннях у наявності хвороби; неприйняття запевнень лікарів у відсутності фізичної патології [2].

У 58,7 % осіб з ПТСР спостерігалась підвищена вегетативна реактивність, що проявлялась такими симптомами: різкі коливання АТ, сухість або гіпергідроз кінцівок, ожиріння, зниження лібідо або потенції, гіпертрихоз, зниження або підвищення температури тіла, булімія або полідипсія, порушення серцевої діяльності або функцій ди-

ханья, наявності пекучого болю різної локалізації, розлади випорожнення, сечостатевої порушення та ін. Характерним був також больовий синдром з боку внутрішніх органів, що супроводжувався зворотним онімінням кінцівок, болью при пальпації периферійних вегетативних утворів.

Висновки. Перебіг і лікування психосоматичних і соматоформних розладів у пацієнтів з діагнозом ПТСР ускладнюється формування у них "рентної" поведінки, яка характеризується відходом в хворобу, зведенням до мінімуму соціальних і побутових контактів, стійким падінням активності і працездатності, втратою інтересу до життя, озлобленістю на державу і суспільство і, як наслідок, "заціклення" на собі і хворобі, так званий "іпохондричний зсув", характерною ознакою якого є "спаяність" особистості з хворобою. Враховуючи ці фактори, таким пацієнтам необхідна психотерапевтична допомога у процесі реабілітації після перенесеного стресу для профілактики виникнення віддалених соматоформних розладів. Комплексний підхід у лікуванні вже наявних розладів, включаючи обов'язкове лікування у психотерапевта, консультації у психолога родичів потерпілого для формування правильного ставлення до цієї патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Десятников В.Ф. Скрытая депрессия в практике врачей. – Минск: Высш. шк., 1992. – 243 с.

2. Пишель В. Я., Польшваная М. Ю. Депрессия: диагностика и лечение. – Киев: ООО "ДСГ Лтд", 2003. – 59 с.

ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ ЗАКРИТОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Л. С. Мілевська-Вовчук, С. І. Шкробот, В. В. Вовчук

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

У статті висвітлено особливості стану окремих нейропсихологічних функціональних систем у хворих, що перенесли закриту черепно-мозкову травму та їх роль і значення у ході проведення лікувально-трудової та судово-психіатричної експертизи.

THE VIEW AT THE PROBLEM OF COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH CLOSED CRANIOCEREBRAL INJURY

L. S. Milevska-Vovchuk, S. I. Shkrobot, V. V. Vovchuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

The article adduces to the peculiarities of the state of some neuropsychological functional systems in patients with closed craniocerebral injury. And its role and meaning in the treating-working and forensic-psychiatric examination.

Вступ. Одним з головних чинників, що визначають дезадаптацію потерпілих внаслідок тяжкої черепно-мозкової травми (ЧМТ), є психічні порушення, які, власне, стають на заваді багатьом пацієнтам при спробі повернутися до професійної діяльності, налагодити соціальні зв'язки, а іноді вимагають постійного догляду з боку навколишніх.

Необхідність дослідження особливостей психопатології пацієнтів із закритою ЧМТ на сучасному етапі обумовлена розширенням можливостей реаніматології та нейрохірургії, розробкою нових диференційованих підходів до діагностики і лікування. З'явився новий контингент хворих зі сповільненим та неповним відновленням психічної діяльності [3]. У центрі уваги нейропсихіатрів та інших спеціалістів нейротравматологічної клініки перебувають потерпілі із затяжними, малозворотними психопатологічними станами [1, 2], що потребують розробки:

- адекватної системи їх оцінки;
- прогнозу подальшого відновлення психічної діяльності;

- ефективних способів лікування.

Основна частина. Метою нашої роботи було дослідити особливості психопатології пацієнтів, що перенесли закриту ЧМТ. Під спостереженням перебували 25 пацієнтів віком від 18 до 58 років. Усі пацієнти були розділені на вікові групи (згідно з рекомендаціями ВООЗ): молодий вік – до 29 років (24 %), середній вік – від 30 до 44 років (40 %), зрілий вік – від 45 до 59 років (36 %). Серед обстежуваних було 4 (16 %) жінки та 21 (84 %) чоловік. Усі хворі перебували на стаціонарному лікуванні у неврологічних відділеннях Тернопільської обласної клінічної психоневрологічної лікарні. На період обстеження у пацієнтів основної групи було діагностовано IV стадію ЧМТ відповідно до класифікації М.О. Гуревич (1948), що характеризувалася наявністю стійких вогнищевих змін, внаслідок органічного ураження тканини головного мозку та функціональною недостатністю у вигляді загальної астенізації та вегето-судинної нестійкості. Серед обстежуваних пацієнтів у 5 (20 %) був струс головного мозку, у 18 (72 %) – забій (з них – 8 (32 %) – легкого, 6 (24 %) – середнього, а 4 (16 %) тяжкого ступеня) та у 2 (8 %) осіб мали стиснення головного

мозку. Виробничу травму («промислову» та сільськогосподарську) отримали 4 (16 %) обстежувані, а невиробничу – 21 (84 %) пацієнт основної групи (з них 11 (44 %) побутового характеру, 7 (28 %) внаслідок ДТП, 3 (12 %) вуличного типу). Тривалість періоду після травми становила до 2 років у 7 (28 %) осіб, від 2 до 5 років – у 12 (48 %) хворих та понад 5 років – у 6 (24 %) обстежуваних. Супутню патологію діагностували у 76 % хворих (зокрема – патологія з боку органів шлунково-кишкового тракту (32 %), сечовидільної системи (16 %), органів дихання (24 %), зору (4 %)). Усі хворі були проконсультовані лікарем-психіатром: астеничний синдром (включно з астено-невротичним та астено-депресивним синдромами) діагностовано у 52 % пацієнтів, психоорганічний – у 24 %, зниження пам'яті – у 16 %, інтелектуальні та мнестичні порушення – у 8 % осіб відповідно.

