

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

2/2011

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 17.06.2011 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

Петрикович І.Т.

Оформлення обкладинки

Кушик П.С.

Підп. до друку 20.06.2011 Формат 60x84/8.

Гарнітура **JournalSans**. Друк офсет. Папір офсет. №1

Ум. друк. арк. 3,95. Обл.-вид.арк. 3.48.

Тираж 600. Зам. № 154

Видавець і виготівник

Тернопільський державний медичний
університет імені І.Я. Горбачевського

46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

ЗМІСТ

CONTENTS

- С. О. Ястремська, М. Ю. Кохан*
Проблеми діагностики та профілактики діабетичної стопи 4
- П. С. Гудак, В. Я. Горохівська*
Особливості медсестринського догляду за пацієнтами з спінальною патологією 7
- Л. С. Бабінець, У. М. Яковлева*
Застосування поверхневої багатоголчастої різнометалевої аплікації в комплексному лікуванні гіпертонічної хвороби 10
- О. М. Кіт, Д. О. Ковальчук*
Особливості хірургічної тактики лікування кровоточивої виразки шлунка 13
- Д. В. Козак*
Роль апоптозу лімфоцитів у перебігу механічної травми різної тяжкості 16
- Р. О. Сабедишин, Б. З. Чижішин, О. В. Маркович, Л. Р. Коробко, В. О. Рижковський, І. А. Бондар*
Вплив навчально-контролюючих програм на успішність студентів вищих медичних навчальних закладів I – II рівнів акредитації при вивченні ними предмета «Хірургія» 18
- Т. М. Запорожець*
Антивакцинальна кампанія, вивчення міфів про шкоду вакцинації 21
- В. А. Славопас*
Дидактичні основи нетрадиційних методів навчання 26
- Л. М. Зубкович*
Роль медичної сестри при виникненні епідемій небезпечних хвороб та алгоритми дій при цьому 29
- Т. Ю. Рибалка*
Особливості медсестринського догляду за пацієнтами іноземного походження відповідно до їх релігійної належності 31
- S. O. Yastremska, M. Yu. Kochan*
Preventive care and diagnostics of the diabetic foot 4
- P. S. Hudak, V. Ya. Horohivska*
Peculiarities of nursing care of patients with spinal cord pathology 7
- L. S. Babinets, U. M. Yakovlieva*
Application of superficial multineedle-metallic applique in complex therapy of hypertension 10
- O. M. Kit, D. O. Kovalchuk*
Peculiarities of surgical tactics of treatment of the bleeding stomach ulcer 13
- D. V. Kozak*
Role of lymphocytes apoptosis in the course of mechanical injury of different severity 16
- R. O. Sabydyshyn, B. Z. Chyzyshyn, O. V. Markovych, L. R. Korobko, V. O. Ryzhkovskyy, I. A. Bondar*
The influence of control-studying programs on the success of students of higher medical educational institutions of the I-II levels of accreditation in studying of the subject "Surgery" 18
- T. M. Zaporozhets*
Against vaccination campaign or myths studying about vaccines danger 21
- V. A. Slavopas*
Didactic principles of alternative teaching methods 26
- L. M. Zubkovych*
Role of nurse during epidemics of dangerous diseases and algorithms for action in this case 29
- T. Yu. Rybalka*
Peculiarities of nursing care for patients of foreign origin according to their religious affiliation 31

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

С. О. Ястремська, М. Ю. Кохан

*Навчально-науковий інститут медсестринства
Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

У статті розглянуто шляхи етіологічних факторів та ризиків, пов'язаних з діабетичними ускладненнями нижніх кінцівок, а також обговорюється стратегія заходів, оцінка, профілактика та навчання пацієнтів та медичного персоналу.

PREVENTIVE CARE AND DIAGNOSTICS OF THE DIABETIC FOOT

S. O. Yastremska, M. Yu. Kochan

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

This article discusses the etiologic pathway and risk factors associated with diabetic foot complications. Intervention strategies including assessment, risk stratification, prevention, treatment, and patient education are discussed.

Вступ. Цукровий діабет сьогодні вважається однією з найдраматичніших сторінок у світовій медицині. Ця хвороба посідає третє місце у світі після серцево-судинних і онкологічних захворювань.

За різними джерелами, в світі налічується від 120 до 180 млн хворих на діабет, що становить 2–3 % від усього населення планети. Але, як кажуть фахівці, ще більше людей не підозрюють про свою хворобу, особливо люди з другим типом цукрового діабету, тому що вони не є інсулінозалежними.

Переддіабетичний стан у людей може тривати кілька років. Багато людей списують нездужання на великі навантаження, хронічну втоми і т.д. Дуже часто хворобу діагностують цілком випадково, наприклад, при травмі або гіпертонічному кризі, на тій стадії коли вже з'являються хронічні ускладнення, тобто тоді, коли хворий потрапляє до фахівців з іншим або супутнім діагнозом.

Ця проблема є досить гострою в Україні. У нас зареєстровано понад 1,1 млн хворих на цукровий діабет (ЦД), що становить 2,4 % населення країни [1].

Основна частина. Синдром діабетичної стопи – одне з найтяжчих і найчастіших ускладнень при цукровому діабеті.

При цукровому діабеті порушення трофіки нижніх кінцівок особливо актуальні, оскільки щонайменше 4–10 % хворих на діабет мають виразки стопи, які є одним із найчастіших проявів синдрому діабетичної стопи. Діабетикам у 15 разів частіше, ніж іншим, ампутують нижні кінцівки, 40–70 % усіх нетравматичних ампутацій проводять саме внаслідок цукрового діабету. Діабетична стопа – ускладнення, яке вимагає тривалої госпіталізації і реабілітації, соціальних і виробничих витрат, пов'язаних із тимчасовою непрацездатністю та інвалідизацією хворого.

При захворюванні на цукровий діабет через тривалий підвищений вміст глюкози у крові в нижніх кінцівках, як і в інших органах, відбувається ураження судин і нервів. Простіше кажучи, вони нібито зацукруються [2-3]. При цьому в ногах знижується будь-яка чутливість (больова, температурна, тактильна, вібраційна). На цьому тлі навіть незначні травми стоп (забої, мозолі, тріщини, ушкодження при неохайному підрізанні

нігтів) можуть призвести до серйозних проблем. Обтяжується ситуація тим, що багато ушкоджень залишаються непоміченими, і коли пацієнт звертається до лікаря, хвороба досягає свого апогею. Після того, як садно, до якого приєдналася інфекція, збільшується в розмірах, лікувати стає набагато складніше. Інфікована виразка провокує підвищення вмісту цукру в крові, що, у свою чергу, погано впливає на загоєння.

Як наслідок, виникають виразкові дефекти стоп, хронічні рани, які довго не загоюються, інфекційне ураження кістки (остеомієліт) і насамкінець гангрена. Якщо вчасно не вживати ефективні заходи, це може призвести до ампутації ніг.

Незважаючи на таку невтішну картину, ситуація все ж не безнадійна. На думку міжнародних експертів, з допомогою спеціального комплексу заходів існує можливість уникнути ампутацій майже у 85 % випадків. Моральні та матеріальні наслідки виразок нижніх кінцівок і ампутацій надзвичайно важкі як для хворого, так і для держави, профілактика цього ускладнення організована належним чином, економічно вигідна і дозволяє зберегти повноцінне життя багатьом пацієнтам.

Розділ медицини, який вивчає захворювання стоп, не даремно виділений у ряді країн в окрему спеціальність – подіатрію. Ще в 30–50-ті роки минулого століття у країнах Європи і США звернули увагу на те, що якщо цілеспрямовано розвивати цю галузь, то значно (на 50–85 %) зменшується кількість ампутацій, знижуються державні витрати на реабілітацію пацієнтів, їх протезне забезпечення.

Однією з найбільших проблем подіатрії є те, що вона перебуває на стику кількох спеціальностей – судинної хірургії, ортопедії та ендокринології. Однак пацієнти, які потребують комплексного лікування, частіше отримують односторонню допомогу.

Нерідко в нашій країні трапляється ситуація, коли ендокринологи лікують цукровий діабет, підбираючи оптимальну цукрознижувальну терапію, але при цьому не звертають увагу на стан ніг пацієнтів, не навчають їх правильному догляду за стопами. Не можна назвати це халатністю медиків, у них часто просто не вистачає на це часу, як і не можна повністю звинувачувати в цьому хворого на цукровий діабет, який через зниження чутливості кінцівок або з інших причин починає активно висловлювати скарги тільки в запу-

щених випадках діабетичної стопи. У результаті пацієнтів направляють на лікування трофічних порушень нижніх кінцівок уже з виразками, а іноді й з гангrenoю, коли врятувати ногу консервативними методами неможливо.

Крім того, в нашій країні практика показує, що у 18–25 % пацієнтів, які мають гнійно-некротичні захворювання кінцівки через порушення трофіки тканин, вперше виявляють гіперглікемію. Таким чином, цукровий діабет нерідко виявляють при розвитку тяжких ускладнень, що призвели до інвалідизації людини (відповідно, патологія стопи в цьому випадку враховується в статистиці гнійних захворювань або захворювань судин, але не як синдром діабетичної стопи).

У західних країнах давно зрозуміли, що реальну допомогу пацієнтам із трофічними порушеннями нижніх кінцівок може надати тільки команда фахівців, до якої, крім хірургів, ендокринологів і ортопедів, повинні входити медичні психологи, техніки-протезисти, професійно підготовлений середній медичний персонал.

У нашій країні провідним закладом, що займається проблемами діабетичної стопи, є Український науково-практичний центр ендокринної хірургії МОЗ України, де завдяки ентузіазму співробітників і допомозі спонсорів працює кабінет діабетичної стопи. Він являє собою первинну профілактичну структуру, орієнтовану на недопущення небезпечних ускладнень, де активно лікують хворих, використовуючи новітні досягнення. Лікарі та медичні сестри, що приймають пацієнтів у кабінеті діабетичної стопи, допомагають їм правильно доглядати за стопами, займаються санітарно-гігієнічною просвітою. На базі центру проводиться комплексне стаціонарне лікування виразок і трофічних порушень стоп.

Догляд за стопами і консультації пацієнтів повинні здійснюватися у профілактичних кабінетах зі спеціально призначеними для цього кріслами та обладнанням для огляду й допомоги пацієнтам, наприклад, апаратом для нетравматичного видалення гіперкератозів і лікування дрібних травм на підшвах. Таким чином, необхідна служба, яка дозволить досягти більшого соціально-економічного та медичного ефекту і більш вигідна, ніж лікування і протезування хворих з виразками і гангrenoю.

У Великобританії, Німеччині, Швеції й інших розвинених країнах прийняті державні програми, які включають профілактичні заходи: навчан-

ня пацієнтів і персоналу, постійний моніторинг осіб із ризиком розвитку синдрому діабетичної стопи, допомогу в догляді за стопами і підборі взуття, ранню діагностику судинної патології, своєчасне направлення до фахівців і адекватне лікування.

Всі пацієнти з цукровим діабетом та іншими захворюваннями, які викликають ураження периферійних відділів нижніх кінцівок, повинні кожні 3-6 місяців відвідувати кабінети діабетичної стопи, отримувати своєчасну консультацію, вміти правильно доглядати за стопами.

Ускладнення діабету можна уникнути і жити як здорова людина, але тільки за умови, що хворий сам навчиться керувати діабетом. Всьому цьому можна навчитися у «Школах діабету», які працюють на базі медичних центрів і поліклінік. Навчання там проводиться безкоштовно. Адресу завжди можна дізнатися у лікаря-ендокринолога.

Нижче наводимо поради із догляду за кінцівками, які повинні знати як медичні сестри, так і самі пацієнти, щоб уникнути такого важкого ускладнення, як «діабетична стопа»:

- Щоденно мити ноги теплою водою, після чого витирати їх м'яким рушником, не забуваючи про міжпальцеві проміжки.

- За наявності ороговінь необхідно обробляти ці ділянки пемзою. У жодному разі не можна використовувати для цього леза або ножиці.

- При сухій шкірі стоп після миття змащувати їх напівжирним кремом для ніг, виключаючи міжпальцеві проміжки.

- Дуже обережно обробляти нігті – обрізувати їх прямо, не закруглюючи кути, а краще підпилювати пилочкою.

- Щоденно оглядати стопи ніг, щоб не допускати розвитку пошкоджень, тріщинок і саден. Ретельно оглядати підошву ніг за допомогою дзеркала, розташованого на підлозі.

- Щоденно змінювати шкарпетки і панчохи.

- Для зігрівання ніг використовувати теплі шкарпетки без тугих резинок, а не грілку або гарячу воду, оскільки через знижену чутливість можна дістати опіки.

- Щоденно оглядати взуття, чи нема в ньому сторонніх предметів, чи не загорнулася устілка. Все це може призвести до потертості шкіри стоп, чого допускати ніяк не можна.

- Щоденно робити судинну гімнастику для голямки і стоп.

- За наявності грибкового ураження нігтів або шкіри стоп необхідно використовувати спеціальні антимікотичні засоби.

- При ураженні шкіряного покриву (тріщина, поріз) використовувати для обробки безбарвні антисептичні розчини.

- При ушкодженнях, які не загоюються, необхідно відразу звертатися до лікаря.

Висновок. В одній статті неможливо повністю розкрити шляхи розв'язання проблеми подіатричної допомоги та профілактики розвитку синдрому діабетичної стопи, адже, крім створення кабінетів діабетичної стопи, необхідно почати підготовку висококваліфікованих кадрів як середнього і лікарського медперсоналу, так і самих пацієнтів. Як відомо, найтяжчі ускладнені форми діабетичної стопи, як правило, починаються з дуже незначних порушень, які повинні бути вчасно помічені і ліквідовані.

ЛІТЕРАТУРА

1. Горобейко М. Б., Гирявенко О. Я. Класифікація діабетичної стопи, затверджена Міжнародною робочою групою з діабетичної стопи IDF та ВООЗ // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія – 2004. – № 1. – С. 83-86.

2. Міжнародна угода з проблеми діабетичної стопи. – К., 2004. – С. 96.

3. Практичні рекомендації з лікування та профілактики синдрому діабетичної стопи Міжнародної робочої групи з проблеми діабетичної стопи. – К., 2004. – С. 16.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З СПІНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

П. С. Гудак, В. Я. Горохівська

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
Навчально-науковий інститут медсестринства
Тернопільська університетська лікарня*

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

PECULIARITIES OF NURSING CARE OF PATIENTS WITH SPINAL CORD PATHOLOGY

P. S. Hudak, V. Ya. Horohivska

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

The article adduces the peculiarities of care for patients with spinal cord lesions in Ternopil University Hospital.

Вступ. Пошкодження хребта належать до числа найбільш складних травм. Вони становлять 0,4–0,5 % усіх переломів кісток скелета. Значне число травмованих – молоді люди. 20–40 % закритих ушкоджень хребта ускладнюються пошкодженням спинного мозку різного ступеня тяжкості. Зберігається значний відсоток незадовільних результатом лікування. Інвалідність при ускладнених пошкодженнях хребта становить 95 %. Летальність у цій групі хворих – до 30 %.

Основна частина. На сьогодні у світі проживає близько 2,5 млн хворих, що перенесли хребтово-спинномозкову травму, а щорічно у світі реєструється близько 130 тис. випадків спинномозкових травм. Контингент спінальних хворих на 75 % складається з чоловіків працездатного віку. Близько 80 % хворих, які перенесли тяжку хребтово-спинномозкову травму, залишаються прикутими до інвалідного візка й потребують спеціалізованого догляду протягом усього життя. За період з 2005 по 2010 рр. у нейрохірургічному стаціонарі КЗ ТОР «Тернопільської уні-

верситетської лікарні» знаходилось 347 хворих. З них 47 – з ураженням хребта та нервових елементів спинномозкового каналу. Оперовано – 43 хворих.

Спінальні хворі – це складний контингент хворих з паралічами різного ступеня та важкості. Біль, нерухомість, залежність від сторонньої допомоги завдають хворому моральних і фізичних страждань. Досвідчена медична сестра вчасно і сумлінно виконає всі призначення лікаря, спрямує всю роботу на профілактику можливих ускладнень, проведе лікувальний масаж та лікувальну фізкультуру, створить приємний морально-психологічний клімат. Загальний догляд за хворими здійснюється під час денних, нічних, добових чергувань залежно від потреб пацієнта. Фізіотерапія (особливо лікувальна гімнастика) становить найбільш ефективний напрям ведення хворих із парезами кінцівок, вона спрямована на тренування рухів в паретичних кінцівках і запобігання контрактур. Дихальна гімнастика дозволяє попередити захворювання бронхо-легеневої системи.

Догляд за хворими включає здійснення лікувально-відновної терапії на всіх етапах медичної реабілітації. Організація догляду, перш за все, полягає в деонтологічних принципах, які забезпечують задовільний психоемоційний стан пацієнта. Теплий прийом хворого, поведінка медперсоналу, максимально швидке обстеження і призначення лікування, чітко визначення режиму поведінки, впевненість та оптимізм в діях лікарів та медичних сестер задовільно впливають на психологічний стан пацієнта. Міміка, жести, вираз обличчя та очей медперсоналу повинні бути адекватними та оптимістичними, оскільки хворий болісно реагує на нещирість, сторонні розмови.

Особливу увагу потрібно приділяти обережному транспортуванню пацієнтів в діагностичні кабінети для подальшого обстеження та при перевертанні у постелі, виключаючи згинання, розгинання та бокові зміщення хребта. Відомо, що вторинні зміщення можуть призвести до тяжких наслідків порушення спинного мозку.

Рухові порушення внаслідок ураження спинного мозку є однією з найбільш частих причин інвалідності у хворих із захворюваннями центральної нервової системи. Серед рухових порушень переважають центральні парези і паралічі кінцівок, які зазвичай супроводжуються підвищенням м'язового тону за типом спастичності.

Основною метою нейрохірургічних втручань є проведення ранньої декомпресії спинного мозку та ефективної стабілізації пошкоджених сегментів хребта. Обрана лікувальна тактика для хворих з ХСМТ дала можливість швидко усувати нестерпні больові синдроми, швидко активізувати хворих, що в більшості випадків дозволила уникнути небезпечних для життя застійних явищ, таких, як трофічні пролежні, запальні процеси бронхо-легеневої та сечовидільної систем.

Періодичний біль у спині – це поширена проблема. Більшість випадків виникнення болю є результатом звичайних навантажень і розтягувань або дегенеративних змін, що з'являються з віком. Але іноді причиною болю може стати спінальна пухлина – злаякісна або доброякісна новоутворення, що розвивається в спинному мозку, в його оболонках або в кістках хребта.

Основними симптомами спінальної пухлини є:

- втрата чутливості або м'язова слабкість, особливо в ногах;
- труднощі при ходьбі, іноді призводять до падінь;
- знижена чутливість до болю, тепла і холоду;
- втрата функцій кишечника або сечового міхура;
- параліч, який може бути різної локалізації та ступеня тяжкості залежно того, де розташована пухлина і яку частину спинного мозку вона здавлює;
- сколіоз або інша спінальна деформація, що з'явилася внаслідок великої, але доброякісної пухлини.

У більшості органів доброякісні пухлини не становлять великої небезпеки. Але відносно спинного мозку, все може відбуватися по-іншому. Спінальна пухлина або будь-який різновид новоутворення може вражати нерви, що призводить до появи болю, неврологічних порушень, а іноді і до паралічу. Спінальна пухлина, злаякісна чи доброякісна, може загрожувати життю і викликати інвалідність. Однак досягнення в лікуванні спінальних пухлин пропонують варіанти лікування, що були раніше недоступні для пацієнтів з такими захворюваннями.

Висновки. 1. Захворювання хребта належить до числа найбільш тяжких травм, яке може призвести до втрачення обсягу рухів, працездатності, інвалідизації хворого і навіть до летального результату.

2. У процесі професійної підготовки середнього медперсоналу необхідно акцентувати увагу на специфічні особливості клінічних симптомів у нейрохірургічних хворих, що в перспективі дасть змогу активніше задіювати медсестер та молодших спеціалістів до роботи в університетській клініці.

3. Урахування середнім медперсоналом особливостей клінічної симптоматики та її перебігу у хворих з ураженням спинномозкової системи дозволяє уникнути ускладнень, які у 4–6 % призводять до грубої клінічної декомпенсації, а також скоротити перед- та післяопераційний термін госпіталізації.

4. На рівні МОЗ розробити положення про міжрегіональні центри для реабілітації хворих із пошкодженням хребта та ураженням спинного мозку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Локай Б. А. Стан та проблеми медсестринської освіти // Медсестринство. – № 1. – 2006. – 44с.
2. Цимбалюк В. І. Нейрохірургія. – Київ: «Медицина», 2008. – 60–62 с.
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 // Neurol. Clin. – 1991.
5. Епифанов В. А. Реабилитация больных с травмой позвоночника и спинного мозга. – М. : Медицина, 1988.
6. Бабиченко Е. И. Травматическая болезнь спинного мозга. Нейротравматология; под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. – М.: Вазар-Ферро, 1994.

ЗАСТОСУВАННЯ ПОВЕРХНЕВОЇ БАГАТОГОЛЧАСТОЇ РІЗНОМЕТАЛЕВОЇ АПЛІКАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Л. С. Бабінець, У. М. Яковлева

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
Навчально-науковий інститут медсестринства*

Шляхом порівняльного аналізу лікувальних програм було встановлено достовірно вищий рівень ефективності застосування курсу поверхневої багатоголчастої різнометалевої аплікації за методом Ляпко у комплексному лікуванні за впливом на клінічний перебіг і загальний стан пацієнтів порівняно із стандартною терапією. Зроблено висновок про доцільність використання аплікаторів Ляпко у комплексному лікуванні хворих кардіологічного профілю в амбулаторній практиці.

APPLICATION OF SUPERFICIAL MULTINEEDLE-METALLIC APPLIQUE IN COMPLEX THERAPY OF HYPERTENSION

L. S. Babinets, U. M. Yakovlieva

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

By the comparative analysis of the medical programs the higher level efficiency of the superficial multineedle-metallic applique course application by method of Lyapko in complex treatment according to the influence on clinical course and the general condition of patients has been proved in comparison with standard therapy. It's been done a conclusion about expedience of the applicators by Lyapko using in complex therapy of patients of cardiological type in the ambulatory practice.

Вступ. Процес лікування більшості захворювань внутрішніх органів є багатокомпонентним внаслідок складності патогенезу і поліморбідності, а також довготривалим. Терапія часто вимагає призначення ряду препаратів протягом довгого часу. Медикаментозне навантаження, поліпрагмазія можуть погіршити перебіг хвороби, призвести до ускладнень і навіть до виникнення нових ятрогенних процесів. У зв'язку з цим погляди інтерністів все частіше звертаються до біологічних методів медицини, зокрема рефлексотерапії. Дана публікація є першим підсумком довготривалого використання у комплексному лікуванні захворювань серцево-судинної системи поверхневої багатоголчастої різнометалевої аплікації за методом М. Г. Ляпко в умовах денного стаціонару поліклінічного відділення Тернопільської міської клінічної лікарні № 2.

Основна частина. Взнявши за основу рефлексотерапевтичний метод дії на біологічно активні точки (БАТ) й зони пучком голок, М. Г. Ляпко застосував винайдену ним унікальну технологію виготовлення багатоголчастих аплікаторів із спеціальних голок із різних металів і металічних покриттів (міді, цинку, заліза, нікеля, срібла), оригінально розташованих у визначеному порядку на гумовій основі. Це сприяло збільшенню факторів дії на шкірні покриви і підвищенню терапевтичного й оздоровчого ефектів.

Механізм дії аплікаторів Ляпко (АЛ) складається, насамперед, з рефлекторно-механічного впливу множинного голковколювання певних зон і БАТ і мікромасажу шкіри і прилеглих тканин, що викликає комплекс місцевої, сегментарної та загальної реакцій організму людини. Другим є гальвано-електричний вплив аплікації за рахунок

гальванічних струмів між голками з різних металів, що супроводжуються електрофорезом цих металів до внутрішнього середовища організму, який є біоколоїдом з електролітів як катіонного, так і аніонного складу. Гальванізація сприяє покращенню обміну речовин, посилює репаративні процеси, має розсмоктувальну дію, посилює продукцію біологічно активних речовин (ацетилхоліну, гістаміну, гепарину та ін.), покращує проведення нервових імпульсів, знижує больову чутливість за рахунок ініціації ендогенних опіатних і серотонінових механізмів. Третім механізмом дії АЛ є гуморальний вплив іонів металів, які входять до складу голок, у ході мікроіонофорезу їх у рідинне середовище організму, що забезпечує нормальне функціонування різних органів і систем. Важливим є факт, що названі механізми дії АЛ спрямовані на врегулювання балансу між зовнішніми патогенними факторами й внутрішніми захисними силами організму пацієнта. Впровадження аплікації дозволило досягати значних результатів з мінімальними побічними негативними впливами на організм хворого. Про використання АЛ у практиці клінік внутрішніх хвороб інформації недостатньо, тому вважали за доцільне проаналізувати наш власний досвід.

Метою дослідження було довести ефективність застосування АЛ у комплексному лікуванні захворювань внутрішніх органів в амбулаторних умовах для корекції загального стану хворих і клінічного перебігу нозологій.

Об'єктом нашого дослідження стали 10 пацієнтів, які лікувались у денному стаціонарі поліклінічного відділення Тернопільської клінічної лікарні № 2. Вік хворих – від 19 до 75 років, чоловіків було 4, жінок – 6. Пацієнтів було поділено на дві групи: I група – хворі, які отримували

вали загальноприйнятий комплекс лікування (ЗЛ) згідно із клінічним діагнозом і запропонованим МОЗ України протоколом відповідно до нього; II група – хворі, які отримували ЗЛ, підсилене курсом рефлексотерапії з використанням АЛ – (ЗЛ+АЛ). У I і II групах було 10 хворих кардіологічного відділення (гіпертонічна хвороба I-II стадії), зіставними за статтю, віком, структурою нозологій, тяжкістю клінічного перебігу та супутньої патології. Курс рефлексотерапії з використанням АЛ складався із 10 сеансів, проведених за гальмівною методикою (20 хв). Опрацьовували зони спини вздовж хребта, які відповідають сегментарній іннервації уражених органів відповідно до нозологій пацієнтів.

У ході аналізу результатів лікування вивчили загальний стан (ЗС) пацієнтів за шкалою загального стану (ШЗС) по ВООЗ за 5-бальною системою (0 балів – нормальний стан, повністю активний; 1 бал – наявні симптоми захворювання, активність знижена, може знаходитись вдома; 2 бали – виражені симптоми, непрацездатний, менше 50 % часу проводить у ліжку; 3 бали – тяжкий стан, більше 50 % часу проводить у ліжку; 4 бали – дуже тяжкий стан, 100 % часу проводить у ліжку; 5 балів – смерть) та за шкалою Карновскі за 100-бальною системою (градації від 100 (без ознак захворювання) до 0 балів (смерть)). Оцінювали також деякі клінічні прояви захворювань до і після курсу лікування. Отримані результати оброблено статистично за допомогою персонального комп'ютера з використанням стандартного пакета прикладних програм та оцінено за критеріями Стьюдента.