Результати ЕЕГ-дослідження виявили у 4 (16 %) обстежуваних локальні зміни, що корелювали у клініці з пароксизмальними змінами та синдромом рухових порушень, у 14 (56 %) хворих – порушення основної кіркової ритміки, характерні для вираженого астеничного синдрому, у 7 (28 %) пацієнтів – кірково-підкіркові порушення, які відповідають клінічним синдромам лікворної гіпертензії та вегето-судинної дистонії. Проведене комп'ютерно-томографічне (КТ) обстеження показало, що у 3 осіб (12%) КТ не відрізнялися від нормальних. У 2 (8 %) хворих спостерігали ізольоване розширення IV шлуночка, у 7 (28 %) – відзначено ознаки розширення шлуночкової системи, а у 6 (24 %) – розширення субарахноїдальних просторів великих півкуль мозку. Привертає увагу наявність у 4 обстежуваних (16 %) гіподенсивних посттравматичних вогнищ, що локалізувалися переважно у скроневій, лобно-скроневій та скронево-тім'яній частках. У 3 (12 %) випадках виявлено кіркову та підкіркову атрофію мозку.

Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб.

Усім хворим було проведено оцінку стану окремих нейропсихологічних функціональних систем: для дослідження процесів пам'яті, втомлюваності та активності уваги застосовували методику запам'ятовування 10 слів Лурія; з метою уточнення загального психічного статусу використовували коротку шкалу оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination, MMSE).

Отримані дані оброблені методом варіаційної статистики за допомогою прикладної програми SPSS, 13.0.

Відповідно до проведення методики запам'ятовування 10 слів Лурія склали графік, криву запам'ятовування. За формою кривої робили висновки про особливості стану даної нейропсихологічної функціональної системи. Так, у контрольній групі з кожним відтворенням кількість вірно названих слів зростала. Пацієнти основної групи відтворювали меншу кількість слів та іноді додавали зайві слова, що свідчить про розгальмованість, або ж розлади свідомості. Більшість обстежуваних (90 %) контрольної групи з третьої спроби правильно відтворювали від 9 до 10 слів. У той час, як в основній групі подібну кількість слів змогли відтворити з даної спроби лише 3 (12 %) осіб.

Крива запам'ятовування допомагала виявити зниження уваги та виражену втомлюваність. Остання діагностувалася в тому випадку, коли пацієнт одразу відтворював 8-9 слів, а згодом, з кожною спробою все менше та менше слів (крива на графіку не зростає, а спадає). Серед наших обстежуваних було виявлено 52 % таких осіб.

Крива зигзагоподібної форми, що свідчить про нестійкість уваги, спостерігалася у 36 % хворих із закритою ЧМТ.

Криву у формі «плато», що свідчить про емоційну в'ялість особи та відсутність зацікавлення, було отримано у 12 % пацієнтів основної групи.

Кількість слів, які обстежувані запам'ятали та здатні були відтворити через годину після першого проведеного тестування, свідчили про довготривалу пам'ять. Зниження даної нейропсихологічної функціональної системи спостерігалося у 76 % хворих.

Аналіз результатів короткої шкали оцінки психічного статусу проводився шляхом підсумовування результатів за окремими пунктами: орієнтування в часі; орієнтування в місці; сприймання; пам'ять; мовні функції. Максимально у даному тесті можна було набрати 30 балів, що відповідає найвищим когнітивним здібностям. Чим менший результат тесту, тим більше виражений когнітивний дефіцит. У ході проведеного нами дослідження було виявлено таке:

28-30 балів – відсутність порушень когнітивних функцій діагностовано у 1 (4 %) пацієнта.

24-27 балів – переддементні когнітивні порушення виявлено у 9 (36 %) обстежуваних.

20-23 бали – деменція легкого ступеня спостерігалася у 12 (48 %) осіб.

11-19 балів – деменція помірного ступеня – 2 (8 %) хворих.

0-10 балів – важка деменція – 1 (4 %) чоловік.

В усіх обстежуваних основної групи було діагностовано астенію як наслідок перенесеної закритої ЧМТ у вигляді клінічного та патопсихологічного виснаження. Останнє є неоднорідним поняттям, зокрема у ході проведеного дослідження у пацієнтів основної групи спостерігалася 4 його варіанти:

1. У вигляді прогресуючого зниження працездатності під час виконання певного завдання (28 % осіб).

2. У формі порушення певної функції (крива запам'ятовування 10 слів мала зигзагоподібний характер; у процесі дослідження виявлялося, що певний рівень досягнень пацієнта змінюється різким спадом його мнестичної продуктивності) – 36 % хворих.

3. Виснаження за типом порушення мислення. У даної категорії хворих спостерігалися поверх-

невість суджень, труднощі у виділенні головних рис предметів і явищ (16 % пацієнтів).

4. Виснаження у вигляді психічної перенасиченості (за умови тривалої монотонної діяльності виконувана обстежуваним робота починає обтяжувати його і набридати йому, змінюється швидкість та ритм виконання пацієнтом завдань, з'являються варіації у модусі його діяльності) – 20 % осіб.

Наявність астенії, її якісна характеристика та визначення ступеня тяжкості має важливе експертне значення, сприяє уточненню нозологічної діагностики та індивідуального прогнозу. Так, відповідно до даних О.Г. Віленського, патопсихологічне дослідження допомагає уточнити не лише характер клінічної симптоматики, але й функціональний діагноз посттравматичного стану, і в ряді випадків має вирішальне значення у визначенні ступеня втрати працездатності.

Висновки. На підставі проведених досліджень можна зробити висновок про особливе значення та роль патопсихологічних досліджень при закритій ЧМТ у ході проведення лікувально-трудової та судово-психіатричної експертизи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Maas A.I.R. Current recommendation for neurotrauma // Current Opinion in Critical Care.-2000. - 6.-281-292.

2. Focal brain lesions / Eds. Bogousslavsky J., Cummings J. - Cambridge University Press. - 2000. - 1. P. 217-260.

3. Зайцев О.С, Краснов В.Н., Доровских И.В. и др. Способ оценки психического состояния. Патент на изобретение № 2190957. – 2002.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З НЕЙРООНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

П. С. Гудак, В. Я. Горохівська

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського,
Комунальний заклад Тернопільської обласної ради «Тернопільська університетська
лікарня»*

У статті висвітлено особливості організації догляду за пацієнтами з онкологічним ураженням головного та спинного мозку в КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня».

THE PECULIARITIES OF ORGANIZATION OF NURSING CARE OF PATIENTS WITH NEUROONCOLOGICAL PATOLOGY

P. S. Hudak, V. Ja. Horohivska

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky
Municipal Establishment of Ternopil City Rada "Ternopil University Hospital"*

The article adduces the features of care of patients with cancer lesions of the brain and spinal cord in Ternopil University Hospital.