У таблиці 1 наведено дані ЗС хворих, які досліджувались у ході проведеного аналізу.

Таблиця 1. Динаміка ЗС пацієнтів у групах порівняння під впливом досліджених лікувальних програм

Профіль пацієнтів	Груп порівняння				
	I груп		II груп		
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Кардіологічний	1	1,86±0,19	1,22±0,20	1,91±0,17	0,43±0,16*
	2	62,20±2,70	81,32±1,56	61,45±3,21	94,54±0,79*

Примітки: 1 – оцінка за ШЗС ВООЗ, бали;
2 – оцінка за шкалою Карновскі, бали;
* – достовірність різниці показників ЗС в II групі хворих після лікування стосовно тих в I групі (P<0,05).

Застосування АЛ у комплексному лікуванні хворих забезпечило більшу ефективність терапії в II групі пацієнтів стосовно I групи, за даними ШЗС ВООЗ, сумарно у балах відповідно з $2,02 \pm 0,11$ і $2,03 \pm 0,09$ до лікування і $0,47 \pm 0,07$ і $1,33 \pm 0,10$ після лікування; за даними ШЗС Карновські, у балах відповідно з $61,63 \pm 1,33$ і $61,09 \pm 1,18$ до лікування і $92,35 \pm 0,89$ і $81,82 \pm 0,99$ після лікування. Таким чином, поєднання лікувальних можливостей медикаментозного і рефлексотерапевтичного впливу було більш дієвим для нормалізації ЗС хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабінець Л. С., Пінкевич О. Я., Пінкевич Л. М. Застосування рефлексотерапевтичних методик у комплексному лікуванні хронічного панкреатиту в поєднанні з гіпертонічною хворобою // Мат-ли наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Рефлексотерапія в Україні: досвід і перспективи». – 2009. – С. 17-21.

2. Коваленко О. Є., Мачерет Є. Л., Гарник Т. П. Роль та місце рефлексотерапії в системі медичної реабілітації хворих // Мат-ли наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Рефлексотерапія в Україні: досвід і перспективи». – 2009. – С. 5-11.

Висновки. 1. Проведений порівняльний аналіз курсу лікування із включенням аплікаторів Ляпко із стандартною терапією хворих констатував достовірно його вищу ефективність за впливом на клінічний перебіг (артеріальна гіпертензія – на 14 %) і загальний стан пацієнтів (у балах за ШЗС ВООЗ – на $0,86 \pm 0,08$ і за ШЗС Карновські – на $10,36 \pm 0,93$).

2. Використання аплікаторів Ляпко у комплексному лікуванні хворих із кардіологічними захворюваннями в амбулаторній практиці є перспективним і доцільним.

3. Лувсан Гаваа. Традиционные и современные аспекты восточной медицины. – М.: АО «Московские учебники и картолиитография», 2000. – 400 с.

4. Ляпко Н. Г. Аплікаторы Ляпко. Методические рекомендации. – МПК «Ляпко», 2009. – 48 с.

5. Ляпко Н. Г., Джужа Т. В., Ляпко-Аршинова Ю. Н. Миоскелетная боль – ее профилактика и лечение с использованием многоигльчатых разнометаллических аплікаторов // Мат-ли наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Рефлексотерапія в Україні: досвід і перспективи». – 2009. – С. 101-104.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ КРОВОТОЧИВОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА

О. М. Кіт, Д. О. Ковальчук

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Проаналізовано результати дослідження і хірургічного лікування 105 хворих на виразкову хворобу шлунка, ускладнену кровотечею. Комплексне дослідження показників центральної гемодинаміки, згортальної системи і гемореологічних властивостей крові, а також дані ендоскопічного та клінічного дослідження дали можливість об'єктивно оцінити ступінь тяжкості стану хворого з кровоточивою виразкою шлунка та своєчасно обґрунтувати доцільність хірургічного втручання в кожному конкретному випадку захворювання.

PECULIARITIES OF SURGICAL TACTICS OF TREATMENT OF THE BLEEDING STOMACH ULCER

O. M. Kit, D. O. Kovalchuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Authors made the analysis of results of research and surgical treatment of 105 patients with a stomach ulcer of a stomach complicated with bleeding. Complex research of central haemodynamic indices, coagulation systems and hemoreological properties of blood, and also the data of endoscopy and clinical research enabled to estimate objectively a degree of weight of a condition of the patient and in due time to prove expediency of surgical intervention in each concrete case of disease.

Вступ. Одним із найчастіших і тяжких ускладнень виразкової хвороби є кровоточиві виразки шлунка [1, 2, 5]. Незважаючи на розробку нових методів діагностики, консервативного та оперативного лікування смертність від кровотечі залишається високою і коливається від 10 до 20 % [6, 7, 8]. Пусковим механізмом виникнення тяжких ускладнень та незворотних змін у різних органах і системах хворих з шлунковою кровотечею є виснаження компенсаторних механізмів, зумовлених постгеморагічною анемією, тривалим зниженням артеріального тиску, циркуляторною гіпоксією та зменшенням кровонаповнення судинного русла [3, 4].

Покращити результати хірургічного лікування хворих з виразками шлункової локалізації, ускладнених кровотечею на основі комплексного клінічного, інструментального дослідження та вивчення показників центральної гемодинаміки,

коагуляційних ланок гемостазу й фізичних властивостей крові.

Основна частина. Проведено аналіз обстеження та лікування 105 хворих з виразками шлунка, що кровоточать. З них чоловіків було 78 (74,2 %) і жінок – 27 (25,8 %) віком від 17 до 78 років. При фіброгастроскопічному дослідженні кровоточива виразка частіше всього локалізувалася в медіогастральній ділянці – 38 (36,1 %), препілоричному 29 (27,6 %) і антральному відділах шлунка – 26 (24,7 %). Для вивчення волемічних показників центральної гемодинаміки проводили дослідження артеріального, венозного тиску, об'єму циркулюючої крові (ОЦК), об'єму циркулюючої плазми (ОЦП), еритроцитів, гемоглобіну. Стан згортальної системи крові визначали за допомогою апарата «Тромб-2». Реологічні властивості крові вивчали за допомогою уявної в'язкості крові (η_{sp}), граничної текучості (ϕ_0), і коефіцієнта агрегації (А).

Всім хворим із шлунковими кровотечами при госпіталізації виконували ургентну ендоскопію з оцінкою стадії стабільності гемостазу. Залежно від характеру кровотечі та ендоскопічних ознак прогностично-тактичному плані виділили три групи хворих. До першої групи увійшли 22 хворі (20,9 %), у яких під час фіброгастроскопії виявлено кровотечу, що й стало показанням до екстреної операції. До другої групи увійшли 46 (43,8 %) хворих з ознаками зупиненої кровотечі і загрозою її рецидиву. У 17 (36,9 %) хворих цієї групи виявлено кровоточивість із дрібних судин по краях виразки, що свідчило про нестійкість гемостазу, у зв'язку з чим їм виконано відстрочені операції. У 37 (35,2 %) хворих третьої групи встановлений стабільний гемостаз, у більшості хворих у кратері виразки був виявлений фібрин, що свідчило про стабільність гемостазу. Поряд з цим усім хворим з шлунковими кровотечами при госпіталізації визначали об'єм крововтрати, дефіцит ОЦК, кількість еритроцитів, гемоглобін, гематокрит (табл.1).

При вивченні гемореологічних показників крові, при легкому ступені крововтрати, межа напруги швидкості зсуву, яка свідчить про текучість крові, (ϕ_0) дорівнювала $(5,36 \pm 1,3) \text{ мН/м}^2$; уявна в'язкість крові (за) – $(65,6 \pm 9,8) \text{ мПа}^{\circ}\text{С}$; коефіцієнт агрегації (А) – $(5,28 \pm 0,45) \text{ мН/м}^2 \cdot 10^{-5}$. (При нормі (ϕ_0) – $(4,46 \pm 2,28) \text{ мН/м}^2$; за – $(52,5 \pm 7,6) \text{ мПа}^{\circ}\text{С}$; А – $(3,84 \pm 0,38) \text{ мН/м}^2 \cdot 10^{-5}$). При середньому ступені (ϕ_0) – $(7,84 \pm 1,4) \text{ мН/м}^2$, за – $(77,9 \pm 9,8) \text{ мПа}^{\circ}\text{С}$, А – $(6,68 \pm 0,72) \text{ мН/м}^2 \cdot 10^{-5}$. При тяжкому ступені – (ϕ_0) – $(9,64 \pm 1,6) \text{ мН/м}^2$; за – $(91,4 \pm 10,3) \text{ мПа}^{\circ}\text{С}$; А – $(8,27 \pm 0,97) \text{ мН/м}^2 \cdot 10^{-5}$.

Вивченні нами в динаміці показники центральної гемодинаміки, згортальної системи і гемореологічних властивостей крові у хворих з зупиненою шлунково-кишковою кровотечею свідчать про те, що у хворих з середнім і тяжким ступе-

нем крововтрати (при геморагії більше одного літра) неможливо нормалізувати наведенні параметри комплексним консервативним лікуванням протягом навіть 14–15 діб. Тому виникнення рецидиву кровотечі із виразки крововтрата, що триває на такому тлі небезпечно тяжкими наслідками для хворого. А тому у хворих з виразковою хворобою шлунка, ускладненою кровотечею, при крововтраті більше одного літра, при наявності високої вірогідності рецидиву кровотечі доцільно виконувати оперативне втручання навіть при зупиненій або зупиненій консервативним чи ендоскопічним методом для попередження розвитку тромбеморагічного синдрому. Поряд з цим, виконанні нами дослідження показників центральної гемодинаміки, згортальної системи і гемореологічних властивостей, а також дані ендоскопічного дослідження й аналіз клінічного матеріалу, дали можливість нам обрати таку тактику при шлунково-кишкових кровотечениях у хворих на ВХШ: 1. Екстрену операцію проводили у перші дві години після госпіталізації хворих із шлунково-кишковою кровотечею – 24 (22,8 %) при наявності: пульсуючої або струминної кровотечі із судин дна виразки, а також у хворих з рецидивною кровотечею з виразки, встановленої ендоскопічно.

2. Відстрочені оперативні втручання виконували у найближчі 2-3 доби з моменту госпіталізації у 38 (36,2 %) хворих: із капілярною шлунково-кишковою кровотечею і крововтратою більше одного літра, а також у хворих з зупиненою кровотечею при крововтраті більше одного літра й високою вірогідністю рецидиву кровотечі (тромбована судина, пухкий тромб на дні виразки).

3. Планові операції виконували у 43 (40,9 %) хворих після надійно зупиненої кровотечі, стабілізації основних показників гомеостазу, покращення загального стану хворого й неефективного консервативного лікування виразкової хвороби.

Таблиця 1. Ступінь та показники тяжкості крововтрати

Ступінь крововтр т	Крововтр т в мл	Дефіцит ОЦК	Еритроцити $\cdot 10^{12}/\text{л}$	Гемоглобін г/л	Гематокрит %
Фізіологічна втр т	до 500	до 10 %	4,0-3,8	120-101	40 і більше
Легкий ступінь	501-1000	11-20 %	3,7-3,2	100-90	39-35
Середній ступінь	1001-1500	21-30 %	3,1-2,4	89-70	34-25
Тяжкий ступінь	більше 1500	більше 30 %	2,3 і менше	70 і менше	25 і менше

На нашу думку, оперативне втручання, яке виконують хворим із шлунково-кишковими кровотечами, повинно бути нетривалим, малотравматичним, поєднувати у собі радикалізм й подіяти на основні ланки етіопатогенетичних механізмів ульцерогенезу. А тому провідним напрямком у хірургії шлункових кровотеч є виконання органозберігаючих та органощадних операцій, особливо у хворих, оперованих на висоті кровотечі. При цьому, якщо вдавалось зберегти обидва стовбури нервів Латарже, виконували СПВ і клиноподібне висічення виразки. При втягненні в процес малого сальника виконували селективну ваготомію з висіченням виразки і пілоропластикою. При виразках великих розмірів, наявності перигастриту, деформації шлунка виконували органощадні прицільні резекції із збереженням перигастральних судинних дуг. Проте у 27 (28,3 %) хворих виконані класичні резекції шлунка. Післяопераційні ускладнення спостерігали у 12,3 % оперованих. Летальність складала 5,12 %. Наші дослідження свідчать про те, що найбільше ускладнень

і найвища летальність була у хворих, які перенесли екстрені операції, що, мабуть, пов'язано з тяжкістю стану хворих, зумовленого крововтратою і ослабленням імунореактивності організму.

Висновки. 1. Проведенні нами дослідження показників центральної гемодинаміки, згортальної системи і гемореологічних властивостей крові, а також дані ендоскопічного дослідження, дають можливість об'єктивно оцінити стан хворого, визначити ступінь тяжкості крововтрати та своєчасно обґрунтувати доцільність хірургічного втручання в кожному конкретному випадку кровоточивої виразки шлунка.

2. Найбільш обґрунтованими і доцільними хірургічними втручаннями при кровоточивих виразках шлункової локалізації повинні бути органозберігаючі та органощадні операції. Дотримання розробленої в клініці тактики дозволило попередити виникнення різних тяжких післяопераційних ускладнень, частота яких зменшилася за останні сім років з 12,5 до 9,5 %, а післяопераційна летальність з 8,4 до 5,7 % (6).

ЛІТЕРАТУРА

1. Аруин Л. И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. – М.: Триада – Х., 1998. – 238 с.
2. Сытник А. П. Выбор метода операции при язвенной болезни желудка / Сытник А.П., Наумов Б.А. // Хирургия. – 1995. – № 3. – С. 59–63.
3. Дегтерова И. И. Заболевания органов пищеварения / Дегтерова И. И. – К.: Демос, 2000. – 321 с.

4. Язвенная болезнь (прошлое, настоящее, будущее) / Передерий В. Г., Ткач С. М., Скопиченко С. В. – Киев, 2003. – 256 с.
5. Досвід лікування ускладнених форм виразкової хвороби: матеріали ХХ з'їзду хірургів України / Ковальчук Л. Я., Дзюбановський І. Я., Басистюк І. І. [та ін.]. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 14–17.
6. Современное состояние хирургии язвенной болезни: материалы ХХ з'їзду хірургів України / Саенко В. Ф., Полинкевич Б. С., Диброва А. А. [и др.]. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 10–11.

РОЛЬ АПОПТОЗУ ЛІМФОЦИТІВ У ПЕРЕБІГУ МЕХАНІЧНОЇ ТРАВМИ РІЗНОЇ ТЯЖКОСТІ

Д. В. Козак

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

У статті проведено аналіз закономірності між тяжкістю травми та апоптозом (запрограмована загибель клітин). Показано, що зі збільшенням тяжкості травми суттєво зростає первинний апоптоз лімфоцитів, у печінці накопичуються вторинні продукти перекисного окиснення ліпідів, ендотоксини, а також знижується ферментативна ланка антиоксидантного захисту.

ROLE OF LYMPHOCYTES APOPTOSIS IN THE COURSE OF MECHANICAL INJURY OF DIFFERENT SEVERITY

D. V. Kozak

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

The article analyzed the relationships between severity of injury and apoptosis (programmed cell death). It was shown that with increasing severity of injury significantly increase apoptosis in primary lymphocytes, accumulate secondary products of lipid per oxidation in the liver endotoxins and reduce antioxidant enzymes.

Вступ. В умовах тяжкої травми в організмі людини виникає сукупність патологічних відхилень, які об'єднує поняття "травматична хвороба". Основним її етіологічним чинником є механічна травма великої сили. При цьому у кровотік виділяється значна кількість медіаторів пошкодження, які формують синдром системної запальної реакції організму [2, 3]. Аналіз останніх досліджень показав, що одним із основних механізмів переходу від системної запальної відповіді до поліорганної недостатності є стимуляція запрограмованої клітинної загибелі або апоптозу [1], але на сьогодні немає переконливих даних щодо його ролі в імунологічних порушеннях, адже саме клітинний імунітет є основним регулювальним чинником виділення медіаторів запалення та фактором стійкості до інфекції.

Мета роботи – з'ясувати закономірності розвитку апоптозу лімфоцитів крові на тлі механічної травми різної тяжкості та їх взаємозв'язок із показниками цитолізу, перекисного окиснення

ліпідів, антиоксидантного захисту та ендогенної інтоксикації.

Для реалізації поставленої мети перед нами виникли такі завдання:

1. Розробити моделі механічної травми різного ступеня тяжкості.

2. Дослідити стан первинного і вторинного апоптозу лімфоцитів крові через 1 добу після механічної травми різного ступеня тяжкості.

3. Вивчити особливості відхилень показників цитолізу, перекисного окиснення ліпідів, антиоксидантного захисту та ендогенної інтоксикації на тлі механічної травми різного ступеня тяжкості та їх взаємозв'язок із апоптозом клітин крові.

Основна частина. В експериментах використано 32 білих щурів-самців лінії Wistar масою 180-200 г, які утримували на звичайному раціоні виварію. Усіх тварин розділили на 4 групи по 8 тварин у кожній. Перша група – контрольна, у трьох наступних в умовах наркозу моделювали механічну травму різного ступеня тяжкості.

Через одну добу в умовах знеболювання тварин забивали й забирали кров та тканину печінки для подальших досліджень. Цитофлуориметрично визначали ступінь апоптозу лімфоцитів крові, за стандартними методами у сироватці крові встановлювали активності аланін- і аспартатамінотрансфераз, вміст молекул середньої маси, загальну пероксидазну активність крові. У гомогенаті печінки визначали вміст барбітурат-активних продуктів перекисного окиснення ліпідів. Одержані результати піддавали статистичному аналізу.

Результати досліджень показали, що ранній апоптоз в контрольній групі становив 1,49 %, при травмі легкого ступеня практично не змінювався, проте при збільшенні тяжкості травми статистично достовірно зростає. На тлі травми середнього ступеня тяжкості в 1,8 раза, на тлі тяжкої травми – у 2,6 раза.

Ступінь пізнього апоптозу на тлі травми легкого і середнього ступеня тяжкості статистично достовірно від контрольної групи не відрізнявся. Після тяжкої травми цей показник значно збільшувався – у 33,3 раза порівняно з контрольною групою.

Внаслідок цього відсоток неуражених лімфоцитів виявився статистично достовірно меншим на тлі тяжкої механічної травми порівняно із конт-

рольною групою. В інших дослідних групах цей показник був нижчий, ніж у контролі, проте результат виявився статистично недостовірним.

Аналіз кореляцій ступеня апоптозу лімфоцитів крові та інших досліджуваних біохімічних показників показав, що на тлі травми легкого ступеня не відмічалось статистично значущих коефіцієнтів кореляції між досліджуваними показниками. В умовах травми середнього ступеня тяжкості виявлено позитивні статистично достовірні сильні кореляційні зв'язки між ступенем апоптозу лімфоцитів крові та вмістом у гомогенаті печінки барбітурат-активних продуктів перекисного окиснення ліпідів та молекул середньої маси крові. Через одну добу після травми тяжкого ступеня кореляційний взаємозв'язок досліджуваних показників посилювався. Додатково виникає статистично достовірний від'ємний кореляційний зв'язок між ступенем апоптозних лімфоцитів та загальною пероксидазною активністю крові.

Висновки. Розроблені нами моделі тяжкої травми дозволили встановити, що зі збільшенням тяжкості травми суттєво зростає первинний апоптоз лімфоцитів, накопичуються у печінці вторинні продукти перекисного окиснення ліпідів, ендотоксини, знижується ферментативна ланка антиоксидантного захисту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белушкина Н. Н. Роль апоптоза в патогенезе захворювань / Н. Н. Белушкина // Мой врачебный журнал. – 2002. – Т. 14, № 7. – С. 15-23.

2. Надання медичної допомоги постраждалим з політравмою на до-госпітальному етапі : методичні

рекомендації / Г. Г. Рошнін, Ю. О. Гайдаєв, О. В. Мазуренко [та ін.]. – К., 2003. – 33 с.

3. Избранные аспекты патогенеза и лечения травматической болезни / В. Н. Ельский, В. Г. Климовицкий, С. Е. Золотухин и др. – Донецк: Либідь, 2002. – 360 с.

**ВПЛИВ НАВЧАЛЬНО-КОНТРОЛЮЮЧИХ ПРОГРАМ НА УСПІШНІСТЬ
СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ І – ІІ РІВНІВ
АКРЕДИТАЦІЇ ПРИ ВИВЧЕННІ НИМИ ПРЕДМЕТА «ХІРУРГІЯ»**

**Р. О. Сабадишин, Б. З. Чижишин, О. В. Маркович, Л. Р. Коробко,
В. О. Рижковський, І. А. Бондар**

Рівненський базовий державний медичний коледж

Проведені дослідження із використанням навчально-контролюючих мультимедійних програм із хірургії. У процесі цього дослідження перевірено ефективність використання даних програм при вивченні хірургії на відділенні «Лікувальна справа». Дослідження проводили протягом 2005 – 2010 навчальних років. Експериментом було охоплено 658 студентів відділення «Лікувальна справа», з них 330 – студенти контрольних і 328 – експериментальних груп.

Експериментальна робота показала, що результати у експериментальних групах виявилися вищими за аналогічні результати у контрольних групах, а саме підвищилися рівні засвоєння знань, опанування професійними вміннями та навичками. У студентів експериментальної групи покращилися аналітичні, синтетичні та логічні здібності.

**THE INFLUENCE OF CONTROL-STUDYING PROGRAMS ON THE SUCCESS OF
STUDENTS OF HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF THE I-II
LEVELS OF ACCREDITATION IN STUDYING OF THE SUBJECT "SURGERY"**

**R. O. Sabydyshyn, B. Z. Chyzyshyn, O. V. Markovych, L. R. Korobko,
V. O. Ryzhkovskyi, I. A. Bondar**

Rivne State Basic Medical College

There was held the research in the branch of using the control-studying multimedia programs in Surgery. The effectiveness of these programs in Surgery was checked during the research among the students of the "Medical Affair" department. The research took place during 2005-2010. 658 students from the "Medical Affair" department took part in the experiment. 350 of them were the students of the control groups and 328 – were the students of the experimental groups.

The experimental work showed that the results in the experimental groups were higher than in control ones. Student of the experimental groups improved their knowledge, abilities and professional skills in Surgery. The students of experimental groups improved their analytic, synthetic and logical capabilities.

Вступ. У сучасному навчальному процесі багато уваги приділяється використанню комп'ютерних технологій. Однак використання комп'ютера в навчальному процесі ще не є запорукою успіху, і значних результатів можна домогтися тільки при грамотному його застосуванні [1].

До засобів навчання на основі комп'ютерних технологій можна віднести електронні навчально-методичні комплекси, електронні підручники й презентації та інші мультимедійні матеріали. Електронні навчально-методичні засоби дають можливість студенту самостійно найбільш гнучко маніпулювати пропонованою навчальною

інформацією відповідно до їхніх індивідуальних здібностей [2].

Ефективність освоєння навчального матеріалу засобами електронних систем залежить від уміння студента самостійно переробляти й узагальнювати надану йому інформацію, а також від змісту електронного ресурсу і його технологічних процедур. Тому викладачеві дуже важливо не тільки навчити студента самостійно працювати з навчальним посібником, але й підготувати такий навчальний програмний продукт, який був би оптимальний як з огляду на методику викладання дисципліни, так і візуального сприйняття матеріалу й зручності пошуку інформації в ньому [3].

Основна частина. Ми використовували навчально-контролюючі програми «Профілактика хірургічної інфекції», «Відкриті механічні ушкодження (рани)», «Термічні опіки», «Переломи й вивихи», «Гострі захворювання органів черевної порожнини», які є складовою частиною електронної версії підручника з хірургії, що розробляється. У даних програмах наочно й доступно представлений вичерпний матеріал з основних питань хірургії. Видання реалізоване у вигляді інформаційної мультимедійної програми на носіях формату CD-ROM, призначених для експлуатації на комп'ютерах, сумісних з IBM PC під керуванням операційної системи WINDOWS-XP. Видання має простий, зрозумілий інтерфейс і зручну схему функціонування, дозволяє одержати високопрофесійний довідковий посібник, придатний як для індивідуального, так і колективного користування у бібліотеках, методичних центрах і спеціалізованих аудиторіях.

Виділені такі розділи, як історія, етіопатогенез, клініка, диференціальна діагностика, лікування і т.д. Усі зазначені частини представлені ретельно підібраним ілюстративним відеоматеріалом, що містять великий обсяг інформації. Це вигідно відрізняє видання від відповідних глав сучасних підручників із хірургії, де як носій інформації обрано папір.

Видання містить тестову програму й ситуаційні завдання, що дозволяють студентам самостійно контролювати процес оволодіння матеріалом. Тести й завдання досить складні, але побудовані чітко й конкретно.

Побудова програми видання дозволяє докладно зупинитися на будь-якому розділі теми

«Термічні ураження», при цьому керування є надзвичайно простим і зручним.

Дослідницька робота здійснювалася у Рівненському державному базовому медичному коледжі. В процесі дослідження перевірено ефективність використання навчально-контролюючих програм при вивченні хірургії на відділенні «Лікувальна справа». Дослідження проводили протягом 2005 – 2010 навчальних років.

Експериментом було охоплено 658 студентів відділення «Лікувальна справа», з них 330 – студенти контрольних і 328 – експериментальних груп.

Експеримент проводився з урахуванням того, що навчання в експериментальній та контрольній групах проводилось в один і той же час. Студенти усіх груп мали рівний доступ до всієї навчальної інформації, а кваліфікація викладачів була приблизно однаковою.

Плануючи експериментальне дослідження, ми обрали такі методи контролю – тестування, усне опитування, демонстрацію засвоєних практичних навичок і професійних умінь, вирішення задач на вміння виділяти суттєві елементи з загальної інформації, задач на вміння узагальнювати інформацію, задач на логічне мислення, вирішувати і практично виконувати задачі на сформованість професійної майстерності.

У академічних групах відділення «Лікувальна справа», які ми відбирали для проведення основного етапу педагогічного експерименту, вивчався рівень теоретичних знань з предмету «Хірургія», рівень сформованості практичних навичок, які передбачені програмою при вивченні предмета «Хірургія».

Визначення базових знань і вмінь з предмета проводилось у 7 групах шляхом тестування, однак для основного етапу педагогічного експерименту відбиралися по 2 групи з приблизно однаковими показниками (одна з них була експериментальною, інша контрольною).

У відібраних за допомогою контрольних замірів з тестового контролю контрольних і експериментальних групах ми провели визначення базового рівня їхньої практичної підготовки. Контрольні заміри з оцінювання базових рівнів практичної підготовки проводилися на першому занятті і здійснювалися методом теоретичного обґрунтування та практичної демонстрації виконання практичних навичок з хірургії виявлення базового рівня практичних навичок і вмінь проводилося

декількома досвідченими викладачами одночасно, а отримані результати обговорювалися та узгоджувалися.