Вступ. Після Чорнобильської катастрофи онкологічна патологія в Україні є особливо актуальною. Пухлини центральної нервової системи (ЦНС) складають, за різними даними, 2-8,6 % від загального числа всіх новоутворень людини. Кількість вперше виявлених пухлин ЦНС щорічно зростає на 1-2%. В Україні частота пухлин головного мозку у чоловіків складає 10,2 на 100 тис. населення. Серед жінок цей показник становить 7,6 на 10 тис. населення. У дорослих показник летальності через пухлини головного мозку займає третє місце серед усіх причин смерті. Зрозуміло, що основна відповідальність в діагностиці та лікуванні пацієнтів з нейроонкологічною патологією лягає на лікарський персонал, проте від спільних дій нейрохірурга з професійно підготовленим середнім медичним персоналом залежить кінцевий результат. Організація високопрофесійного медсестринського догляду за хворими з онкологічною патологією нервової системи дозволяє уникнути небажаних ускладнень, а також зменшити термін перебування пацієнта в стаціонарі.

© П. С. Гудак, В. Я. Горохівська, 2010

Основна частина. З 2010 року на базі обласної клінічної лікарні м. Тернополя організовано КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня», що передбачає якісно вищий рівень надання медичної допомоги пацієнтам.

За період з 2005 по 2010 рр. в нейрохірургічному стаціонарі КЗ ТОР «Тернопільської університетської лікарні» перебувало 347 хворих з нейроонкологічною патологією. Більшість (281) склали хворі з онкологічним ураженням головного мозку; 47 – з ураженням хребта та нервових елементів спинномозкового каналу. Оперовано відповідно 114 та 43 хворих.

У пацієнтів з онкоураженням головного мозку нами відмічені наступні особливості, котрі заслуговують на увагу з боку середнього медперсоналу:

- синдром внутрішньочерепної гіпертензії (СВГ) – у 78%;
- загальномозкова симптоматика у вигляді головного (переважно ранішнього) болю у 92 %;
- з субтенторіальними та у 77% – з супратенторіальними пухлинами; блювання – 31%, запаморочення – 44%;
- порушення психіки, пам'яті, когнітивних функцій – у 62%;

- епілептичний синдром – у 26 %.

Розглядаючи зазначені вище симптоми та синдроми, слід зауважити, що найнебезпечнішим наслідком прогресуючого (невчасно відкорегованого медикаментозно) СВГ є вклинення стовбурих структур мозку, котре призводить до летального наслідку. Найтипівішими клінічними проявами вклинення стовбурих мозку є: прогресивне порушення свідомості, розлади дихання, брадикардія, розширення однієї із зіниць (анізокорія) та окорухові порушення, рухові розлади (гемі- та пізніше – тетрапарез). Вкрай ризикованим може бути проведення очисної лівативи хворому під час планової підготовки до оперативного втручання – видалення пухлини, оскільки масивна гідратація може ускладнитися вклиненням стовбура головного мозку.

Характер психічних розладів, які виникають при пухлинах головного мозку, може бути різноманітним. Так, на тлі ясної свідомості може виникнути порушення пам'яті, мислення, сприйняття, здатності до концентрації уваги. В окремих випадках превалює агресивність, схильність до немотивованої поведінки, прояви негативізму, зниження критики, що може змінюватися на апатичність, кволість, а в деяких випадках – маренням та галюцинаціями. У хворих похилого віку при наявності гіпертонічної хвороби та атеросклерозу психічні розлади завжди супроводжуються підвищенням внутрішньочерепного тиску.

При наданні медсестрою невідкладної допомоги хворому з епілептичним нападом до втручання лікаря найтипівішими помилками є: спроба ввести в ротovu порожнину металевий предмет для усунення асфіксії, що може призвести до перелому зубів або протезів і обтурації дихальних шляхів; неправильне та (або) несвоєчасне відновлення функції дихання; дії, спрямовані на фіксацію пацієнта з клонічними судомами, силовими методами; намагання якнайшвидше, до закінчення нападу, ввести внутрішньовенно медикаментозний препарат. Необхідно пам'ятати, що реальною загрозою для життя пацієнта може бути епістатус – тривале повторення епілептичних нападів без відновлення свідомості в міжнападковому періоді, який ускладнюється набряком мозку.

З огляду на зазначене вище в організації медсестринського догляду за нейроонкологічними пацієнтами важливим є: облік пацієнтів з потен-

ційними ускладненнями на початку чергової зміни, забезпечення своєчасного моніторингу вітальних показників, контроль кількості та швидкості інфузії розчинів.

У пацієнтів з онкологічною патологією хребта та спинного мозку нами відмічені особливості, котрі заслуговують на увагу з боку середнього медперсоналу:

- онкоураження хребців у 89% супроводжується різким, нерідко медикаментозно резистентним больовим синдромом;

- вертикальне пересування та (або) навіть незначна травма загрожує патологічним компресійним переломом уражених хребців і стисненням спинного мозку, що може призвести до грубої (невиліковної навіть оперативним шляхом) дисфункції кінцівок та порушенням функції тазових органів;

- у пацієнтів зі стисненням пухлиною спинного мозку та грубою неврологічною симптоматикою трофічні розлади тканин нижніх кінцівок і крижової ділянки розвиваються вкрай швидко – протягом 2-3-х годин;

- клінічна декомпенсація у хворих з пухлинами спинного мозку, окрім рухових порушень, у 49% супроводжується розладами функції тазових органів.

З огляду на перелічене, необхідно звернути увагу на вчасне і адекватне знеболювання пацієнтів з онкологічною патологією хребта та спинного мозку, вимагати дотримання хворими призначеного лікарем режиму, вчасно попереджувати та усувати трофічні розлади потенційно небезпечних ділянок шкіри.

Висновки. 1. Урахування середнім медперсоналом особливостей клінічної симптоматики та її перебігу у хворих з онкологічною патологією нервової системи дозволяє уникнути ускладнень, які у 4-6% призводять до грубої клінічної декомпенсації, а також скоротити перед- та післяопераційний термін госпіталізації.