Основою проведення педагогічного експерименту були практичні зрізи в контрольних та експериментальних групах протягом усіх років проведення дослідження. Контрольні зрізи виконання практичних навичок окремих професійних вмінь і комплексних професійних умінь проводились методом спостереження, тобто виявленням рейтингу.

Експериментальна робота показала, що результати у експериментальних групах виявилися вищими за аналогічні результати у контрольних групах: відсоток засвоєння знань у межах 4,47 – 9,26 %; середній бал у межах 0,36 – 0,45; якісна успішність у межах 20 – 24,6 %.

Результати, які показали студенти експериментальних груп при порівнянні критерію опанування професійними вміннями, виявились вищими за аналогічні результати у контрольних групах: відсоток опанування вміннями у межах 30 – 33,2 %; середній бал у межах — 0,38 – 0,47; якісна успішність у межах 21,1 – 40 %.

Уміння виділяти головне (аналітичні здібності) у студентів експериментальних груп були значно вищими, ніж у студентів контрольних груп, а саме: високі показники (надзвичайно високі і високі) зросли на 14,8 % (25,1 проти 36,9 %), тоді як низькі (низькі і надзвичайно низькі) менші на 10,7 % (26 % проти 15,3 %).

Уміння узагальнити навчальний матеріал (синтетичні здібності) у студентів експериментальних груп є вищими, а саме високі показники (надзвичайно високі і високі) є вищими на 7,3 %

(30,9 % проти 38,2 %), тоді як низькі (низькі і надзвичайно низькі) є меншими на 9,6 % (24,1 % проти 14,5 %).

Уміння робити висновки із змісту навчального матеріалу (логічні здібності) у студентів, які навчалися за експериментальною програмою, також виявились вищими: високі показники (надзвичайно високі і високі) зросли на 7,4 % (з 29,1 % до 36,5 %), а низькі (низькі і надзвичайно низькі) зменшилися на 10,2 % (26 % проти 15,8 %).

Більш ефективну теоретичну і практичну підготовку студентів експериментальних груп порівняно з контрольними було статистично підтверджено за допомогою критерію розподілу Стюдента – критерієм t , де у всіх вибірках показники експериментальних груп є кращими.

Достовірність отриманих експериментальних даних про підвищення сформованості професійно-значущих якостей психіки у експериментальних групах було проведено за допомогою математичного синтетичного аналізу методом рангової кореляції Спірмена. За нашими статистичними даними, $T_{кр}$ знаходиться у межах 1,59 – 1,68, що є підтвердженням кращої сформованості професійно-значущих якостей психіки студентів експериментальних груп.

Висновки. Використання навчально-контролюючих програм для самопідготовки студентів до практичних занять забезпечує високий рівень засвоєння теоретичного матеріалу та оволодіння професійними вміннями та навичками.

Використання інтегративних технологій у навчальному процесі медичного навчального закладу сприяє підвищенню якості професійної підготовки з урахуванням вимог роботодавців.

ЛІТЕРАТУРА

1. Виленский М. Я., Образцов П. И., Уман А. И. Технологии профессионально-ориентированного обучения в высшей школе: учебное пособие. – 2-е издание / под ред. В. А. Сластенина – М.: Педагогическое общество России, 2005. – 192 с.
2. Краснова Г. А., Соловов А. В., Беляев М. И. Технологии создания электронных обучающих средств. – М.: МГИУ, 2001. – 223 с.

3. Михайлов В. А., Михайлов С. В. Особенности развития информационно-коммуникативной среды современного общества / В. А. Михайлов, С. В. Михайлов // Сборник научных трудов "Актуальные проблемы теории коммуникации". СПб.: Изд-во СПбГПУ, 2004. – С. 34-52.

АНТИВАКЦИНАЛЬНА КАМПАНІЯ, ВИВЧЕННЯ МІФІВ ПРО ШКОДУ ВАКЦИНАЦІЇ

Т. М. Запорожець

*Навчально-науковий інститут медсестринства
Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

Останнім часом збільшилася кількість випадків відмови пацієнтів від вакцинації, а також відмови батьків від вакцинації дітей, знизилася охоплення населення імунізацією, тому виникла загроза повернення в Україну тих інфекційних хвороб, з якими лікарі не стикалися вже багато років.

AGAINST VACCINATION CAMPAIGN OR MYTHS STUDYING ABOUT VACCINES DANGER

T. M. Zaporozhets

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

Recently, the number of patients' refusals from vaccinations has increased. Parents are refusing from vaccination of children. The number of people who were covered by vaccination has decreased. In consequence of that, there is a threat of returning of different infectious diseases into Ukraine, with which doctors have not faced for many years.

Вступ. Жодна з цивілізованих країн світу від вакцинації не відмовилася, і рівень охоплення профілактичними щепленнями у країнах Європейського Союзу, США перевищує 90–95 %. Відповідно до абзацу другого ст. 15 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» дітям, які не отримали профілактичних щеплень згідно з Календарем, відвідування дитячих закладів не дозволяється. Якщо батьки цих дітей категорично відмовляються вакцинувати дитину без об'єктивних причин, вони можуть найняти приватних вчителів і проводити навчання вдома, тоді право дитини на навчання не буде порушеним [1]. Щоб запобігти цьому, лікарі та вчителі мають весь час проводити з батьками відповідні бесіди, для того, щоб дитина була вакцинована. У разі, якщо дитина з якихось причин не була вакцинована згідно з Календарем на першому, другому і в наступні роки, і батьки прийняли рішення починати планову вакцинацію пізніше, вони мають звернутися до дитячого імунолога.

Основна частина. Внаслідок того, що останнім часом мала місце досить агресивна антивакцинальна кампанія в ЗМІ, рівень колективного імунітету знизився у 2009 р. до критичного значення – 60–80 %. Такий рівень вважається загрозовим щодо виникнення спалахів відповідних інфекційних захворювань [2]. Як його підвищити? Різні країни знаходять свої шляхи вирішення цього питання. В усьому світі вакцинація є добровільною, і остаточне рішення мають приймати батьки дитини. Наприклад, у Бельгії у 2008 р. виник високий ризик розвитку спалаху поліомієліту. Було видано відповідний нормативний документ, згідно з яким батьків, що відмовлялися проводити щеплення своїм дітям без медичних протипоказань, спочатку викликали на бесіду, а в разі неефективності – сплачували високий штраф або навіть засуджувалися до ув'язнення терміном на 5 місяців. В Австралії, навпаки, Уряд доплачував сімейним лікарям і батькам дітей в разі добровільної вакцинації, і протягом року вдалося

підвищити рівень охоплення щепленнями дітей із 70 до 90 %.

Вакцинація є справою добровільною. Зупинимся на наслідках, які можуть виникнути у разі немотивованої відмови від проведення щеплення [3]. Наприклад, у США дитину чи підлітка, які не мають довідки про вакцинацію, ні до школи, ні до коледжу, ні до університету як приватної, так і державної власності, не приймають. У цій країні існують відповідні підручники для батьків, розміщені в мережі Інтернет, а також приватні освітні програми, які дають змогу навчити дитину читати і писати. На цьому прогрес в освіті для такої дитини закінчується.

Сучасні вакцини за рівнем безпеки мають значні переваги навіть порівняно з тими, які використовували 10–20 років [4]. Якщо в Україні відповідно до діючих нормативних актів дитина перед проведенням щеплення має бути оглянута педіатром, то у Фінляндії в разі відсутності у дитини хронічних захворювань огляд здійснює медична сестра, яка і приймає відповідне рішення.

Кому вигідна антивакцинальна кампанія в Україні? На підставі аналізу результатів опитування ми розподілили таких людей на декілька категорій [2, 3, 5].

Перші з них заробляють на цьому гроші. Як приклад можна навести сумнозвісну книгу «Безжална імунізація», наклад якої був дуже великим, продаж – масовим, відповідно автор та видавці заробили великі гроші.

Друга група – це люди, які захищають корпоративні інтереси. До них належать інформотерапевти, фітотерапевти, гомеопати, які стверджують, що застосування їхніх засобів може повністю замінити вакцинацію. Ці люди також намагаються заробити, але опосередкованим шляхом.

Третя група – люди, які не повністю розуміють значення вакцинації та ситуацію щодо поширення інфекційних захворювань у світі. Вони, на жаль, зустрічаються і серед медичних працівників.

І четверта, на жаль, досить численна група людей – це ті, яких ввели в оману відносно необхідності й безпеки вакцинації представники перших трьох груп.

Вакцинація – це соціально-резонансне питання, на якому дуже зручно спекулювати політикам. Тому розмови на цю тему активізуються, як правило, перед виборами, також їх часто можна почути у заявах лідерів політичних партій під час політичного протистояння.

Саме тому ми, з одного боку, визначили перелік найбільш актуальних запитань, які пацієнти задають з приводу вакцинації, а також – відповіді на них.

З чого складається вакцина?

До складу вакцини можуть входити такі компоненти:

- Антиген – основний компонент вакцини, до якого виробляється імунітет проти конкретного захворювання.

- Ад'юванти – речовини, що дозволяють посилити імунну відповідь на введену вакцину.

- Консерванти і стабілізатори – речовини, необхідні для збереження якостей вакцини.

- Вода для ін'єкцій або фізіологічний розчин.

Усі зазначені компоненти вакцини добре вивчені, вводяться в організм у невеликій кількості та безпечні.

Які типи вакцин існують?

Вакцини відрізняються залежно від підходу до виробництва і типу антигену. Відрізняють вакцини:

- що містять живі ослаблені віруси чи бактерії (наприклад, у вакцинах від поліомієліту, кору, краснухи, паротиту, туберкульозу, жовтої лихоманки). "Живі" вакцини з ослабленим збудником хвороби "відтворюють" в організмі інфекцію без розвитку захворювання, формуючи таким чином імунітет проти інфекції;

- що не містять живих вірусів і бактерій. До складу таких вакцин входять убиті високою температурою або хімічним шляхом віруси і бактерії (як у вакцинах від кашлюка, поліомієліту) чи окремі частинки вірусів або бактерій, їхніх продуктів (як у вакцинах проти ХіВ-інфекції, сучасних вакцинах проти кашлюка, гепатиту В).

Окремі частинки вірусів, бактерій або їхніх продуктів для другого типу вакцин можна отримати:

- шляхом виділення з вірусу або бактерії;

- методами генної інженерії – за допомогою нешкідливого мікроорганізму (наприклад, антиген для вакцини проти гепатиту отримують за допомогою звичайних хлібопекарських дріжджів, які виробляють його);

- у процесі знешкодження (інактивування) токсинів, які виробляються збудником (так, до складу вакцини від дифтерії входить дифтерійний анатоксин – знешкоджений токсин збудника дифтерії). Анатоксини не містять бактерій, збудників хво-

роби. Проти одних і тих самих інфекцій можуть виготовлятися різні вакцини.

Так, проти поліомієліту є інактивована вакцина, котра вводиться у вигляді уколу ін'єкційна), і "жива" вакцина, яка дається у вигляді крапель у рот (оральна). Також вакцини можуть бути однокомпонентними (якщо створюють імунітет тільки проти однієї інфекції) і комбінованими (які створюють імунітет проти двох і більше інфекцій, що дозволяє зменшити кількість ін'єкцій і візитів у поліклініку).

Що таке ефективність вакцини?

Ефективність вакцини – це її здатність захистити людину від захворювання, проти якого вона вводиться. Той, хто отримав щеплення, у 95 випадках зі 100 не захворіє навіть при прямому контакті з інфекціями, вакцинацію проти яких він зробив. Ефективність вакцини залежить від таких факторів:

- температурний режим транспортування і зберігання;
- правильність введення;
- дотримання курсу вакцинації усіма необхідними дозами згідно з Календарем;
- індивідуальні особливості організму;
- стан здоров'я людини (у людей з глибокою імуносупресією імунітет може не вироблятися). У дуже невеликої кількості людей імунітет після вакцинації не сформується. Такі люди можуть розраховувати лише на колективний імунітет, а за його відсутності наражаються на високий ризик захворіти. Детальнішу інформацію про ефективність вакцин проти кожного захворювання ви можете дізнатися у розділі "Від яких хвороб захищає вакцинація".

Скільки доз вакцини повинна отримати дитина для захисту від інфекції?

Для створення захисту проти кожного інфекційного захворювання розроблена відповідна схема вакцинації. Щоб виробити у дитини імунітет проти гепатиту В, необхідно ввести їй 3 дози вакцини, проти дифтерії і правця – більше 4 доз, проти кору, паротиту і краснухи – 2 дози.

На який період щеплення формує імунітет проти інфекцій?

При вакцинації проти одних інфекцій формується довічний імунітет, наприклад, після введення 2 доз вакцини проти кору, паротиту, краснухи. Іму-

нітет проти дифтерії, правця і кашлюка зберігається впродовж 7–10 років. З цієї причини необхідне повторне введення вакцин проти цих захворювань – ревакцинація. Вакцини проходять ретельні дослідження на предмет безпечності та ефективності. Дослідження кожної вакцини триває близько 12 років – від ідеї її створення до того моменту, коли препарат ліцензують і випускають на ринок. Спочатку препарати-кандидати у вакцини випробовують на тваринах. Коли отримано надійні дані про безпечність вакцин, розробники переходять до випробування за участі добровольців. Клінічні випробування вакцин проводяться за стандартними міжнародними протоколами. Національний орган контролю країни-виробника ліцензує вакцину.

У процесі виробництва здійснюється контроль якості кожного етапу виробництва, а потім – контроль якості кожної серії вакцини.

Навіть після того, як вакцина отримала ліцензію, її зареєстрували і почали використовувати в тій чи іншій країні, контроль за її якістю і безпечністю не припиняється. Контроль безпеки вакцин забезпечується відповідними дослідженнями. В процесі цих досліджень збирають інформацію про всі випадки легких і тяжких реакцій. Якщо виникають серйозні сумніви щодо безпечності конкретної вакцини чи цілої партії, її використання негайно припиняється до з'ясування причин інциденту. Не вакцинують дитину, в якій є високий ризик розвитку ускладнень, чи при станах, коли імунна відповідь на введену вакцину не сформується. Важливо пам'ятати, що наявність протипоказань ще не означає, що у разі проведення щеплення виникне ускладнення. Незважаючи на те, що в кожній країні перелік протипоказань до вакцинації може дещо відрізнятися, у більшості країн Європи, в США, Канаді та інших країнах світу перелік протипоказань схожий на протипоказання до вакцинації, визначені Всесвітньою організацією охорони здоров'я. А саме – існує лише кілька протипоказань до вакцинації:

1. Гостре захворювання, що супроводжується температурою вище 38,5°C.

2. Серйозна алергічна реакція (анафілактичний шок) на попередню дозу вакцини чи відома алергічна реакція на один із компонентів вакцини (наприклад, на желатин, неоміцин, курячий білок та ін.).

3. Захворювання і стани організму, при яких імунітет після введення вакцини може не сфор-

муватися (наприклад, в умовах хіміотерапії у онкологічних хворих; при вживанні великих доз стероїдних гормонів; при вживанні ліків, що пригнічують імунітет; при СНІДі). Інактивовані вакцини безпечні для таких людей, адже не містять живого вірусу чи бактерії, однак успішне вироблення імунітету після введення вакцини не гарантується.

4. Дітям з неконтрольованою епілепсією не рекомендовано вводити цільноклітинні вакцини проти кашлюка.

5. При вагітності не рекомендоване введення "живих" вакцин (вагітні жінки в багатьох країнах вакцинуються від грипу щорічно інактивованими вакцинами).

В Україні перелік протипоказань ширший. Наприклад, в Україні не можна вакцинувати дітей з підвищеною температурою. Перелік протипоказань визначений наказом Міністерства охорони здоров'я України (www.moz.gov.ua). Наявність протипоказань до вакцинації визначається індивідуально для кожної дитини. Протипоказання до вакцинації на тривалий час (до 3 місяців і більше) – так зване "відведення від щеплень" – встановлюються імунологічною комісією. Такі комісії існують при кожній центральній районній поліклініці; вищий рівень – обласний.

Ми також визначили перелік найбільш розповсюджених міфів щодо вакцинації і відповіді на них.

Найпоширеніші міфи про вакцинацію:

Міф: вакцини викликають тяжкі захворювання – цукровий діабет, бронхіальну астму, розсіяний склероз, рак, тиреоїдит – через багато років після введення.

Реальність: наукові дослідження спростовують зв'язок між вакцинацією та вищезначеними захворюваннями. Наприклад, щойно з'явилася підозра, нібито вакцина проти гепатиту В збільшує ризик захворювання щитоподібної залози, як було проведено спеціальне дослідження (Pharmacoepidemiol Drug Safety, 2007. Jul; 16(7):736–45). Дослідження не виявило збільшення ризику розвитку захворювань щитоподібної залози, а саме хвороби Грейвса чи тиреоїдиту Хашимото після введення вакцини проти гепатиту В.

Міф: вакцини викликають аутизм.

Реальність: інформація про те, що вакцинація призводить до аутизму, не відповідає дійсності. Так, у 1998 році у відомому британському ме-

дичному журналі була опублікована стаття про зв'язок між вакциною проти кору, краснухи, паротиту та аутизмом. Але пізніше з'ясувалося, що автор статті – лікар Ендрю Вейкфілд – сфальшував усі факти. Його визнали винним у порушенні професійної етики, а потім – виключили з медичного реєстру Великобританії. Дослідження, проведені після цієї публікації Центром контролю та профілактики захворювань у США, медичним інститутом Національної академії наук Великобританії і Британською Національною службою охорони здоров'я, спростували будь-який зв'язок між вакциною і виникненням аутизму. Проведено понад десяток досліджень, і їхні результати спростовують зв'язок між вакцинацією і розвитком аутизму.

Міф: дітям з хронічними захворюваннями вакцинацію проводити не можна.

Реальність: Дітям із хронічними захворюваннями можна і потрібно робити щеплення. Такі діти вразливі до інфекційних захворювань, котрі протікають у них значно тяжче і призводять до серйозніших ускладнень. Тому ці діти потребують вакцинації для створення захисту від інфекцій. Більше того, такі діти потребують також вакцинації від інфекцій, що не входять у перелік 10-ти, включених до Календаря щеплень України. Наприклад, дітей з бронхіальною астмою і цукровим діабетом необхідно вакцинувати проти пневмококової інфекції і щорічно проти грипу. Діти з хронічними захворюваннями печінки потребують додаткової вакцинації від гепатиту А.

Міф: при вакцинації перевантажується імунна система дитини.

Реальність: вакцинація не може перевантажити імунну систему. При перенесенні захворювання навантаження на імунітет у кількості разів вище, ніж при вакцинації. Навіть якщо одночасно ввести вакцини проти 10 інфекційних захворювань, бере участь 0,1 % імунної системи дитини, тоді як при інфекційному захворюванні навантаження на імунну систему буде у кількості разів вищим. Необхідно також пам'ятати, що наша імунна система пристосована до контактів з великою кількістю мікроорганізмів. Наприклад, дитина у момент народження переходить від стерильних умов життя в організмі матері до існування у світі, населеному мікроорганізмами, контакт із багатьма з яких відбувається вже у перші години життя.

Міф: вагітним жінкам вакцинуватися не можна.

Реальність: вакцинація під час вагітності можлива, а часом навіть необхідна. Наприклад, грип може бути смертельно небезпечним для вагітної жінки. Саме тому вагітні потребують захисту від грипу і можуть отримувати щеплення на будь-якому терміні вагітності. У США, Канаді, Росії та багатьох інших країнах Європи й Південної Америки вагітних вакцинують проти грипу. Деякі країни роблять вагітним щеплення проти дифтерії та правця. Вакцинацію вагітних жінок рекомендується проводити інактивованими вакцинами.

Міф: краще перехворіти природним шляхом, ніж зробити щеплення.

Реальність: вакцинація – завжди кращий варіант, оскільки вона або попереджує захворювання взагалі, або не допускає тяжкого перебігу хвороби і появи ускладнень внаслідок інфекційних хвороб. Якщо ваша дитина заразиться і перехворіє на інфекційні захворювання, у неї, певна річ, сформується імунітет проти цього захворювання. Однак інфекція може викликати ускладнення: параліч після поліомієліту, ураження серця при дифтерії, рак печінки через гепатит В, енцефаліт внаслідок кору. Ризик ускладнень після інфекційної хвороби набагато вищий, аніж ризик небажаних проявів після вакцинації.

Міф: вакцина може ослабити імунну систему.

Реальність: природне інфікування певними вірусами при природному захворюванні може ослабити імунну систему, опірність організму. Але вакцини діють по-іншому. Вони містять віруси, які відрізняються від вірусів, що викликають захворювання. Вакцинальні віруси самі настільки ослаблені, що не можуть ослабити імунну систему.

ЛІТЕРАТУРА

1. Спиридонова Т. Б., Сколибг С. А., Комогоров А. В. Опыт контроля эпидемии гриппа средствами иммунопрофилактики в условиях крупного промышленного предприятия // Сучасні інфекції – 2002. – № 3. – С. 120-123.
2. Ретроспективний аналіз епідемічної ситуації щодо грипу та ГРВІ у Дніпропетровській та Запорізькій областях, а також на окремих підприємствах, визначення економічної ефективності вакцинації, формулювання висновків і рекомендацій.
3. Спиридонова Т. Б., Бадогин С. Г., Риженко С. А., Курілов Є. М., Карасьова Т. М. Аналіз захворюваності на грип та ГРВІ у Дніпропетровську за багаторічний період та вибір стратегії вакцинопрофілактики в

Міф: дітям, які живуть з ВІЛ, щеплення робити не можна.

Реальність: ВІЛ-позитивні діти дуже вразливі до інфекційних захворювань і потребують особливого захисту. Тому їм потрібна вакцинація навіть від інфекцій, не вказаних у Календарі обов'язкових щеплень, – йдеться про грип, вітряну віспу і пневмококову інфекцію. Вакцинація таких дітей проводиться при певних лабораторних показниках стану імунної системи дитини.

Міф: перебуваючи на грудному вигодовуванні, дитина захищена, тож і вакцинацію проводити не потрібно.

Реальність: грудне вигодовування є дуже важливим для здоров'я дитини. Але воно не здатне захистити її від інфекцій, проти яких проводиться вакцинація. Наприклад, дитина, яка перебуває на грудному вигодовуванні, при інфікуванні кашлюком може тяжко захворіти і навіть померти.

Міф: дитина у перші місяці життя захищена від інфекцій "імунітетом", отриманим від матері в утробі (материнські антитіла).

Реальність: на жаль, імунітет матері не завжди здатен захистити дитину від інфекційних захворювань та їх важкого перебігу. Саме тому і проводиться вакцинація, покликана захистити вашу дитину з перших днів життя.

Висновки. Сучасні вакцини за рівнем безпеки мають значні переваги навіть порівняно з тими, які використовувалися 10–20 років. Більшість інформації щодо небезпечності вакцин – усього лиш міфи. При грамотній і адекватній роботі медичного персоналу, у тому числі медсестринського, такі аргументи доволі нескладно спростувати.

нових економічних умовах // Новини науки Придніпров'я. – 2003. – № 3. – С. 64-67. Ретроспективний аналіз епідемічної ситуації щодо грипу та ГРВІ у м. Дніпропетровську.

4. Спиридонова Т. Б., Бадогин С., Деміховська О. Стратегія вакцинопрофілактики грипу в Україні в сучасних умовах: епідеміологічна та економічна ефективність вакцини "Флюарикс" // Ліки України. – 2003. – № 9. – С. 63-65.

5. Розрахунки економічної ефективності вакцинопрофілактики грипу та ГРВІ на металургійних підприємствах Дніпропетровської області в сезоні 2002–2003 рр., формулювання висновків і рекомендацій.

ДИДАКТИЧНІ ОСНОВИ НЕТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ

В. А. Славопас

*Навчально-науковий інститут медсестринства
Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

У статті висвітлено дидактичні основи нетрадиційних методів навчання у вищій школі. Представлено аналіз літератури з досліджуваного питання, що ґрунтується на вивченні вітчизняних та зарубіжних джерел інформації. Розкрито питання нетрадиційних методів навчання у підготовці студентів.

DIDACTIC PRINCIPLES OF ALTERNATIVE TEACHING METHODS

V. A. Slavopas

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

This article reviews the principles of non-traditional didactic teaching methods in higher education. The analysis of literature explored the issue based on a study of domestic and foreign sources. There was solved the issue of non-traditional teaching methods in training of students.

Вступ. Дидактика – це наука про викладання і навчання, яка визначає методи, організаційні форми і засоби, що забезпечують здійснення запланованих змін в учнях чи студентах.

Одним із методів пізнання процесу навчання є системний підхід. Дидактика вивчає дидактичну систему, яка складається з цілей, змісту, методів, засобів та організаційних форм навчання. Викладач і студент не належать до цієї системи, але поряд з іншими чинниками складають її зовнішнє середовище. Дидактика розглядає навчання як взаємодію викладача та студента через простір дидактичної системи.

Мета статті полягає в аналізі проблем дидактики сучасної вищої школи.

Основна частина. Навчальний процес у вищому навчальному закладі характеризується такими закономірностями:

Ø процес навчання визначається суспільними потребами у спеціалістах вищої кваліфікації для суспільного виробництва;

Ø процес навчання пов'язаний з процесами виховання, освіти й розвитку студентів;

Ø ефективність навчального процесу залежить від навчально-матеріальних, гігієнічних, морально-психологічних умов, за яких він відбувається;

Ø процес навчання передбачає цілеспрямовану взаємодію викладача та студента, що виявляється в єдності їхньої діяльності;

Ø навчання студентів професійної діяльності є ефективнішим за умови залучення їх до цієї діяльності через упровадження в навчальний процес проблемних ситуацій та організації виробничої практики;

Ø навчальний процес є ефективним завдяки активності студентів, від рівня якої залежить ефективність цього процесу;

Ø між метою, змістом, методами і формами навчання існують закономірні залежності;

Ø успішність і темпи навчання та розвитку студентів залежать від обсягу включення студентів у навчально-пізнавальну діяльність на оптимальному для кожного з них рівні вивчення навчального матеріалу;

Ø зміст навчального матеріалу засвоюється краще за умови регулярно організованого повторення цього змісту.

Загальнодидактичні принципи навчання:

Ø гуманістична спрямованість (навчання і виховання всебічно розвиненої особистості з урахуванням її індивідуальності, потреб та інтересів);

Ø науковість (викладання на підставі перевірених наукових фактів, відображення новітніх досягнень науки, розкриття причинно-наслідкових зв'язків);

Ø систематичність і послідовність (послідовний виклад навчального матеріалу, виділення основного, логічний перехід від засвоєного матеріалу до нового);

Ø свідомість і активність тих, хто навчається, за керівної ролі викладача (позитивний результат будь-якої діяльності людини визначається її активністю);

Ø наочність (навчання на основі сприймання конкретних предметів і явищ або їх зображень);

Ø доступність, дохідливість викладання (доцільна подача навчального матеріалу);

Ø міцність засвоєння знань, умінь і навичок (передбачення тривалого збереження в пам'яті набутих знань, умінь і навичок);

Ø емоційність навчання (жвавий, образний виклад матеріалу, застосування ораторських прийомів, стимулювання емоційного стану тих, хто навчається);

Ø демократизація (толерантність викладача, повага до особистості учня, врахування особливостей навчання залежно від розвитку учнів);

Ø диференціація навчального процесу (дозування навчального матеріалу з урахуванням наявних знань, умінь, навичок, здібностей, загального розвитку учнів);

Ø індивідуальний підхід до учнів (передбачення для кожного учня своїх способів опанування навчального матеріалу);

Ø оптимізація навчального процесу (вдосконалення способів і шляхів навчально-пізнавальної діяльності на основі зіставлення різних форм, методів, засобів навчання залежно від його завдань і змісту);

Ø нетрадиційність системи навчання (використання нових методів і форм навчання).