2. У процесі професійної підготовки середнього медперсоналу необхідно акцентувати увагу на специфічних особливостях клінічних симптомів у нейроонкологічних хворих, що в перспективі дасть змогу активніше задіювати медсестер-бакалаврів як помічника лікаря, координатора роботи медсестер та молодших спеціалістів університетської клініки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Локай Б.А. Стан та проблеми медсестринської освіти // Медсестринство. – № 1. – 2006. – 44с.
2. Цимбалюк В.І. Нейрохірургія. – Київ: Медицина, 2008. – 60-62с.
3. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. – Москва "МЕДпресс-информ", 2008.
4. Meyer P.R. Jr., Cybulski G.R., Rusin J.J., Haak M.H, Spinal cord injury // Neurool. Clin. 1991.

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ МЕДПЕРСОНАЛУ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ ГРИПУ ТА ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ

Н. А. Васильєва, Л. М. Зубкович

У статті висвітлено питання про організацію роботи під час епідемій, профілактику захворюваності на грип, зокрема підкреслюється важливість вакцинації. А також вказується на необхідність створення гарячих телефонних ліній під час епідемій.

THE ORGANIZATION OF WORK OF HEALTH CARE PROFESSIONALS DURING EPIDEMICS OF INFLUENZA AND PREVENTIVE MEASURES

N. A. Vasylyeva, L. M. Zubkovych

The article adduces the organization of work of health care professionals during epidemics of influenza and preventive measures, particularly emphasizes the importance of vaccination. As well as the necessity of creating telephone hot lines during the flu epidemics is shown.

Вступ. Рання діагностика інфекційних хвороб - важливе завдання лікарів будь-якої спеціальності, особливо в первинній ланці організації охорони здоров'я. Від того, наскільки добре вони знають семіотику і вміють запідозрити інфекційну хворобу, часто залежить не тільки її клінічний перебіг, але й дальше поширення серед населення.

Грип – гостра інфекційна хвороба з періодичним епідемічним поширенням, яка спричиняється кількома серологічними типами РНК-вірусів (А, В і С) із групи міксовірусів і характеризується ураженням дихальних шляхів з вираженими інтоксикацією та гарячкою. Захворювання найчастіше зумовлюють віруси типу А, які залежно від антигенної будови білків гемаглютиніну (Н) і нейрамінідази (N) ділять на серовари А (Н 0 N 1), А (Н 1 N 1), А (Н 2 N 2), А (Н 3 N 2). Останнім часом циркулюють переважно віруси А (Н 1 N 1) і А (Н 3 N 2) [1].

Епідемії грипу, викликані вірусом типу А, виникають через кожні 1-2 роки, типу В – 3-4 роки. Трапляються щороку, зазвичай, холодної пори року і вражають до 15% населення земної кулі. Грип та ГРВІ становлять 95% всіх інфекційних захворювань у світі. Щорічно на планеті хворіють до 500 млн людей, 2 млн з них помирають [2].

Вірусні інфекції є однією з численних груп захворювань, різноманітних за клінічним перебігом й морфологією, які мають високу контагіозність і здатні викликати епідемії та пандемії [3, 4]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, під час щорічних епідемій грипу різної інтенсивності хворіє до 30% населення [5].

У період підвищеної захворюваності на грип дуже важливо своєчасно надати медичну допомогу всім хворим, зменшити їх епідеміологічну небезпеку, запобігти ускладненням. Необхідним заходом запобігання поширення грипу є раннє виявлення хворого, його ізоляція в домашніх умовах, в ізоляторі гуртожитку, інтернату або госпіталізація.

Основна частина. Організація роботи під час епідемії. На допомогу дільничним лікарям залучають інших фахівців, лікарів-інтернів, студентів старших курсів медичних інститутів. Їх забезпечують готовим набором рецептів на частовживані ліки і бланками направлень на дослідження.

Щоб запобігти ускладненням, необхідно забезпечити відвідування лікарем хворого в день виклику; в наступні дні за хворим може спостерігати патронажна медсестра, яка виконує призначення, стежить за станом хворого, дотриманням заходів протиепідемічного захисту. Листок

непрацездатності видають на 5 днів, при необхідності його продовжують. Заслугує на увагу поширення досвіду безплатної видачі медикаментів хворим під час їх першого відвідування, що забезпечує раннє лікування [1].

Профілактика захворювань. Досвід, отриманий під час епідемії, свідчить про необхідність посиленої уваги до госпітальної бази системи охорони здоров'я у між та перед епідемічний періоди, забезпечення дезінфекційними засобами з підтвердженою віруліцидною активністю (для поверхонь, інструментів, рук, повітря), оснащення реанімаційних відділів сучасною медичною апаратурою, оскільки в наступні сезони не виключені зміни цього показника, залежно від еволюційної трансформації збудника в бік збільшення вірулентних властивостей, а також вікової характеристики груп, залучених до епідемічного процесу.

Під час виявлення пандемії грипу А/Н1N1 у ряді країн експерти ВООЗ рекомендують, щоб медичні працівники були пріоритетним для вакцинації.

Враховуючи, що сприйнятливість до нових вірусів, як очікується, буде поширена, слід розглянути питання про вакцинацію, за наявності вакцини у пріоритетних країнах, осіб із супутніми захворюваннями, а також дітей і дорослих [7].

Для профілактики сезонного і пандемічного грипу в світі використовують 3 типи вакцин: живі (атенуйовані); інактивовані з ад'ювантами; інактивовані без ад'ювантів.

Найбільш імуногенними є живі вакцини, але, разом з цим, вони мають найбільшу кількість протипоказань і можливих поствакцинальних ускладнень. Тому в МОЗ України для профілактики грипу прийнято рішення про використання інактивованих вакцин [8].



За даними МОЗ України станом на 24.12.2010 р. в Україні проти грипу щеплено 507 114 осіб. Кампанія зі щеплення триває [6].

ВООЗ не рекомендує проводити профілактику противірусними препаратами [7].

Ефективними, особливо у період підвищення захворюваності, фахівці вважають такі методи профілактики:

- повноцінне харчування з включенням вітамінів у природному вигляді;
 - загартовування та часте провітрювання приміщень;
 - вживання загальнозміцнювальних та тонізувально-імуномодулювальних препаратів та препаратів цілеспрямованої імуностимулювальної дії.
- Високоєфективними є рекомендації загально-го санітарно-гігієнічного спрямування, зокрема:
- часто мити руки з милом;
 - прикривати ніс та рот хустинкою (або одноразовими серветками) при кашлі та чиханні;
 - широко застосовувати засоби нетрадиційної (народної) медицини, гомеопатичні препарати, оксолінову мазь [9].

Профілактичні заходи спрямовані насамперед на підвищення резистентності організму до дії збудників грипу, а також інших ГРВІ та ГРЗ.

У період підвищеної захворюваності відмінюють проведення дитячих ранків, фестивалів, відвідування кінотеатрів та інші масові заходи. У лікувальних закладах вводять карантин. Працівники лікувальних, дитячих і торгових закладів, геріатричних будинків і транспорту повинні надягати марлеві маски [1].

Самолікування ГРВІ та грипу може призвести до тяжких ускладнень, тому за перших проявів захворювання необхідно звертатися до лікаря.

В умовах епідемії грипу та ГРВІ доцільно створювати телефонні гарячі лінії лікарів з метою швидкого донесення до населення інформації щодо запобігання епідемічному поширенню, профілактичних заходів та лікування. [10]. Це допоможе оперативно реагувати на звернення людей, оптимізувати роботу медичного персоналу та сприятиме правильній організації дій під час епідемії.

Висновки. Рання діагностика та лікування сприяє легшому перебігу та швидшому одужанню.

1. Найефективнішим засобом профілактики слід вважати вакцинацію.
2. Створення гарячих телефонних ліній як оптимізація роботи медичних працівників.

ЛІТЕРАТУРА

1. Діагностика терапія і профілактика інфекційних хвороб в умовах поліклініки / За ред. М.А. Андрейчина. - 2-ге вид., переробл. і доповн. -Л.: вид-во "Медична газета України", 1996. - 352 с.
2. <http://panorama-mukachevo.com/2010/10/11/4750/>
3. Андрейчин М.А., Малий В.П. Пандемічний грип А/Н1N1/Каліфорнія // Інфекційні хвороби. - 2009. - № 4. - С. 103-131.
4. Деева Э.Г. Грипп. На пороге эпидемии: Руководство для врачей. - Москва: Изд-во Группа «Гэотар-Медиа», 2008. - 198 с.
5. Osterholm M.T. Preparatine for the next pandemic // New Engl. J. Med. - 2005. - V. 352. - P. 1839-1842.
6. http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20101224_0.html
7. Грищук Л.А. Туберкульоз і грип // Інфекційні хвороби. - 2010. - № 3. - С. 5-9
8. Князевич В.М., Мухарська Л.М., Шпак І.В., Лихотоп Р.Й., Бережнов С.П., Легеза К.М., Платов С.М., Гриневич О.Й. Грип: моніторинг і прогноз розвитку епідситуації, епідеміологічні особливості епідемії грипу А/Н1N1 в Україні в епідсезонні 2009-2010 рр. та першочергові заходи протидії // Інфекційні хвороби. - 2010. - № 1. - С. 5-13.
9. <http://galinfo.com.ua/news/79541.html>
10. Шульгай А.Г. Досвід використання телефонної гарячої лінії під час епідемії грипу в Тернопільській області // Інфекційні хвороби. - 2010. - № 1. - С. 78-81.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СПІЛКУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ З ПАЦІЄНТАМИ

Р. О. Сабадишин, О. В. Маркович, В. О. Рижковський, Б. З. Чижішин

Рівненський державний базовий медичний коледж

У статті розглянуто проблему спілкування медичної сестри з пацієнтом, що є необхідною умовою її успішної професійної діяльності. Підбадьорливе слово медичної сестри здатне підняти настрій хворого, укріпити його життєвий тонус, мобілізувати сили на активну боротьбу із хворобою, прискорити терміни його одужання. Навпаки, грубе, дратівливе і нетактовне спілкування з пацієнтом може негативно вплинути на стан його здоров'я, звести нанівець успіхи медикаментозної терапії.

SIGNIFICANCE OF A NURSE'S PSYCHOTHERAPEUTIC COMMUNICATION WITH THE PATIENTS

R. O. Sabadyshyn, O. V. Markovych, V. O. Ryzhkovski, B. Z. Chyzyshyn

Rivne State Basic Medical College

The article adduces to the problem of a nurse's communication with the patient, that is necessary to successful professional activity. Refreshing word of the nurse is able to lift the mood of the patient, strengthen his vitality, mobilize forces to active fight against the disease, and accelerate the timing of his recovery. Conversely, gross, annoying, and tasteless communication with patient may negatively affect his health; undermine the progress of a drug therapy.

Вступ. Психотерапевтична роль медсестри дуже велика, де б вона не працювала. Не випадково, що раніше медсестер називали сестрами милосердя, оскільки вони піклувалися не тільки про тіло, а й про душу хворих. З терміном "милосердя", насамперед пов'язують роботу медичних сестер по догляду за тяжкими пацієнтами в часи воєн, лихоліть і в мирні будні. Милосердя передбачає тяжку, безкорисливу працю з метою полегшення страждання хворої людини. Недостатність знань і вмінь – біда невелика і виправна, недостатність природних здібностей – проблема набагато вагоміша, тому що навіть великим натхненням не можна компенсувати того, чим не наділила природа, але зовсім безнадійна справа, коли немає або недостатньо поваги до

пацієнта, вміння з ним спілкуватися, любові до своєї професії [4].

Етичний кодекс медичної сестри, прийнятий на І з'їзді медичних сестер України в м. Чернівці в 1999 році, визначив основні якісні характеристики працівників цієї професії: професійна компетентність, повага прав пацієнта, гуманне до нього ставлення, шанування людської гідності і потреб пацієнта, дотримання принципу в роботі – перш за все, не нашкодить, обов'язок зберігати професійну таємницю [5].

Основна частина. Є різні методики психотерапевтичного впливу на хворого. В одних випадках застосовують переконання, в інших – логічно побудоване міркування, в третьому – гіпноз тощо. Найбільш поширений у медичній практиці метод – переконання. Хворий повинен повірити медичним працівникам. Віра в медсестру (лікаря), перейняття хворим її оптимізму і прогнозу,

нехай навіть не завжди правдивого, але переконливого – це те, що відповідає вимогам справжньої майстерності. Можна навести багато прикладів позитивного впливу психотерапії, коли у приречених хворих відновлювалось здоров'я і працездатність.

Медична сестра повинна будувати взаємодію з пацієнтом як з особистістю, враховуючи не тільки його фізичні, але й психологічні, духовні і моральні якості. Медсестрі не можна ніколи забувати про гідність і неповторність кожної людини [2].