Проблемами сучасної дидактики вищої школи є:

- оптимізація навчально-виховного процесу (зміст освіти, дидактичні принципи, методи і форми навчання, міжпредметні зв'язки і т.і.);

- інтенсифікація навчання, під якою розуміється підсилення продуктивності педагогічної праці;

- підвищення пізнавальної самостійності, творчої активності, ініціативи студентів;

- підсилення внутрішньоопредметних і міжпредметних зв'язків;

- дослідження нових форм навчально-виховного процесу;

- зв'язок навчання з життям і виробництвом.

У навчальному процесі вищих навчальних закладів використовуються дидактичні ігри як метод активного навчання, вони дають змогу формувати знання, професійні уміння, уміння самостійної роботи у студентів шляхом залучення їх до інтенсивної діяльності. Це нове явище, хоча має історію, яка сягає у далеке минуле, зокрема у ігри Давнього Єгипту. Попередником ділових ігор можна вважати військові ігри XII століття, німецькі військові ігри XIX століття.

Дидактична гра – це цілеспрямована організація навчально-ігрових взаємодій студентів у процесі моделювання ними цілісної професійної діяльності фахівця. Ці ігри застосовуються у вищих навчальних закладах і спрямовані на формування і вироблення конкретних умінь діяти в реальних умовах, вести пошук інформації, якої не вистачає, розв'язати навчальні проблеми, які виникли у процесі навчання, намічати варіанти дій, приймати рішення в конкретних умовах.

1. Дидактична гра належить одночасно до двох сфер людської діяльності – гри та навчання, і є засобом організації діяльності, під час якої відбувається пізнання предметів та явищ дійсності, розвитку мислення, пам'яті, уваги, уваги, здібностей, формування вольових якостей, важливим чинником виникнення позитивних емоцій.

2. Дидактична гра впливає на особистість, її діяльність та особистісні стосунки. Впливаючи на ту чи іншу сферу, дидактична гра виконує певні функції: навчальну, активізуючу, контролюючу; формуючу, розвиваючу, розважальну; комунікативну, виховну, стимулюючу.

3. З урахуванням складності такого педагогічного явища, як дидактична гра, при її класифікації враховано такі аспекти: мета, засіб проведення, кількість учасників, спосіб керівництва, частота проведення, спосіб організації, час підготовки учасників, вид діяльності учасників та мовленнєва діяльність учасників дидактичної гри.

4. Запропонована класифікація зумовлена основними структурними елементами моделі гри,

яка включає співвідношення цілей і завдань дидактичної гри з метою навчання (за метою, за способом організації, за видом діяльності учасників), суб'єкт дидактичної гри (за способами керівництва, за кількістю учасників, за мовленнєвою діяльністю), ігровий кодекс (за часом проведення, за часом підготовки, за засобом проведення). З урахуванням виділених аспектів та структурних елементів моделі гри, дидактичні ігри об'єднані у дев'ять груп.

5. Дидактична гра – творча вправа, що використовується у навчально-виховному процесі, вміщує навчальне завдання та в створених штучно умовах, що відтворюють реальну обстановку, забезпечує досягнення конкретної навчальної мети і може розглядатися у групі практичних методів навчання.

6. Використання дидактичної гри при вивченні дисциплін зумовлює позитивні зміни в усіх показниках пізнавального інтересу (таких, як ставлення до навчання, до пізнання нової інформації, до пояснення та розповіді викладача, до спільного обговорення питань, до роботи з підручником, з додатковою літературою; участь в усіх видах діяльності, в дидактичних іграх; регулярність виконання домашнього завдання; активність; ініціативність; допитливість; уважність; дисциплінованість).

7. Використання дидактичної гри у поєднанні з іншими методами навчання є одним з ефективних шляхів активізації навчальної діяльності студентів, оскільки дозволяє: підвищити інтерес сту-

дентів до навчання, рівень сформованості пізнавального інтересу, рівень мовної компетентності студентів; позитивно вплинути на діяльність особистості, ряд психічних та особистісних характеристик студентів і особистісні та ділові стосунки; підвищити загальний рівень групової згуртованості.

8. Багатофакторне, багатофункціональне явище "дидактична гра" здійснює багатоплановий позитивний вплив на різні сфери розвитку особистості майбутнього спеціаліста, що доводить необхідність її використання у навчальному процесі при одночасній реалізації принципу диференціації та індивідуалізації навчання.

Висновок. Дидактика вищої школи вивчає об'єктивні закономірності навчання у вищому навчальному закладі.

Дидактична система належить до педагогічних систем. Оскільки педагогічна система – це організований об'єкт, що здійснює управління процесом передачі і засвоєння того соціального досвіду, який на даний час нагромадило людство, то дидактична система – це організований об'єкт, за допомогою якого викладач забезпечує управління процесом передачі та засвоєння студентами системи знань.

Є чимало праць, присвячених дослідженню закономірностей навчання у середній загальноосвітній школі. Проте слід зауважити, що наукових досліджень, які розкривають проблеми закономірностей навчання у вищому навчальному закладі, значно менше.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алексюк А. М. Загальні методи навчання в школі. – Київ, 1981. – 206 с.
2. Бондарчук Л. І., Федорчук Е. І. Методи активно-го навчання в курсі "Основи педагогічної майстерності" // Вища і середня пед. освіта. – Київ, 1993. – № 16. – С. 51-56.
3. Володько В. М., Іванова Т. В. Самостійна навчально-пізнавальна діяльність як один з методів розвитку творчих здібностей студентів // Вища і середня педагогічна освіта. – Київ, 1993. – № 16. – С. 62.
4. Педагогіка / За ред. М. Д. Ярмаченка. – Київ, 1986. – С. 164-190.
5. Педагогіка / Под. ред. Ю. К. Бабанського. – Москва, 1988. – С. 386-412.

6. Солдатенко М. М., Сусь Б. А. Самостійна пізнавальна діяльність як найважливіша умова формування спеціаліста // Вища і середня освіта. – Київ, 1994. – № 7. – С. 39-44.
7. Фіцула М. М. Педагогіка. – Тернопіль, 1997. – С. 132-143.
8. Фурман А. Технологія створення граф-схем навчальних курсів у модульно-розвивальній системі // Рідна школа. – К., 1997. – № 2. – С. 25-78.
9. Щербань П. М. Навчально-педагогічні ігри – активна форма підготовки майбутніх вчителів // Вища і середня педагогічна освіта. – Київ, 1993. – № 6. – С. 68-73.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПРИ ВИНИКНЕННІ ЕПІДЕМІЙ НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ ТА АЛГОРИТМИ ДІЙ ПРИ ЦЬОМУ

Л. М. Зубкович

*Навчально-науковий інститут медсестринства
Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

Стаття присвячена новим поглядам щодо діяльності медичних сестер. Оцінка ролі середнього медичного персоналу як окремої незалежної категорії та підвищення його ролі у роботі з інфекційними хворими при загрозі епідемічного поширення хвороб серед населення і в умовах спеціалізованого стаціонару.

ROLE OF NURSE DURING EPIDEMICS OF DANGEROUS DISEASES AND ALGORITHMS FOR ACTION IN THIS CASE

L. M. Zubkovych

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

This article adduces the new views on the activities of nurses. There is presented the evaluation of the role of nurses as a separate independent category, and increase its role in dealing with infectious patients with threat of epidemic spread of disease among the population in a specialized hospital.

Вступ. Медична освіта та наука зробили протягом останнього часу значний крок вперед. З'явилися нові технології, пов'язані з цим. Ці зміни не обійшли й медсестринську освіту [6]. Сестринська справа охоплює фізичні, інтелектуальні аспекти життя здорової людини, її психічного і репродуктивного здоров'я [7]. Нові вимоги вимагають підвищення кваліфікації медичних сестер, розширення числа практичних навичок, які вони використовують у своїй роботі [6].

В Україні традиційна аксіома того, що медсестра є лише «інструментом», «машиною для виконання наказів» давно змінилась, але медичні сестри все ще залишаються на підлеглих позиціях [1]. На даний час відбувається переосмислення всієї системи сестринського обслуговування. Вона розглядається як один з найбільш економічних ресурсів щодо надання послуг в сфері охорони здоров'я. Діяльність медичних сестер базується на їх кваліфікації, а також якості медичного обслуговування.

Робота сестринського персоналу в сучасних умовах характеризується великою різноманітністю і включає як проведення високотехнологічних клінічних втручань, так і надання широкого спектра послуг в рамках первинної медико-санітарної допомоги. Значно розширюються також можливості прояву самостійності медсестер при наданні медичної допомоги, ухваленні рішень і виборі тактики дій [3].

Основна частина. На сучасному етапі медицини рівень інфекційної захворюваності залишається високим, багато інфекцій в епідеміологічному відношенні ще некеровані і мають масовий характер (грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції – ГРВІ, стрептококові та стафілококові інфекції, вірусний гепатит А та ін.). Обґрунтовану стурбованість викликає глобальне поширення СНІДу, що загрожує самому існуванню людства [2].

Охорона здоров'я населення – це соціальна проблема, яка великою мірою залежить від умов

праці, житлово-комунального забезпечення, культури, харчування та забезпечення необхідною кваліфікованою медичною допомогою.

Рання діагностика інфекційних хвороб – важливе завдання для медиків, оскільки чим швидше вдається діагностувати інфекційне захворювання, то швидше можна здійснити дієві протиепідемічні заходи і припинити поширення інфекції [2].

Санітарно-епідеміологічний режим інфекційної лікарні (відділення) залежить від професіоналізму і добросовісного ставлення до своїх функціональних обов'язків середнього і молодшого медичного персоналу, суворого дотримання ним інструкцій та настанов. Бездоганна чистота приміщень, охайність медичних працівників, чітко налагоджена повсякденна робота повинні переконати хворого в тому, що він перебуває у повній епідеміологічній безпеці.

Слід враховувати, що сфера професійної компетентності медсестер поступово розширюється і включає в себе все більше маніпуляцій, які раніше виконували лікарі. Таким чином, фахівці зі спеціальності «Сестринська справа», освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр», зможуть виконувати професійні обов'язки самостійно, із встановленням медсестринського діагнозу, у випадках легкого нездужання – призначати лікування (в межах, передбачених стандартами надання медичної допомоги) [4].

При епідеміях особливо небезпечних хвороб медичні сестри зі ступенем «бакалавр» та

«магістр» можуть встановлювати первинний діагноз, призначати першочергові дослідження, а також надавати клінічну оцінку отриманих даних, які у подальшому будуть використовувати для диференційної діагностики. Визначена самостійна діяльність медичних сестер загальної практики: долікарський прийом, активний патронаж вдома. Самостійний прийом пацієнтів передбачає проведення долікарсько-сестринського обстеження з виявленням проблем пацієнта і відображення даних у сестринській документації [3].

У своїй роботі медична сестра повинна мати клінічне мислення, уміти орієнтуватися в характері патологічних змін в організмі, правильно вибрати тактику при наданні екстренної медичної долікарської допомоги при невідкладних станах, досконало володіти технікою сестринських маніпуляцій, уміти скласти плани сестринського догляду за пацієнтом і диспансерного спостереження за ним, пропагувати здоровий спосіб життя [5].

Висновки. 1. Потреби часу вимагають продовження реформування медсестринської освіти.

2. Охороні здоров'я потрібна не просто медична сестра, а добре освічений професіонал, який може творчо і грамотно підійти до своєї професійної діяльності.

3. Нові підходи в сфері професійної компетентності медсестер позитивно впливають на якість надання допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Холодзьон О. С., Лемішко Б. Б., Мартинюк І. О., Безпалько Н. С. Підвищення ролі та розширення функціональних обов'язків медичних сестер у первинній медико-санітарній допомозі // Практична медицина. – 2006. – Т. 12, № 3. – С. 77-80.

2. Олійник О. В. Критичне мислення в практиці медичної сестри // Медсестринство. – 2007. – № 1. – С. 54-55.

3. Діагностика терапія і профілактика інфекційних хвороб в умовах поліклініки / За ред. М. А. Анд-

рейчина. – 2-ге вид., переробл. і доповн. – Л.: вид-во "Медична газета України", 1996. – 352 с.

4. Leonard Fagin & Antony Garelick «Особливе» ставлення // Медична сестра. – 2008. – № 5. – С. 3-5.

5. Досвід роботи сімейних медичних сестер з Чебоксар // Медична сестра. – 2008. – № 1. – С. 4-5.

6. Плеш І. А., Каленюк В. І., Борейко Л. Д., Макарова О. В., Хомко О. Й. Вибір оптимальної моделі підготовки медичної сестри в Україні // Медсестринство. – 2007. – № 2. – С. 34-35.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ ІНОЗЕМНОГО ПОХОДЖЕННЯ ВІДПОВІДНО ДО ЇХ РЕЛІГІЙНОЇ НАЛЕЖНОСТІ

Т. Ю. Рибалка

*Навчально-науковий інститут медсестринства
Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

У статті описано основні аспекти медсестринського догляду, яких повинна дотримуватися медична сестра при здійсненні догляду за пацієнтами іноземного походження відповідно до їх релігійної належності.

PECULIARITIES OF NURSING CARE FOR PATIENTS OF FOREIGN ORIGIN ACCORDING TO THEIR RELIGIOUS AFFILIATION

T. Yu. Rybalka

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

This article adduces the main aspects of nursing care to be followed by the nurse performing the care of patients of foreign origin according to their religious affiliation.

Вступ. Україна – молода держава, що розвивається і стає все популярнішою в туристичному плані. Щороку нашу державу відвідує кілька мільйонів в'їзних туристів. Тільки за 2010 рік за офіційною статистикою Державної служби туризму та курортів України, нас відвідало понад 20 млн в'їзних туристів, насамперед з Росії та Східної Європи, а також Західної Європи та США. Кількість населення України у 2010 році становила 45,962 млн осіб. Тобто, в середньому на одного громадянина нашої держави припадає 2 іноземних туристи. Звичайно, у кожного іноземного туриста є своя мета приїзду. Хтось приїздить у пошуках свого минуло, інші приїжджають для побудови свого майбутнього: навчання, реалізації бізнес – планів чи просто відкрити для себе щось нове та небачене. На сьогодні у вузах України навчається понад 40 тис. іноземних студентів з 130 держав світу і щороку ця цифра зростає приблизно на 10 відсотків.

Основна частина. Подорожуючі, що відвідують нашу державу, та ті, хто тут навчається, є різними за своїм походженням, релігійними погляда-

ми, культурою та стилем життя. Усі вони живі люди та інколи хворіють. На жаль, у системі надання медичних послуг населенню, а саме іноземним пацієнтам, існують прогалини. А саме незнання медичним персоналом англійської мови та основних аспектів догляду за пацієнтом відповідно до їх релігійної приналежності. Якщо знання англійської можна оцінювати як задовільними, на рівні шкільної програми, то знання щодо догляду за хворим крізь призму релігії є практично нульовими.

На сьогодні в світлі майбутнього «EURO 2012», коли Україна на один місяць стане футбольним центром Старої Європи, рівень обізнаності медичних працівників із згадуваною вище інформацією є низьким. Тож основною метою написання даної статті є звернення уваги на цю проблему і як результат виправитись.

У світі існує чимало релігій, але тільки три з них вважаються світовими – християнство 34 %, мусульманство (іслам) 20 % та буддизм 6 % (буддизм є частиною індуїзму). Тобто, християнство сповідують приблизно 2 106 962 000 осіб по всьо-

му світу, кількість мусульман між 1,1 і 1,8 мільярда і дедалі популярнішим стає сповідання здорового способу життя згідно із філософією Буддизму.

Якщо брати до уваги християнську спільноту, то всі ми, медичні працівники, знаємо особливості догляду за християнами. А ось догляд за іноземними пацієнтами відповідно до поглядів Ісламу чи східної релігійної течії – Буддизму, то ні.

Іслам – друга за чисельністю віруючих релігія у світі. Її прихильників називають мусульманами. Іслам виник в Аравії в VII ст. н.е. Його засновник – пророк Мухаммед. Іслам поширений у Південно-Західній, Центральній та Південно-Східній Азії (найбільша мусульманська країна – Індонезія) і в Північній Африці.

Буддизм – одна зі світових релігій, яка зародилася в Індії і поширена переважно в Азії: від Шрі Ланки до Бурятії і від Калмикії до Японії. Найбільше послідовників має в країнах Південно-Східної Азії, Східній Азії та Тибеті. Предмет науки буддології. Оригінальна назва: Дгарма (Закон, Вчення) або Буддга-дгарма (вчення Будди).

Мусульмани з великою відповідальністю ставляться до свого життя, здоров'я та благополуччя. Іслам вимагає, щоб кожен мусульманин, аби залишатися здоровим, повинен приділяти багато уваги профілактичній медицині та особистій гігієні. В Ісламі молитва є найвищою формою поклоніння, з допомогою якої відбувається спілкування з Аллахом, під час читання з Корану (священної книги Ісламу), тому підготовці до молитви передує процес очищення або «обмивання», що полягає в промиванні обличчя, рук, ніг, з використанням проточної води – навіть якщо людина знаходиться в лікарні. Арабською цей процес називається Wusu. Під час Wusu відбувається часткове омивання тіла, а саме :

1. Обмивання рук в напрямку до зап'ястя.
2. Промивання ротової порожнини.
3. Промивання носової порожнини.
4. Вмивання обличчя.
5. Миття рук у напрямку від зап'ястя до ліктя, починаючи з правої руки.
6. Протирання голови в напрямку від лоба до потилиці.
7. Туалет вушних раковин.
8. Обмивання ніг до п'яtkово-гомількового суглоба. Починаючи з правої ноги.

Повне омивання тіла називається Ghusal. Здійснення особистої гігієни проводиться лівою рукою. Права використовується для споживання їжі, введення медсестринських ін'єкцій. У випадку, якщо пацієнт тривалий час знаходиться в ліжку, біля ліжка завжди повинна знаходитися чиста вода для здійснення обряду омивань. Тому працюючи з пацієнтами, що сповідують Іслам, медсестра повинна пам'ятати про релігійні особливості і вчасно забезпечувати необхідну кількість чистої води. Відповідно до релігійних переконань, мусульмани вважають за краще аби догляд здійснювався особою тієї ж статі, що і пацієнт.

Крім особливостей особистої гігієни, існують певні вимоги щодо харчування. Наприклад, у священний для мусульман місяць Рамадан, усі віруючі дотримуються суворого посту. Винятки існують лише для вагітних жінок, жінок під час менструації та дітей, що не досягли статевої зрілості. Дозволяється вживати обмежену кількість їжі і рідини до сходу сонця. Особливо релігійні дотримуються суворого посту. Під час дотримання Рамадану можлива відмова від приймання медикаментів. Тому заради збереження терапевтичного ефекту і покращення самопочуття пацієнта медичний персонал повинен переглянути дозування і кількість прийомів ліків протягом дня. Мусульмани не їдять свинину та її похідні: шинку, бекон, ковбасу. «Халяль» (Halal) – це м'ясо тварин, котрі були вбиті під час релігійного ритуалу та читання молитви. « Халяль» повинна бути завжди доступною. В разі відсутності пацієнтам пропонують морепродукти, овочі, фрукти, яйця, сир. Також при подачі їжі медична сестра повинна пам'ятати, що мусульмани споживають їжу правою рукою, оскільки ліву використовують для здійснення особистої гігієни і вважають її «брудною».

В Ісламі, діти вважаються найбільшим багатством родини, тому переривання вагітності є забороненим. Існує лише єдине медичне показання для здійснення аборту, коли дана вагітність загрожує за медичними показанням життю матері. В таких випадках аборт здійснюється до 120 днів, від моменту зачаття (а саме 4 календарних місяці і 10 днів.). Плід старше 120 днів вважається життєздатним і в разі внутрішньоутробної смерті після 120 днів від дня зачаття вимагає поховання. При народженні дитини склад акушер-гінекологічної бригади має складатися тільки із жінок. А після пологів плаценту віддають на поховання батькам

немовляти. Вживання алкоголю є суворо забороненим, як і призначення ліків, що мають у своєму складі алкоголь.

У ситуації коли хворий помирає, медична сестра, насамперед, повинна запитати дозволу у представників родини чи сім'ї померлого доторкнутися до тіла людини, що померла. Мусульмани вірять, що після смерті тіло стає ще чутливішим, аніж за життя. Також існує вірування, що душа залишається коло тіла аж до моменту поховання. Поховання здійснюється в найкоротший термін. Зазвичай проведення розтину тіла не проводиться. Існують лише окремі випадки, які це дозволяють, одним з таких є трансплантація органів або розтин тіла при підозрі на «нечесну гру».

Щодо особливостей догляду за пацієнтами, що сповідують Буддизм, тут також є своя філософія догляду. Згідно з Буддизмом, життя обертається навколо природи з її двома протилежними енергетичними системами, відомими в китайській філософії, як Інь- і Янь- енергії. Ці протилежні енергії включають тепло і холод, світло і темряву, добро і зло, хворобу і здоров'я. Тому виникнення таких простих захворювань, як застуда або грип, спричинене дисбалансом Інь- та Янь- енергії. Порушення дисбалансу енергій, спричинене впливом сторонніх чинників, наприклад, споживанням в їжу м'яса. Тому багато буддистів вважають, що кращий спосіб вести здоровий спосіб життя – це бути вегетаріанцем. Також велике значення мають ароматні спеції та приправи, а точніше їх категорична заборона до вживання. Про це також повинна пам'ятати медична сестра, що відповідає за харчування. До заборонених спецій та овочів відносять цибулю, зелену цибулю, часник і т.д., оскільки буддисти вірили, що людина, яка їсть ці продукти, буде страждати від наступних негативних наслідків. Наприклад, від вживання цибулі, часнику та інших ароматних спецій дихання людини, яка молиться, матиме неприємний аромат, звичайно так воно і є, і що через це Верховні Боги в Буддизмі можуть відвернутися від того, хто молиться. В Буддизмі існує вірування в загробне життя та реінкарнацію душ. Тож вважається, що кров і плоть людини, що спожила ці ароматичні приправи до їжі, будуть відхилені богами, а зацікавлять «голодних духів». Прикладами дозволених продуктів харчування є:

- Відварена або обсмажена локшина.
- Сирі або варені овочі, водорості.

• Рис.

• Соевий соус, котрий є одним з найважливіших інгредієнтів, який додається до кожної страви.

• Кунжутна олія, яка використовується для приготуванні їжі. На відміну від соєвого соусу, воно не містить натрію.

• Трав'яний чай є популярним і цілющим напоєм, який бере початок від різних видів чайної рослини.

Під час перебування пацієнтів, що сповідують Буддизм, на лікуванні повинен проводитися контроль за кислотно-лужним балансом та кількість необхідних макро- та мікроелементів, що є життєво необхідними для людини. Оскільки, як згадувалося вище, буддисти не споживають багато їжі, що входить до раціону звичайних людей. Тож про це потрібно пам'ятати і при найменших відхиленнях від норми корегувати їх задля здоров'я Вашого пацієнта.

Як і в Ісламі, вірні послідовники Будди також мають свої погляди щодо абортів та контролю щодо народжуваності.

Аборт та контроль над народжуваністю. Контроль над народжуваністю в Буддизмі є припустимим. А ось проведення абортів ні. Початком зародження життя вважається момент зачаття, саме в сей час запліднення яйцеклітина отримує свідомість, що є початком нового життя. Тому аборт розглядається як вбивство.

Згідно з віруваннями в Буддизмі людина, котра помирає, повинна знати про це, аби мати достатньо часу, щоб приготуватися, тому потрібно забезпечити більше спокою для помираючої людини, наскільки це можливо. А ще Буддисти вірять в реінкарнацію душ. Тому як результат під час перебування в стаціонарі на лікуванні можлива відмова пацієнта від анальгетиків та інших знеболювальних препаратів. Оскільки такі лікарські препарати мають вплив на процес медитації перед смертю та переселення душі в інше тіло.

Також медична сестра повинна пам'ятати, що коли пацієнт, що сповідував Буддизм помер, жодних дій з тілом померлого не повинно бути вчинено. Вважається, що після смерті свідомість – «душа» набувають форми посередника між тілом померлого і майбутнім новим життям, що може тривати до 49 днів. Тіло покривають простиратлом, а про смерть сповіщають духовного наставника. Традиційно тіло померлого забирають додому, де над ним читають різні молитви. Вважається, що пришвидшує процес переходу

свідомості – «душі» в інше життя. В Буддизмі дозволяється переливання крові.

З особливою шаную в Буддизмі ставляться до жінок, оскільки вважають, що роль жінки є набагато більшою в житті, ніж чоловіка. Оскільки саме жінка дає життя майбутній дитині. Тому і здоров'я майбутньої мами стоїть на першому плані і коли жінка хворіє, то всі зусилля покладається аби в скорому часі вона одужала.

ЛІТЕРАТУРА

1. <http://www.tourism.gov.ua/PublicationsList.aspx?id=46>
2. <http://uk.wikipedia.org/wiki/Іслам>
3. <http://uk.wikipedia.org/wiki/буддизм>
4. Sarwar, G. (1998) Islam: Beliefs and Teachings. Сарвар, Г. (1998) Ислам: верований и учений. London: Muslim Educational Trust. Лондон: Мусульманский Educational Trust
5. <http://www.culturediversity.org/mide.htm>
6. http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSZ/is_3_29/ai_n18615868/

Висновок. Здійснюючи будь-який догляд, медична сестра повинна пам'ятати, що незнання законів, не звільняє від відповідальності. Як висновок має постійно навчатися новому і самовдосконалюватися. Звичайно, це важко і на перший погляд виглядає нікому непотрібним. Та головною умовою успіху будь-якої справи, проекту є висококваліфіковані кадри, які є запорукою успіху та високого рейтингу.

7. www.pdfcarl.com/Health-providers-handbook-on-muslim-patients.html
8. Daar A.S. A survey of religious attitudes towards donation and transplantation. In: Collins GM, Dubernard JM, Land W, Persijn GG, editors. Procurement and preservation and allocation of vascularized organs. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1997. p. 333-8.
9. Shaheen F.A., Ramprasad K.S. Current status of organ transplantation in Saudi Arabia. Transplant Proc 1996;28(3):1200-1.
10. Understanding Buddhist Patients' Dietary Needs Gihan Elgindy, Rn, Msn