Варто зупинитися на етапах встановлення психологічних відносин між сестрою і хворим у період перебування його в лікувальній установі. Можна розрізнити: а) початковий, б) розгорнутий, в) кінцевий етапи вказаних відносин.

На початковому етапі відбувається орієнтація – хворий і сестра, ознайомлення один з одним. І хоча хворий стурбований своїми проблемами, але в інтересах пристосування до нового середовища він змушений вступати в контакт з оточуючими його особами, брати до уваги особливості лікувального закладу. Сестри в ході роботи отримують уявлення про поведінку хворого, при цьому виникає зв'язок між ними і хворим.

На розгорнутому етапі медсестра і хворий познайомилися один з одним. Подальша робота вже покладається на те, як сформувався контакт між ними. Змінюється картина хвороби, все, що відбувається з хворим може викликати появи страху, невпевненості, пов'язаних з цим хворобливих фантазій, іронію, гірку насмішкватість, прискіпливість; все це можна зменшити або взагалі уникнути, виявляючи увагу до хворого, розмовляючи з ним, вислуховуючи його.

На кінцевому етапі труднощі зазвичай виникають при виписуванні з лікарні. Хворий стурбований, він боїться залишити стіни, де був надійно захищений від небезпеки. Хворого в таких випадках терзають сумніви: «Що буде зі мною вдома?», «Що буде, якщо ...?» та ін. Зрозуміло, що пацієнт повинен бути відповідним чином підготовленим до виписування. Неодноразові заняття, бесіди про все те, що його турбує, що викликає побоювання і страхи у зв'язку з випискою, все це сприяє усуненню тих труднощів, які часто пов'язані з випискою хворих з лікарні.

Зауважимо, що для здійснення якісної допомоги медсестра повинна бути готова до співпереживання, повинна проявляти доброту, чуйність, участь. Але в ряді випадків просто хороших

людських якостей недостатньо. Щоб застосувати їх професійно, а значить з високим ступенем надійності, треба засвоїти визнані елементи медичної психології та психотерапії.

Передача інформації в процесі спілкування здійснюється як за допомогою слів, тобто вербально, так і без слів, невербально – за допомогою жестів, міміки, ходи, пози, інтонації і т.д.

Для професійної діяльності медсестри характерна своя специфіка вербального спілкування. Під простотою спілкування розуміють стислість, закінченість фраз, що містять зрозумілі слова. Медсестрі необхідно пам'ятати, що хворій людині буває складно оцінити суть багатослівного повідомлення і побудувати на його основі тактику своїх подальших дій. З іншого боку, стисла інформація може вимагати її неодноразового повторення або уточнення, оскільки при цьому розуміння може бути неповним.

Критерій ясності інформації припускає, що після отримання повідомлення пацієнт може однозначно відповісти на питання «що, як, скільки, де, коли, чому», які стосуються його подальших дій (чи буде він діяти відповідно до своїх відповідей – інше питання).

До вербальних навичок спілкування, якими має володіти медсестра, можна віднести мистецтво слухати. Вміння слухати на відміну від здатності просто чути заплановане, передбачає наявність певної дисципліни, вимагає певних зусиль. При бажанні це вміння можна набути, хоча воно є одним з найбільш важких аспектів акту спілкування.

С. В. Кривцова і Е. А. Мухаматуліна [3] виділяють активне, пасивне і емпатичне слухання. Під активним вони розуміють слухання, при якому на перший план виступає відображення інформації, а під емпатичним – відображення почуттів. Ми вважаємо таке «препарування» дуже доречним для сестринської практики і надалі будемо дотримуватися цього тлумачення понять.

Рекомендації про те як, слухати активно:

1. Будьте уважні. Створіть своїм невербальним поведінням атмосферу співпереживання. Якщо ви будете уважні, чуйні, зосереджені, якщо будете дивитися на мовця, він відчує свою значимість і стане ставитися до вас більш позитивно.
2. Виявляйте цікавість до потреб співрозмовника. Пам'ятайте, що ви повинні слухати з розумінням.
3. Викличте в собі відгук на слова мовця, станьте свого роду «дзеркалом»: відображайте те, що, на вашу думку, відчуває і або говорить ваш співрозмовник; нехай ваші ідеї та почуття дійдуть

до нього, причому виражати їх слід доброзичливо, не критикуючи мовця.

4. Не ставте дуже багато запитань. Пам'ятайте, що питання можуть вийти «боком», оскільки у хворого може виникнути відчуття, що він «потрапив на гарячу сковороду».

5. Не варто використовувати нічого незначущі, заспокійливі фрази на кшталт «ну, все це не так погано», «завтра вам буде краще», «все перемелеться, не варто так переживати», «не можна все приймати так близько до серця, це всі дрібниці», «не треба робити з мухи слона».

6. Не допускайте, щоб співрозмовник «підчепив вас на гачок». Таке може статися, якщо ви розсердилися, образили або вийдете з себе, дозволите собі вступити у перепалку, робити поспішних висновків або завідомо засуджувати співрозмовника.

7. Намагайтеся показати свою увагу такими способами:

а) заохочуючи що говорить хворий з допомогою таких вигуків та слів, як «так», «зрозуміло», «вірно», «цікаво»;

б) заохочуючи того, хто говорить з допомогою невербальних сигналів: кивка головою; відповідного виразу обличчя; жестикуляції, невимушених і природних рухів, дотиків;

в) вимовляючи фрази заохочувального змісту, наприклад: «розкажіть-но мені будь ласка», «мені цікаво було б почути, що ви про це думаете», «не хотіли б ви про це поговорити?», «давайте це обговоримо», «мене дуже цікавить, що ви скажете з цього приводу».

8. Основними правилами спілкування медсестри з пацієнтом є: а) не перебивати; б) не переводити обговорення на іншу тему; в) не давати собі відволікатися; г) не задавати зайвих питань («не допитувати»); д) не сперечатися; е) не навіязувати своїх порад; ж) відображати в поведінці, жестикуляції, виразі обличчя і словах своє ставлення до почуттів мовця.

Сестрам в силу специфіки їх професії часто доводиться контактувати з людьми, що знаходяться в стані сильного емоційного виклику. У цьому випадку прийоми активного слухання не спрацюють. Ваш співбесідник не є в повному розумінні цього слова співрозмовником, оскільки вже не контролює власні емоції, не здатний уловлювати зміст розмови, та він і не намагається це робити. Йому треба тільки одне – заспокоїтися, налагодити самоконтроль; тільки тоді він буде

чути те, що ви йому говорите. У таких випадках ефективно пасивне слухання. Медсестрі в насамперед потрібно оволодіти навичками пасивного слухання.

Що таке пасивне слухання? Якщо ви маєте справу з людиною, що перебуває в стані афектів, сильного емоційного збудження, вам необхідно його просто заспокоїти. Зазвичай людина в такому стані не дуже добре контролює свої емоції і не дуже добре розуміє, що саме ви або він говорить. Тому опиратись на його інформацію або його почуття – справа абсолютно безглузда і навіть шкідлива. Це швидше за все викличе у нього додатковий вибух роздратування. Не допомагають і загальноприйняте в таких випадках слова-штампи: «заспокойтесь», «не плачте», «не потрібно нервувати».

Тому важливо просто слухати людину, просто давати йому зрозуміти, що він не один, що ви його чуєте, розумієте і готові підтримати. Найкраще при цьому діють так звані «угу-реакції»: Так-так, ну, звичайно і т.п. Не мовчіть, тому що глухе мовчання викликає роздратування у будь-якої людини, а у збудженої його підсилює.

Уявити собі емоційне життя пацієнта може медсестра, що володіє розвинутою здатністю до переживання і співпереживання, тобто що має достатньо високий рівень емпатії – розуміння емоційного стану іншої людини, співпереживання, проникнення в його суб'єктивний світ. Слід розрізняти жалість («мені вас шкода»), симпатію («я співчуваю вам») і емпатію («я – з вами»). Оцінка емпатії виявляється тісно пов'язаною з такими характеристиками хорошої медсестри, як професійне мистецтво, теплота, доброзичливість, надійність, досвідченість, сила, щирість та ін.

У контексті спілкування медсестри і пацієнта зворотний зв'язок – це реакція пацієнта на поведінку медсестри. Зворотний зв'язок покликаний допомогти медсестрі зрозуміти, як вона сама, її поведінка та подана нею інформація сприймаються і оцінюються пацієнтом. Під час діалогу медсестра і пацієнт постійно міняються комунікативними ролями «мовця» і «слухача». Тому медсестра також висловлює свою реакцію – прямо чи опосередковано. Такий зворотний зв'язок забезпечує адекватне розуміння її пацієнтом і створює умови для ефективного спілкування.

Адекватне сприйняття інформації залежить також від наявності чи відсутності у процесі спілкування комунікативних бар'єрів. В даному випадку

ку можна говорити як про існування у пацієнтів психологічного захисту від інформації про стан здоров'я та про прогнози в цьому відношенні, так і про можливі перешкоди на шляху адекватного сприйняття інформації у медсестри. М. Р. Бітянова [1] виділяє бар'єри фонетичний, семантичний, стилістичний, логічний, соціально-культурний та бар'єри відносин.

Фонетичний бар'єр може виникати, коли медсестра і пацієнт говорять швидко й невиразно або на різних мовах і діалектах, мають дефекти мови і дикції.

Семантичний (смысловий) бар'єр пов'язаний з проблемою жаргонів, властивих людям певних вікових груп, професій або соціального стану (наприклад, мова підлітків, наркоманів, моряків, хакерів, жителів віддалених місцевостей і т.д.). Зняття такого бар'єру – актуальна проблема для представників медичних професій, оскільки від його подолання залежить успішність терапевтичного контакту. Тому у медсестри повинні бути навички засвоєння чужих семантичних систем. Особливо це важливо, на наш погляд, для організації ефективного спілкування з підлітками. З іншого боку, буває, що медпрацівник сам провокує виникнення смыслового бар'єру у пацієнта, без потреби використовуючи професійні терміни. Надалі це може призвести до розвитку патологічних реакцій внаслідок несприятливого сестринського впливу на психіку пацієнта.

Виникнення стилістичного бар'єру можливо при невідповідності мови медсестри ситуації спілкування, наприклад при її фамільярній поведінці, коли вона всіх пацієнтів старше певного віку називає «бабуля» і «дідусь», не враховує психологічних особливостей людей та їх психологічного стану (зміна свідомості внаслідок захворювання або прийому лікарських препаратів).

У процесі спілкування медсестри і пацієнта можуть виникати і бар'єри відносин. Мова йде про негативні емоції, які викликає людина, причому причину цього часто тяжко усвідомити, про формування до нього негативного відношення.

Розглядаючи сутність психологічного бар'єру, не можна не вказати, що будь-який з них – це, перш за все, захист, який вибудовує пацієнт на шляху пропонуваної йому інформації.

Висновок. Психотерапевтична роль медичної сестри при спілкуванні з пацієнтами є надзвичайно велика, тому одне з основних завдань роботи медичної сестри є створення такої мікроатмосфери, яка б позитивно впливала на психоемоційний стан хворого.

Медична сестра повинна будувати взаємодію з пацієнтом як з особистістю, враховуючи не тільки його фізичні, але й психологічні, духовні і моральні якості. Медична сестра і хворий разом вирішують спільне завдання, і тому необхідною умовою є їхнє співробітництво, взаємодія і взаємна довіра.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бітянова М. Р. Организация психологической работы в школе [Текст] / М. Р. Бітянова. – М.: Совершенство, 1997. – 232 с.
2. Глезер Гуго. О мышлении в медицине [Текст] / Глезер Гуго. – М.: Медицина, 1969. – 270 с.
3. Кривцова С. В., Мухаматулина Е. А. Воспитание: наука хороших привычек [Текст] / С.В. Кривцова, Е.А. Мухаматулина. – М.: Глобус, 1997. – 289 с.
4. Юдин Е.Г. Размышления хирурга [Текст] / Е. Г. Юдин. – М.: Медицина, 1968. – 367 с.
5. Етичний кодекс професійної етики міжнародної ради медсестер // Головна медична сестра. – 2005. – № 5 – С. 36.

ЗАСТОСУВАННЯ АПЛІКАТОРІВ ЛЯПКО У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Л. С. Бабінець, У. М. Яковлєва

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Розглянуто загальні особливості впливу аплікаторів Ляпко у пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

APPLICATION OF LYAPKO'S APPLICATORS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

L. S. Babinets, U. M. Yakovlieva

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

This article reviews the general features of the impact of Lyapko's applicators in patients with arterial hypertension.

Вступ. Аплікатор Ляпко — один з небагатьох медичних товарів вітчизняного виробництва, який широко відомий в Америці, Європі, Австралії. Не завдаючи шкоди, своєю гармонійною дією на організм аплікатор допомагає позбутись недугів і зміцнити здоров'я. Десятки тисяч людей з успіхом застосовують аплікатор і визнають його унікальність. Він став вірним другом для людей похилого віку, повертає силу, енергію і життєрадісність всім, хто ним користується.

Аналогів у світі в аплікаторів Ляпко не існує, оскільки вони не мають рівних за багатогранністю і силою впливу, ефективністю і результативністю, за простотою і надійністю у використанні. Аплікатор мобілізує внутрішні ресурси, стимулює вироблення природних ліків усередині організму в необхідних фізіологічних дозах, компенсує нестачу рухової активності сотні тисяч людей.

Основна частина. Аплікатори можна застосовувати практично при будь-яких захворюваннях, вони ефективно сприяють покращенню вашого настрою, підвищенню працездатності, нормалізують сон і роботу всіх органів і систем вашого організму, підвищують в 2-3 рази ефективність

таких методів, як масаж, вушна і загальна голкотерапія дозволяє скоротити приймання ліків, а то і зовсім відмовитися від них. Аплікатор Ляпко рекомендований Міністерством охорони здоров'я України до медичної практики і внесений в Державний реєстр виробів медичного призначення України, № 784/99.

Різнometалева багатоголчаста рефлексотерапія (аплікатор Ляпко) виконує одну з важливих рекомендацій класичної рефлексотерапії: використовує два чи більше різнозарядженні метали (наприклад, срібло-золото) для ефективного впливу на канали (меридіани) внутрішніх органів. На відміну від інших методів рефлексотерапії (у тому числі і монометалевої аплікації голчастої терапії), у даному випадку організм сам визначає величину електричного струму, а також вибирає той чи інший метал, необхідний для нього у дозі та у тій ділянці тіла, де він потрібний у даний момент. Крім того, організм сам вирішує, через які ділянки шкіри буде відбуватися дифузія того чи іншого металу, і у якій дозі. Аплікатори призначені для аплікацій на будь-які ділянки тіла (частіше на ділянку спини). Висока лікувальна ефективність досягається за рахунок виникнення у шкірі, на вістрях і між голками гальванічного струму, і

в результаті цього підвищується мікроелектрофорез металів у тканини організму [1]

Можливості аплікатора Ляпко:

- підвищує працездатність і життєвий тонус, нормалізує сон і обмін речовин, покращує настрій;
 - допомагає в лікуванні і профілактиці захворювань шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної, дихальної і нервової систем;
 - усуває статеві розлади з наступною нормалізацією статевих функцій у чоловіків і жінок;
 - при лікуванні гінекологічних захворювань сприяє усуненню запальних явищ і порушень овуляторно-менструального циклу;
 - скорочує час повноцінного відновлення після черепно-мозкових травм, переломів, операцій, інсультів;
 - позбавляє болю в хребті, суглобах і м'язах, усуває головний біль;
 - сприяє нормалізації гормонального балансу, обмінних процесів при ендокринних захворюваннях ("гладкі" втрачають масу, "виснажені" набирають необхідні кілограми);
 - підвищує в 2-3 рази ефективність таких методів, як масаж, вушна і класична голкотерапія, мануальна і лазеротерапія, мікрохвильова резонансна терапія (при спільному або роздільному застосуванні);
 - допомагає позбутися шкідливих звичок (алкоголізм, куріння);
 - дозволяє скоротити прийом ліків, а надалі і зовсім відмовитися від них.
- Відносними протипоказаннями до застосування аплікаторів і валиків є:
- гострі інфекційні захворювання;
 - загострення хронічних захворювань з підвищенням температури тіла;
 - стан декомпенсації при захворюваннях серцево-судинної системи, легень, печінки, нирок;
 - хвороби крові і кровотворних органів у стадії декомпенсації;
 - гострі хірургічні стани;
 - різке виснаження;
 - порушення цілості шкірних покривів: рани, опіки, обмороження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ваше здоров'я у Ваших руках! Методичні рекомендації до аплікаторів Ляпко. – Київ, 2006.

При артеріальній гіпертензії впливають на зони тривалість 20-30 хвилин поступово збільшуючи площу впливу (паравертибральні точки вздовж хребта, крижової ділянки, гомілки, стопи). Артеріальна гіпертензія може супроводжуватися або поєднуватися з синдромами остеохондрозу шийного відділу хребта. Якщо в ділянці потилиці, голови, шиї є зони або точки вираженого болю, на них впливають аплікатором протягом 20-30 хвилин або фіксують маленькі аплікатори на 30-60 хвилин. З метою реабілітації хворих після перенесеного інсульту аплікатори застосовують на всі відділи хребта, на кінцівки, ділянки голови і шиї. Починати сеанс необхідно із здорової сторони обов'язково завершуючи процедуру впливом на стопи (сидячи або стоячи). Лікування проводять з розрахунком артеріального тиску пацієнта. При гіпертонічній хворобі можна починати процедуру обкатуючи стопи і литкові м'язи валиком протягом 2-5 хвилин або аплікатором 7-10 хвилин. Після цього 10-15 хвилин валиком або 20-30 хвилин аплікатором впливають на основні зони, залучаючи поступово вище-нижче вказані зони. Якщо при гіпертонії вплив на верхній відділ хребта не ефективно, необхідно короткий час (7-10 хвилин) впливом на крижову зону, зону надниркових залоз і завершити сеанс 3-5 хвилиною аплікацією стоп. Для посилення відтоку крові від голови і більш ефективного зниження артеріального тиску завершити сеанс аплікаціями на литкові м'язи і стопи (валик 2-5 хвилин, аплікатор 5-10 хвилин). При високому тиску аплікатор Ляпко рекомендується застосовувати паралельно з медикаментозним лікуванням, контролюючи артеріальний тиск.

Висновки. Отже, аплікатори призначені для широкого застосування з лікувальною метою при артеріальній гіпертензії, а також як профілактичний засіб для зміцнення і збереження здоров'я, підвищення працездатності, нормалізації сну, обміну речовин, можуть використовуватись в умовах різних медичних лікувальних установ, у санаторіях, а також самостійно вдома для ефективного лікування.